PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO, LWOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO.

REDAKTOR GŁÓWNY i ODPOWIEDZIALNY:

Dr. AUGUST KWAŚNICKI.

ROK XLI. — 1902.

KRAKÓW.
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO.
W Drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Józefa Filipowskiego.
1902.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XLI „Przeglądu Lekarskiego“.

(Liczby oznaczają stronice).

I. Artykuły oryginalne.

A. Spostrzeżenia i opisy przypadków, zebrane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

B. Inne artykuły oryginalne.

C. Spostrzeżenia kliniczne i terapeutyczne.

D. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

II. Oceny i sprawozdania.

III. Sprawozdania ze Zjazdów lekarskich.

IV. Odcinek.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Towarzystwo dermatologiczne.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

VIII. Bibliografia.

Podano treść wszystkich zeszytów w r. 1902, następujących pism lekarskich.

Czasopismo lekarskie. Gazeta Lekarska. Krytyka Lekarska. Medycyna. Nowiny Lekarskie. Odczyty kliniczne. Pamiętnik Tow. lekarskiego Warsz. Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich. Postęp okulistyczny. Przegląd dentystyczny. Przegląd felczerski. Przegląd higieniczny. Zdrowie.

Casopis lékařů českých. Sbornik klinicky. Liecnički Viestnik. Lekarske Rozhledy.

Berliner klinische Wochenschrift. Deutsche medicinische Wochenschrift. Münchener medicinische Wochenschrift. Wiener klinische Wochenschrift.

La Presse médicale. La Semaine médicale.

IX. Nekrologia.

Alfabetyczny spis rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdaniach.

(Liczba tłusta oznacza artykuł oryginalny, Z. l. Zjazd lekarski, T. l. Towarzystwo lekarskie).

SPIS AUTORÓW.

Rok XLI. Kraków, 4 Stycznia 1902. Nr. 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

Redakcya: Przy ulicy Basztowej Nr. 4

Administracya: Podwale L. 9

Expedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Ogłoszenia przyjmują: w **Krakowie** Administracya a w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w **Krakowie** nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe w **Warszawie** księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, Księgarnia Wendego i Spółki, w **Paryżu** p. Adam 38, rue de Varenne 38 w **Chicago** Dr. Bronisław Grabowicz, Milwauke Av. Nr. 576.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 40 halerzy

Przedpłata wynosi:

	rocznie	półrocz.	kwart.
w Austryi	20 koron.	10 kor.	5 koron.
w Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem	7 rubli.	3·50 rsr.	1·75 rs.
w Niemczech	16 marek.	8 marek.	4 marki.
we Francyi	30 frank.	15 frank.	7·50 fr.

P. T. Autorów uprasza się, aby równocześnie z nadesłaniem rękopisu zechcieli donieść, czy życzą sobie mieć i ile odbitek

Treść:

Do dzisiejszego Numeru dołącza się: **Prospekt Zakładu leczniczego Dra Ebersa „THERAPIA."**

Rok XLI. Kraków, 4 Stycznia 1902. Nr. 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu Prof. Dr. Pasternackiego.

Zasadowość krwi w stanach fizyologicznych i patologicznych ustroju.

(Badania doświadczalno-kliniczne).

Podał

Dr. med. Witold Eugeniusz Orłowski,

ordynator kliniki.

Uznając wielkie znaczenie krwi dla życia zwierzęcego, oddawna poddano ją ścisłemu badaniu. Mniemając, że studya takie przyczyniają się znacznie do wyjaśnienia wielu dotychczas ciemnych zjawisk w ustroju, bez ustanku podnoszą badacze nowe zagadnienia w dziedzinie hematologii, lub torują nowe drogi ku rozwiązaniu spraw już dawniej poruszonych, lecz dotychczas jeszcze w sposób zadowalniający nie rozstrzygniętych. Do tych zagadnień należy między innemi nauka o zasadowości krwi.

Że krew ma odczyn zasadowy, to było już od dawna wiadomo. Lecz badania doniosłości tego pewnika rozpoczęły się dopiero w początku 7-go dziesiątka lat przeszłego stulecia w chwili, gdy Salkowski[1]) wykazał, że długotrwałe podawanie królikom tauryny, która w ustroju rozkłada się z odszczepieniem kwasu siarkowego, prowadzi ostatecznie do śmierci wśród objawów, przypominających zatrucie kwasami. Przyczynę tej śmierci bliżej wyjaśnił Walter[2]). Doświadczenia jego wykazały, że zasadowy odczyn krwi jest niezbędny dla życia, że wprowadzanie do ustroju kwasów toruje drogę do śmierci jedynie przez zubożenie ustroju w zasady, nawet jeszcze wcześniej, zanim krew pozbawi się całkowicie alkaliów, króliki naprz. giną już przy obniżeniu zawartości bezwodnika kwasu węglowego (CO^2) we krwi do 2,07—2,93%.

Dalsze badania wykazały, że ustrój zwierzęcy jest zabezpieczany poniekąd od ciągłych wahań zasadowości krwi dzięki pewnym narządom regulującym. Narządy te są czulsze i łatwiej wprawiają się w ruch u zwierząt mięsożernych i u ludzi, którzy częściej bywają narażeni na samozatrucie kwasami, niż u trawożernych. Rolę tych narządów u trawożernych spełniają stałe alkalia, ług sodowy (NaOH); potasowy (KOH), Walter[2]); u mięsożernych zaś i u ludzi przedewszystkiem amoniak (Coranda[3]), Hallervorden[4]), v. Limbeck[5]), a następnie i nielotne zasady, mianowicie ług sodowy i potasowy, lecz w nieznacznym stopniu (Gäthgens[6]), Biernacki[7]), v. Limbeck[5]).

Już sama obecność narządu, zabezpieczającego ustrój od nieustannych wahań zasadowości krwi, świadczy, że alkaliczność krwi powinna mieć wybitne znaczenie w różnych sprawach ustroju. Niestety poszukiwania w tym kierunku dotychczas pozostają prawie zupełnie bezowocne. W końcu 8-go dziesiątka lat zeszłego stulecia przypuszczano, że stopień zasadowości krwi odgrywa rolę w odporności ustroju przeciwko różnym zakażeniom (Behring[8]), Fraenkel[9]), Gamaleia[10]), Löwy i Richter[11]), Neumann[11]), Fodor[11]) etc., lecz pogląd ten stracił znacznie na swej sile, gdy Buchner[12]) i Orthenberger wykazali, że zobojętnienie alkalicznej surowicy krwi nie wpływa na jej własności bakteryobójcze.

Jeśli badania zasadowości krwi dotychczas nie wzbogaciły naukę w głębszą wiedzę co do udziału w mowie będącego czynnika w różnych sprawach w ustroju prawidłowym, to w dziedzinie patologii powołały one do życia teoryę, która tłómaczy powstanie niektórych chorób w ustroju samozatruciem go kwasami (v. Jaksch[13]) Stadelmann[14]), Kraus[15]) i inni). Nad doniosłością tej teoryi nie będę się tu zastanawiać, gdyż omówiłem ją szczegółowo w jednej z poprzednich prac moich[16]). Na tem miejscu zaznaczę tylko, że teorya ta, jak wykazałem w przytoczonej pracy[16]), jest oparta na bardzo kruchych podstawach.

Widzimy więc, że poszukiwania, podjęte w celu wyświetlenia zasadowości krwi w ustroju, spełzły na niczem. Jednocześnie zdawało się, że i kliniczne studya sprowadzały doniosłość tego czynnika do zera. W samej rzeczy z całego szeregu badań (v. Jaksch[17]), Canard[18]), Peiper[19]) Rumpf[20]), Kraus[21]) i v. Limbeck[22]) i t. d. okazało się, że zasadowość krwi jest różną nie tylko w różnych stanach chorobowych, lecz i w jednej i tej samej chorobie u różnych ludzi. Co prawda większość badaczy posiłkowała się metodami bardzo niedokładnemi, jak to uwydatnił Löwy[23]), lecz podobny fakt został wkrótce stwierdzony i przy oznaczaniu zasadowości krwi ścisłą metodą Löwyego. Sam Löwy[24]), spostrzegał podniesienie alkaliczności krwi w cukrzycy (1 przypadek, 4 oznaczenia), miąższowem i śródmiąższowem zapaleniu nerek (po 1 przypadku), posokowatem zapaleniu wsierdzia (1 przyp., 2 oznaczenia), włóknikowem zapaleniu płuc (1 przyp.), połogowem zakażeniu krwi (1 przyp., 2 oznaczenia), dnie (1 przyp.) i niedokrewności (1 przyp., 3 ozn.); w 2 zaś innych przypadkach włóknikowego zapalenia płuc, w blednicy (1), niedokrewności (1) i ostrym gośćcu stawowym (1) alkaliczność krwi okazała się prawidłową. Schultz-Schultzenstein[28]), v. Limbeck i Steindler[25]), Karfunkel[26]), Strauss[27]) i Brandenburg[28]) stwierdzili u chorych gorączkujących, że alkaliczność krwi była to podniesioną, to znowu obniżoną, to wreszcie prawidłową. Wbrew Löwyemu spostrzegał Karfunkel[26]) w 2 przypadkach cukrzycy prawidłowy stopień alkaliczności. Karfunkel[26]), Brandenburg[23]) i Löwy[24]) znajdowali ob-

niżenie jej w niedokrewności, Strauss[27]) zaś nie mógł stwierdzić tego we wszystkich przypadkach. Strauss[27]) znajdował podniesienie jej w dnie, Karfunkel[28]) zaś i Magnus-Levy[29]) (34 przyp.) odwrotnie nie spostrzegali żadnych zmian zasadowości krwi w czasie napadu dny, jako też i w wolnych od niej okresach.

Widzimy więc, że i badania metodą Löwyego przyprowadziły również do wniosku, że zasadowość krwi w jednej i tej samej chorobie może być podniesioną i obniżoną, lub wreszcie prawidłową. W czem się zawiera przyczyna podobnych wahań, dotychczas niewiadomo. Tymczasem fakt taki nie daje się pogodzić z obecnością w ustroju narządów, które mają za zadanie utrzymywać zasadowość krwi na stałej stopie. Wyjaśnienie tych sprzeczności stanowi przedmiot moich badań.

II.

Nim przystąpię do rzeczy, pokrótce muszę się zastanowić nad metodami, służącemi do oznaczenia zasadowości krwi i wyjaśnić, co należy rozumieć przez wyraz „zasadowość krwi", uważam to bowiem za niezbędne dla nadania wyrazistości moim badaniom.

Wszystkie metody oznaczenia zasadowości krwi można podzielić na 3 gromady: 1) oznaczanie zasadowości krwi według ilości zasad w popiele krwi, 2) według ilości bezwodnika kwasu węglowego (CO_2) we krwi (Walter[1]), Meyer[30]), Minkowski[31]), wreszcie według wyniku 3) metody miareczkowej. Pierwsze 2 metody w obecnej chwili słusznie zostały zaniechane nie tylko w klinikach, lecz i w badaniach fizyologicznych. Istotnie cały szereg prac dowiódł, że gazometryczna metoda nie tylko nie oznacza nawet tej części zasad, która jest połączona ze składnikami nieorganicznymi krwi (Swiatecki[32]), Kraus[21]) itd., lecz że na wyniki jej mają wpływ niektóre czynniki, zupełnie od nas niezależne, jak np. zagęszczanie CO^2 w oskrzelikach płucnych (Cohnstein[33]). Metoda popiołowa także prowadzi do mylnych wyników dzięki obecności w popiele krwi kwasu fosforowego, który podczas spalania wyrugowuje inne kwasy lotne z ich połączeń; w ten sposób metoda daje liczby zasadowości wyższe od istotnych (Hladik[34]). Wreszcie doświadczenia Lehmanna[35]) dowiodły, że zasadowość krwi zależy nie tylko od zasad nieorganicznych, lecz przeważnie od przetworów organicznych. Niektóre z tych istot organicznych już same przez się mają odczyn zasadowy; inne zaś, jak wykazali Hamburger[36]), Lehmann[37]), Löwy i Zuntz[38]), są obojętnemi substancyami białkowatemi, bezustannie jednak rozkładającemi się w samym ustroju pod wpływem CO^2 z wytwarzaniem zasad. Ścisła metoda oznaczania zasadowości krwi powinna uwzględniać i tę część zasadowości, którą krew zawdzięcza obecności przetworów organicznych. Temu żądaniu czynią w różnym stopniu zadość metody miareczkowania. Pierwsza z nich była polecona przez Zuntza[39]) jeszcze w r. 1867. Wszystkie te metody mogą być podzielone na 3 gromady: do 1-szej należą te, w których krew najpierw traci swą barwę, czyli pozbawia się krwinek czerwonych, bądź przez przesączanie, bądź przez dyalizowanie, bądź innym sposobem (Kraus[21]), Danilewski[40]) itd.; do 2-giej metody należą miareczkowania normalnej niezmienionej krwi (Landois[41]), v. Jaksch[17]); do 3-ciej wreszcie — metody, w których miareczkuje się krew z rozpuszczonemi krwinkami czerwonemi (Löwy[42]), Schultz-Schultzenstein[43]), Berend[44]), von Limbeck[45]), Engel[16]) i inni). Ze wszystkich tych metod jedynie miareczkowanie krwi z rozpuszczonemi krwinkami czerwonemi daje ściśle i stale liczby (Loewy[23]), Berend[44]); reszta zaś metod daje wyniki zmienne, zależnie od ciepłoty i szybkości oznaczenia.

Pozostawiając inne na uboczu, zastanowię się tylko nad metodami Loewyego i Landois-Jakscha, ponieważ temi dwoma metodami posiłkowałem się w swych badaniach.

Metoda Loewyego[23]) polega na tem, że 5 ctm. sz. wpuszczamy wprost z naczynia krwionośnego do 45 ctm. sz. 0,2% obojętnego szczawianu amonowego; w tym rozczynie krwinki czerwone rozpuszczają się; potem 5 ctm. sz. mięszaniny miareczkujemy za pomocą $^1/_{25}$ normalnego rozczynu kwasu winowego do wywołania odczynu obojętnego; ztąd nietrudno wyliczyć zasadowość krwi w mlgr. NaOH na 100 ctm. sz. krwi.

Metoda Landois-Jakscha polega na tem, że przygotowujemy mięszaninę z jednakowej objętości krwi i miareczkowanych rozczynów kwasu winowego różnego stężenia; te zaś rozczyny miareczkowane przedstawiają mieszaniny nasyconego rozczynu siarkanu sodowego z $^1/_{10}$ normalnym rozczynem kwasu winowego, przygotowanym najlepiej nie na wodzie, jak radzą Landois i v. Jaksch, lecz na nasyconym rozczynie siarkanu sodowego, według wskazówki Szczerbakowa[47]). Mając szereg takich mięszanin krwi z miareczkowanymi rozczynami kwasu, oznaczamy, w której próbówce odczyn mięszaniny jest obojętny i odpowiednio do tego obliczamy zasadowość, wyrażając ją w mlgr. NaOH na 100 ctm. sz. krwi.

Przechodzę teraz do doświadczeń własnych.

III.

Rozglądając się w obszernem piśmiennictwie, tyczącem się zasadowości krwi, nie mogłem przeoczyć, że obniżenie jej zostało stwierdzone przez badaczy przeważnie w tych stanach chorobowych, w których, jak wykazują nowsze badania (v. Limbeck[45]), Janowski[48]), Niedrygajłow[49]), Paszyn[50]), Baumholz[51]), Viola[48]), Troicki[52]) i wielu innych), odporność krwi względem rozczynów solnych jest większą. Mówiąc o odporności, mam na myśli nie odporność przeciwko różnym zakażeniom (*Immunität*), lecz własność krwi przeciwdziałania rozpuszczającemu krwinki wpływowi rozczynów solnych (*Resistenz gegen Salzlösungen*), przeważnie chlorku sodowego. Ten rodzaj odporności mierzymy stopniem zagęszczenia rozczynu chlorku sodowego, w którym zaczynają się rozpuszczać krwinki czerwone. Im w słabszym rozczynie następuje podobne działanie, tem odporność krwi jest większa. Stopień odporności krwi jest różny nietylko w różnych chorobach, lecz nawet i u różnych osobników zdrowych. Wobec tego biorąc na uwagę, że część zasad krwi zawiera się w krwinkach czerwonych (Loewy[23]), należało przypuszczać, że niedokładność różnych metod oznaczania zasadowości krwi, oprócz metody Loewyego, jest ściśle związana z odpornością krwinek czerwonych, mianowicie że ta część zasadowości krwi, którą oznaczamy natychmiast po wzięciu próby krwi, naprz. najwięcej rozpowszechnioną metodą Landois-Jakscha, jest różna nawet u zdrowych osobników, zależnie od odporności ich krwi; im ta ostatnia jest

wyższa, tem mniejsza jest ta część zasadowości, która zależy od rozkładu krwinek czerwonych i odwrotnie. Liczba krwinek czerwonych, rzecz prosta, musi także mieć wielkie znaczenie: im bowiem krew jest obfitszą w krwinki czerwone, tem ta część zasadowości, która zależy od ich rozkładu, jest większa. Wychodząc z tych rozumowań teoretycznych, należałoby przypuszczać, że ta część ogólnej zasadowości krwi, która zależy od rozkładu krwinek czerwonych w 2 porcyach krwi, wziętej z 2 osób, będąc obliczoną na jednakową zawartość krwinek czerwonych w obydwóch porcyach, wykaże tensam stosunek wzajemny, jaki istnieje pomiędzy odpornością obydwóch porcyi krwi. Wszystkie te doświadczenia przeprowadziłem na psach z krwią odwłóknioną, która, jak wykazały wstępne doświadczenia, ma taką samą zasadowość, co i krew nie pozbawiona włóknika. Odporność krwi oznaczałem metodą Hamburgera[53]) w sposób następujący: do 16 próbówek nalewałem po 10 ctm. sz. roztworu chlorku sodowego różnego zagęszczenia, zaczynając od 0,3% i kończąc na 0,6%, w każdej następnej próbówce roztwór jest o 0,02% mocniejszy od poprzedniego; potem do każdej próbówki dodaje się 1 ctm. sz. krwi odwłóknionej; wszystkie próbówki wstrząsałem i zostawiałem na 24 godziny w cieple pracowni 17,5—20° C; po upływie tego czasu przeglądałem próbówki i oznaczałem, w której górna warstwa cieczy jest zabarwiona najsłabiej. Jeśli w próbówce z 0,5% NaCl górna warstwa jest niezabarwiona, a w próbówce z 0,48% znajdowałem lekkie jej zabarwienie, to odporność krwi stanowi 0,49% NaCl.

Doświadczenia więc przeprowadzałem w ten sposób, że najpierw oznaczałem liczbę krwinek czerwonych w 1 mlm.³ krwi psa, potem oznaczałem zasadowość surowicy przy samoistnem krzepnięciu krwi i wreszcie odporność i alkaliczność odwłóknionej krwi; tę ostatnią metodami Löwyego i Landois-Jakscha.

Przytoczę kilka doświadczeń.

Doświadczenie I.

5/1 1901 r. Pies ważący 14. kilogr. Liczba krwinek czerwonych w 1 mlm.³ krwi wynosi 5.342,000. Odporność ich = 0,49% NaCl. Zasadowość krwi według sposobu Löwyego 336 mlgr. NaCl w 100 ctm. sz. Zasadowość surowicy, otrzymanej przy samoistnem krzepnięciu krwi, 160 mlgr., więc 47,6% ogólnej zasadowości. W krwinkach więc czerwonych zawiera się 172 mlgr. alkaliów (52,4%).

Oznaczenie alkaliczności krwi sposobem Landois-Jakscha dało (+ 17,5—20° C.) następujące wyniki:

1) po 10 min.	198 mlgr.,	zatem od rozkł. krwinek czerw. zależało	38 mllgr.
2) » 15 »	240	» » » » » »	80 »
3) » 30 »	297,5	» » » » „ „	137,5 »
4) » 60 »	302	» » » » » »	142 »
5) » 6 godz.	334	» » » » » »	174 »

Doświadczenie II. 8/1 1901. Pies ważący 3200 grm. Liczba krwinek czerwonych w 1 mlm.³ krwi 5 210,000, zatem 1,025 razy mniej, niż w dośw. I Odporność ich = 0,57% NaCl. zatem 1,16 razy mniejsza niż w dośw. I. Zasadowość krwi według metody Löwyego 369,2 mlgr. NaOH (%) Zasadowość surowicy 203 mlgr. (55%); zatem w krwinkach czerwonych zawiera się 166,2 mlgr. (45%).

Oznaczenie alkaliczności krwi metodą Landois-Jakscha dało:

1) po 10′	245 mlgr.,	zatem od rozkł. krwinek czerw. zależało	42 mlgr.
2) » 15′	294	» » » » » »	91 »
3) » 30′	361	» » « » » »	158 »
4) » 60′	263	» » » « » »	160 »
5) » 6 g.	364,5	» » » » » »	161,5 »
6) » 24 g.	368,9	» » » » » »	165,9 »

Doświadczenie III. 16/2 1901. Pies ważący 10 klgr. Liczba czerwonych krwinek w 1 mlm.³ krwi 6.025,000, zatem 1,13 razy więcej, niż w dośw. I. i 1,16 razy więcej, niż w dośw. II. Odporność ich = 0,53% NaCl, zatem 1,08 razy mniejsza, niż w dośw. I. i 1,076 razy większa, niż w dośw. II. Zasadowość krwi według sposobu Löwyego 350 mlgr., surowicy 165 mlgr. (56.14%), zatem w krwinkach czerwonych zawiera się 185 mlgr. (52.86%).

Oznaczenie alkaliczności krwi metodą Landois-Jakscha dało:

1) po upł. 10′	212 mlgr.,	zatem od rozkł. krwinek czerw. zal.	47 mlgr.
2) » » 15′	263	» » » » „ »	98 »
3) » » 30′	331	» » » « « »	166 »
4) » » 60′	338	» « » » » »	173 »
5) » » 24 g.	348	» » » » » »	183 »

Doświadczenie IV. 19/2 1901. Pies ważący 5600 grm. Liczba czerwonych krwinek w 1 mlm.³ 4.824.000, zatem 1,107 razy mniej, niż w dośw. I. 1,09 razy mniej, niż w dośw. II, a 1,25 razy mniej, niż w doświadczeniu III. Odporność ich = 0,44% NaCl, zatem 1,114 razy większa, niż w dośw. I, 1,3 razy większa, niż w dośw. II i 1,2 razy większa, niż w dośw. III. Zasadowość krwi według sposobu Löwyego 310 mlgr., surowicy 160 (52,9%); w krwinkach czerwonych zawierało się 150 mlgr. (48.1%).

Oznaczenie alkaliczności krwi metodą Landois-Jakscha dało następujące wyniki:

1) po upł. 10′	191 mlgr.,	zatem od rozkł. krwinek czerw. zal.	31 mlgr
2) » » 15′	226	» » » » » ›	66 «
3) « « 30′	270	« « « » « «	110 «
4) « « 60′	275	« « « « « «	115 «

Jeśli teraz obliczymy, jaka część ogólnej zasadowości krwi zależałaby od rozkładających się krwinek czerwonych przy jednakowej ich zawartości w 2 porównywanych doświadczeniach, to łatwo przekonamy się, że stosunek między otrzymanemi gromadami jest taki sam, jaki istnieje między odpornością obydwóch porcyj krwi. W samej rzeczy, ten stosunek w dośw. I. i II. wynosi: 1) po 10 min. 1,13 $\left(\frac{42.1,025}{38}\right)$ 2) po 15′ 1,166; 3) po 30′ 1,18: 4) po 60′ 1,15; po 6 godz. 0,95; przy odporności krwi metodą Hamburgera tenże stosunek wynosi 1,16.

W doświadczeniu III. i I. ten stosunek przedstawia się tak: 1) po 10′1,095 $\left(=\frac{47}{1,13.\ 38}\right)$, 2) po 15′ 1,084, 3) po 30′ 1,068, 4) 60′ 1,077; stosunek pomiędzy odpornością obydwóch porcyi krwi według metody Hamburgera 1,08.

W doświadczeniu II i III. ten stosunek przedstawia się tak: 1) po 10′ 1,04 $\left(=\frac{42.\ 1,16}{47}\right)$, 2) po 15′ 1,078, 3) po 30′ 1,105. 4) 60′ 1,07, 5) po 24 godz. 1,05; te same liczby otrzymujemy i przy oznaczaniu odporności sposobem Hamburgera (1,076).

W doświadczeniu I. i IV.: 1) po 10′ 1,118 $\left(=\frac{38}{1,107.\ 31}\right)$, 2) po 15′ 1,096, 3) po 30′ 1,127, 4) po 60′ 1,118; przy oznaczaniu odporności metodą Hamburgera tenże stosunek wyraża się liczbą 1,114.

W doświadczeniu II. i IV.: po 10′ 1,27 $\left(=\frac{42}{1,08.\ 31}\right)$, 2) po 15′ 1,128, 3) po 30′ 1,32. 4) po 60′ 1,29; przy oznaczaniu odporności metodą Hamburgera tenże stosunek wynosi 1,3.

W doświadczeniu III. i IV.: 1) po 10′ 1,213 $\left(=\frac{47}{1,25.\ 31}\right)$, 2) po 15′ 1,188, 3) po 30′ 1,2, 4) po 60′ 1,2; przy oznaczaniu odporności krwi metodą Hamburgera tenże stosunek wynosi 1,2.

Doświadczenia te wykazują w sposób dobitny, że na stopień zasadowości krwi przy oznaczaniu jej metodą Landois-Jakscha wywiera znaczny wpływ liczba krwinek czerwonych i ich odporność. To samo stosuje się i do wszystkich innych metod, w których krew pozbawia się krwinek czerwonych przed miareczkowaniem; wydalanie bowiem krwinek z krwi ludzkiej już samo przez się jest niemożliwe bez jednoczesnego więcej lub mniej znacznego zniszczenia ich. Ta okoliczność zmusza wprost do zaniechania tych metod, nawet dla badań porównawczych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. **Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Rydygiera. we Lwowie.**

O leczeniu chirurgicznem choroby Glénarda.

Podał
Dr. F. Slęk.

(Według wykładu na XI. Zjeździe chirurgów polskich).

Z końcem zeszłego stulecia wystąpił Glénard z nową teoryą, dotyczącą tak zwanej niestrawności (dyspepsyi) nerwowej. Wykazał on, że tłem anatomicznem tego cierpienia jest opadnięcie trzew (enteroptosis), leżących w jamie brzusznej.

Odtąd cierpienie to jest znane pod ogólną nazwą choroby Glénarda. Zanim choroba ta wyrobiła sobie prawo obywatelstwa w dziedzinie nauk lekarskich, napotkała początkowo na przyjęcie bardzo chłodne i niedowierzanie ze strony ogółu lekarzy, tak francuskich, jakoteż i niemieckich.

U nas, w Polsce, została ona opisana po raz pierwszy w kilka lat później przez Chłapowskiego, następnie przez Jaworskiego w *Podręczniku chorób żołądka*, (rok 1893 i 1895), a nakoniec szczegółowo opracowana w *Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* w roku 1895 przez Zielińskiego pod tytułem: „O chorobie Glénarda“. Zanim przystąpię do opisu metod leczenia tej choroby, pragnę poświęcić kilka słów przyczynom jej powstawania, jakoteż podać główne punkta, tyczące się objawów i zestawić cechy rozpoznawcze, odróżniające to cierpienie od innych chorób przewodu pokarmowego, jak trwała rozstrzeń, wrzód okrągły, nowotwory złośliwe i t. p.

Przez opadnięcie trzew (*enteroptosis*) rozumiemy obniżenie się ich w jamie brzusznej w ogólności, głównie zaś żołądka, pociągniętego ku dołowi przez opadniętą poprzecznicę; równocześnie i dwunastnica obniża się, lub też zostaje rozciągniętą w postaci pochwy. Część odźwiernikowa żołądka zwykle pozostaje na swojem miejscu i bywa albo ostro zagiętą, albo zakończa żołądek łukowato, jakoby dziób syfonu (Zieliński). Ramię wstępujące, jakoteż zstępujące jelita grubego pozostaje zazwyczaj na swojem miejscu; natomiast poprzecznica, obsunąwszy się czasami aż do miednicy małej, powoduje, że jelito grube w całości wzięte tworzy literę M. Z innych narządów, leżących w jamie brzusznej, opadają: wątroba, nerka prawa, rzadziej obie, a stosunkowo najrzadziej ze wszystkich narządów, śledziona. W przypadkach daleko posuniętych spostrzegamy opadnięcie macicy, pochwy, pęcherza moczowego i kiszki stolcowej, jak świadczą o tem przypadki, spostrzegane przez Zielińskiego i nasz.

Cierpieniu temu zarówno podlegają mężczyźni, jak i kobiety. Na 150 przypadków, spostrzeganych przez Zielińskiego, 79 było mężczyzn, 71 kobiet. Przewagę mężczyzn uważa Zieliński za rzecz przypadkową, spowodowaną mniejszą frekwencyą kobiet w szpitalach w ogólności. Przeciwnie przeważna część autorów (Stiller: *Berl. kl. W.* 1896, Nr. 50) utrzymuje, że kobiety częściej zapadają (10 do 15%) na opadnięcie trzew, niż mężczyźni. Przy zestawieniach statystycznych stwierdzono równocześnie, iż rasa żydowska (Stiller) częściej temu cierpieniu podpada, co się tłómaczy tem, że Żydzi na ogół skłonniejsi są i do innych cierpień, polegających na tle nerwowem.

Za przyczynę opadnięcia jelit uważa Stiller w pierwszej linii (*Berl. kl. W.* 1899, Nr. 34, 35, 36) usposobienie wrodzone. Objawem tego usposobienia jest osłabienie ośrodkowego układu nerwowego, objawiające się wiotką i nikłą budową *(habitus atonicus)*, patognomostyczną zaś jest ruchomość dziesiątego żebra *(costa decima fluctuans)*. Ruchomość ta polega na tej podstawie, że chrząstka dziesiątego żebra nie jest przyrośniętą do łuku żebrowego, lecz wolną, tak jak u jedenastego żebra. Stiller nawet twierdzi, że od stopnia tej ruchomości zależnym jest i stopień „dyspeptycznej“ neurastenii, a równocześnie towarzyszącego jej obniżenia trzew. Ruchomość dziesiątego żebra, a czasami i dziewiątego, uważa Stiller za jeden z czynników rozpoznawczych choroby Glénarda *(stigma costale)*. To ruchome żebro znachodzimy zwykle tylko po jednej stronie, rzadziej po obydwóch. W ostatnim przypadku ruchomość po jednej stronie zawsze jest wybitniejszą, aniżeli po drugiej. Jeśli „stigma costale“ znajdziemy u dziecka, to zdaniem Stillera u dziecka tego rozwinie się w przyszłości choroba Glénarda. U osobników z wrodzonem usposobieniem wystarczą już takie czynniki, jak: podnoszenie ciężarów, noszenie sznurówek, które przez ucisk spowodować mogą nadto zanik mięśni brzucha (Blecher: *Beitr. z. chirurg. Behandl. d. Enteroptosd. Deutsche Zeitsch. f. Ch.* B. 56, 1900), aby u nich w całej pełni wybuchła choroba Glénarda. Prócz tego Landau (*Berl. kl. W.* 1890) i inni przypisują winę częstym porodom, brzuchowi obwisłemu, czemu znów Ewald (*Berl. kl. W.* 1890) stara się zaprzeczyć, podnosząc iż u 13% chorych, cierpiących na opadnięcie trzew, nie znalazł brzucha obwisłego *(Hängebauch)*. Również do czynników wywołujących należy zaliczyć zrosty, powstałe po przebytych zapaleniach otrzewnej, jak świadczy przypadek chorej, operowanej przez Trevesa (*Centrbl. f. Chir.* 1896, Nr. 15), u której skutkiem owrzodzeń gruźliczych wytworzone zrosty doprowadziły do opadnięcia trzew.

Ludzie, dotknięci chorobą Glénarda, uskarżają się zwykle, iż w 2—3 godzin po jedzeniu doznają wzdęcia, odbijania, bólów ciągnących w dołku podsercowym, które znikają po ułożeniu się chorego do łóżka, lub też po silnem uciśnięciu pięścią okolicy dołka. Występują również zawroty głowy, bladość, ogólne osłabienie, nudności i zwykle zaparcie stolca. Prócz tego cierpią tacy chorzy na brak snu i częste budzenie się w nocy. Chorzy tacy wstrzymują się od przyjmowania pokarmów, mimo iż doznają uczucia głodu, gdyż obawiają się wyżej opisanych bólów, które zwykle po spożyciu występują. Źle odżywiani, z każdym dniem coraz więcej żółkną, stają się niespokojni i niezdolni do pracy, upadają coraz bardziej na siłach. Następuje okres chery, którą słusznie Rowsing nazwał *Gastroptose-Kachexie* (*Ueber Gastroptose und ihre operative Behandlung. Archiv. f. kl. Chir.* 1899, B. 60, Heft 3). Że chera może być znacznego stopnia, świadczą o tem najwymowniej chore, leczone w naszej klinice, u których na pierwszy rzut oka, można było myśleć o cherze, towarzyszącej nowotworowi złośliwemu temwięcej, że przy badaniu wyczuwało się w jamie brzusznej guz, umiejscowiony poniżej łuku żebrowego prawego, wielkości dwóch pięści, o którym nawet tuż przed operacyą, gdy chore były uśpione, a więc nie było już i napięcia powłok brzusznych, nie można było stanowczo orzec, zkąd wychodzi. Dopiero po otwarciu jamy brzusznej oka-

zało się, iż jest to obniżony płat wątroby, który do złudzenia naśladował nowotwór, wychodzący z nerki prawej, o czem Franke (*Centrbl. f. Ch.* 1896, Nr. 32), Billroth (*Hacker. Wien. med. Woch.* 14, 15. 1886). Langenbuch (*Berl. kl. Woch.* 1891. Nr. 3) i inni również wspominają. Łatwo zatem o pomyłkę. N. p. Franke i Michel opisują przypadki, w których, wyczuwając ruchomy guz w prawem podżebrzu, brali go za powiększoną nerkę. Dopiero po odsłonięciu nerki stwierdzili omyłkę. Objawem niemniej ciekawym jest, szczególnie przy opadnięciu wątroby, tak zwana „tussis hepatica“, który znanym był i starożytnym autorom, nawet Hippokratesowi. Po uniesieniu wątroby bandażem, lub po ułożeniu się chorego do łóżka kaszel uporczywy znikał. Kaszel ten przypisywano na karb histeryi (Vénе ref. *Lancet* 1898. Nr. 26). Obok tego widziano czasami żółtaczkę. Do stałych również objawów choroby Glénarda należy uporczywe zaparcie stolca i neurastenia. Do objawów cechujących chorobę Glénarda, jak już wspomniałem, należy, jako czynnik rozstrzygający w rozpoznaniu, występowanie bólów ciągnących, napinających nietylko na czas, ale i na umiejscowienie, które Rowsing podaje jako punkt ważny w rozpoznawaniu opadnięcia żołądka i odróżnieniu od wrzodu okrągłego żołądka mesogastrium i hypogastrium, połączone z uczuciem pełności. Bóle, jak już wspomniałem wyżej, występują w 2—3 godzin po jedzeniu; rano, naczczo, nigdy ich niema. Na natężenie ich wpływa nie jakość pokarmów, lecz ilość, w przeciwieństwie do bólów, występujących przy wrzodzie okrągłym żołądka, gdzie jakość pokarmów ma niezaprzeczony wpływ. W małych ilościach wszelkie pokarmy bywają znoszone, w większych nawet obojętne szkodzą. Powstawanie ich tłomaczymy sobie naciąganiem się włókien nerwowych, należących do splotu trzewnego, przebiegających w sieci małej. Nagłe zaś ustanie bólów występuje z chwilą przejścia pokarmów przez zagięcie przejścia żołądka do dwunastnicy, przyczem chorzy doznają uczucia, jakby im pokarmy przeszły przez jakąś zaporę.

Towarzyszące nudności powstają na drodze odruchowej lub mechanicznej wskutek naciągania się włókienek nerwu błędnego.

Występowanie żółtaczki, zdarzającej się czasami, odnosimy do naciągania się przewodów: pęcherzykowego i żółciowego wspólnego i skutkiem utrudnionego odpływu krwi. Za takiem tłómaczeniem przemawiają dwa przypadki, opisane przez Popperta, w których po przyszyciu wątroby żółtaczka trwale ustąpiła.

Bóle w okolicy żołądka tłomaczyć możemy upośledzoną czynnością mechaniczną obniżonego żołądka. Co do chemizmu żołądka nie posiadamy pewnych i niezaprzeczonych oznaczeń. Podczas gdy badania Jaworskiego, Gluzińskiego i Renckiego wykazały, że w chorobie Glénarda wydzielanie soku żołądkowego żadnym nie ulega zmianom, lub co najwyżej wykazano mierną niedomogę wydzielniczą, to Stiller w niektórych swych przypadkach stwierdzał nietylko nadmierną wydzielinę soku żołądkowego, ale nawet wzmożoną kwasotę. Jeden i drugi objaw zawdzięcza swe istnienie wpływom nerwowym.

Leczenie choroby Glénarda, do niedawna wyłącznie lekarstwiane, w ostatnich czasach zaczęło się stawać, oczywiście w pewnych tylko przypadkach, chirurgicznem. Na wstępie słów kilka o pierwszem. Przedewszystkiem chorym, dotkniętym opadnięciem trzew, należy zalecić spokój, leżenie w łóżku, szczególnie zaś niedokrewnym, wyniszczonym, przynajmniej przez kilka tygodni (Ortner, Vorl. u. sp. Th. d. inner. Kr.). Następowo zaś poziome ułożenie chorego po każdem jedzeniu przynajmniej przez godzinę. Dyetę należy uregulować tak, aby chorego nietylko wzmacniać na siłach, ale także uzyskać nagromadzenie się w sieci tłuszczu w takiej ilości, by ta opadnięty żołądek podtrzymywała. A więc prócz mięsa białego, beefsztyku, ryb, zaleca się mleko, jaja, masło, legominy, kompoty, starając się równocześnie o stolec regularny zapomocą lewatyw, lub też środków przeczyszczających, bądź roślinnych, bądź też mineralnych. Prócz tego należy zalecić chorym noszenie opasek gumowych, lub też flanelowych na brzuchu, któreby unosiły ku górze opadnięte trzewa. Nadto należy stosować mięsienie brzucha, przy odpowiedniej hidro- i elektroterapii. Chorych zamożniejszych wysyłamy do kąpiel solankowych, Wiesbadenu, Kissingen, lub też do miejsc nadmorskich, lub górskich, by tym sposobem ożywić przemianę materyi, a tem samem wpłynąć na ogólne odżywienie.

Z podobnymi do opisanych objawami zgłosiły się do nas chore, których historye chorób w krótkości przytaczam, by módz potem opisać wykonane operacye, a następnie omówić wskazania, jakimi się kierujemy, zanim przystąpimy do leczenia operacyjnego choroby Glénarda.

I. Antonina L. 41 l., zamężna. W dzieciństwie nie przechodziła żadnych chorób podaje tylko, iż była zawsze wątłej budowy. Rodziła 8 razy prawidłowo, ostatni raz przed 7 laty. Od kilku lat cierpi na bóle w dołku, występujące w kilka godzin po jedzeniu, rano doświadcza uczucia głodu, mimo tego wstrzymuje się od przyjmowania pokarmów z powodu bólów, występujących po jedzeniu. Prócz tego cierpi stale na zaparcie stolca.

Stan obecny. Kobieta wzrostu średniego, bardzo licho odżywiona i zbudowana, o wejrzeniu schorzałem. Płuca, serce bez zmian. Brzuch w górnej okolicy płaski, lekko zapadły, w dole nieco wysklepiony, przy ucisku poniżej wyrostka mieczykowatego bolesny. Żołądek po nadmuchaniu sięga: górna granica na 2 palce poniżej pępka, dolna na 3 powyżej spojenia łonowego. Wątroba, badana wypukiem, znajduje się na trzy palce poniżej łuku żebrowego. Przy głębszem obmacaniu brzucha daje się wyczuć guz wielkości 2 pięści po stronie prawej, odpowiadający obniżonej i powiększonej nerce prawej, o powierzchni gładkiej, dający się przesuwać ku górze. Przy oddechaniu guz ten nie porusza się. Badanie przez pochwę: opadnięcie częściowe pochwy, tyłozgięcie macicy; badanie przez jelito odchodowe nic nie wykazuje.

Badanie chemizmu żołądka: na czczo 50 grm. płynu, płyn jasny, opalizujący, oddziaływania obojętnego. Po obiedzie próbnym w 4 godziny, 100 grm. płynu aspirowanego, treść barwy ceglastej, opalizująca, oddziaływania kwaśnego, stopień kwasoty 50. Badanie drobnowidowe wykazuje: skrobia, tłuszcz, włókna mięsne. Mocz i stolec prawidłowe.

II. Chora Marya G. 50 l., zamężna. W dzieciństwie nie chorowała. W 32 r. przebyła dur brzuszny. W 40 roku zimnicę. W 6 lat później zapalenie płuc. Równocześnie cierpiała na jakąś nieokreśloną chorobę żołądkową, która ją zmuszała do ustawicznego leżenia w łóżku. Rodziła 8 razy prawidłowo. Rok 35 życia był zwrotnym w czynnościach płciowych. Obecna choroba rozpoczęła się na nowo przed kilkoma miesiącami bólami w dołku, odbijaniem, nudnościami, zaparciem stolca, to znowu biegunką. Mocz oddawała bardzo często, teraz z trudnością. Prócz tego uskarża się chora na ciśnienie w głowie i zdaje się jej, że w krótkim czasie dostanie pomięszania zmysłów.

Stan obecny. Kobieta wzrostu średniego, słabo zbudowana i odżywiona, o barwie skóry ziemistej. W płucach nieżyt oskrzeli, tony serca czyste. Kręgosłup okazuje w części piersiowej pochylenie boczne. Jedenaste żebro po stronie prawej nieco ruchome. Brzuch płaski skóra

sucha, pomarszczona, pokryta bliznami poporodowemi. Po nadmuchaniu żołądka górna granica sięga na palec poniżej pępka, dolna na 3 palce powyżej spojenia łonowego. Wątroba znajduje się 2 palce poniżej łuku żebrowego, macalna. Śledziona niepowiększona, niemacalna. Przy obmacaniu brzucha stwierdza się, że nerka prawa nieco powiększona. Prawa okolica lędźwiowa jakby pełniejsza w stosunku do lewej. Badanie przez pochwę wykazuje macicę zanikową i jej przodozgięcie; przez jelito odchodowe nic nieprawidłowego wykazać nie można.

Badanie treści żołądkowej tak na czczo, jak i po obiedzie próbnym: nieznaczna ilość treści zalegającej, oddziaływanie obojętne. W moczu nieznaczna ilość białka. (Dokończenie nastąpi).

III. Leczenie chorób serca w Francensbadzie.

Podał

Dr. Leopold Józef Steinsberg

Lekarz zdrojowy w Francensbadzie.

Usiłowania dokładniejszego wyzyskania zasobów leczniczych w Francensbadzie spowodowały, iż w latach ostatnich zakres wskazań do leczenia zdrojowo - kąpielowego w tem zdrojowisku znacznie się rozszerzył.

Przez długie lata kładziono główny nacisk w opisach Francensbadu na lecznicze własności borowiny francensbadzkiej tak, że z biegiem lat stał się Francensbad stacyą rzekłbym ginekologiczną *par excellence*. Jeśli się nie da zaprzeczyć, że ta właśnie okoliczność stworzyła temu zdrojowisku niezaprzeczoną sławę światową, to z innej strony zaniechano dokładniejszych badań i spostrzeżeń nad działaniem drugiej, niemniej ważnej grupy francensbadzkich środków leczniczych, t. j. wód mineralnych, a mianowicie używania ich w postaci kąpieli w różnych sprawach chorobowych.

Dopiero ostatnie trzechlecie przyniosło w tym kierunku znaczną poprawę. Wzięto się ochoczo do pracy, a wynikiem jej jest nowe wskazanie, przez nas podniesione, a jest niem leczenie chorób serca. Jak i o ileśmy temu podołali, chcę teraz omówić, a to tembardziej, iż nie istnieje dotychczas zwięzły opis sposobu i wyników tego leczenia w Francensbadzie.

Wiadomo, iż główną rolę w leczeniu chorych na cierpienia sercowe w Nauheimie odgrywają kąpiele, zawierające kwas węglowy i rozpuszczone sole (chlorki). Tym wynikom podniecającym zawdzięcza się w pierwszym rzędzie dodatni wpływ na ustrój, a pośrednio i na czynność chorego serca.

Okoliczność, iż czynniki te znajdują się i w francensbadzkich źródłach mineralnych, a co do kwasu węglowego, tego najpotężniejszego bodźca, nawet w nieco większej niż w Nauheimie ilości (do 1576 ctm.^{3} na 1000 grm. wody) naprowadziła i nas na myśl zastosowania takich kąpieli u chorych sercowych, tembardziej, iż już od lat wielu istniały sporadyczne spostrzeżenia co do świetnego wpływu „kąpieli stalowych“ na czynność serca.

Już z góry musieliśmy jednak do pewnego stopnia zmodyfikować w tym celu przyrządzanie kąpieli, względnie nawet stworzyć cały szereg tych specyficznie na serce i krążenie działających kąpieli, stopniując je co do zawartości kw. węglowego i soli rozpuszczonych, w miarę indywidualnych potrzeb chorego. Soli jest w źródłach francensbadzkich do 6‰*), ilość niewystarczająca, jeśli chodzi o silniejsze zadziałanie tego bodźca chemicznego na ustrój, względnie jeśli chcemy — a idzie tu o chlorek sodu — ilość kwasu węglowego jeszcze więcej obniżyć w kąpieli. To też w miarę potrzeby dodajemy do kąpieli jeszcze solankę (z Hall), co zresztą i w Nauheimie praktykuje się.

Sposób ogrzewania tych kąpieli musiał uledz pewnej zmianie. Przez zastosowanie bardzo dowcipnie zrobionych przyrządów, do których woda mineralna wprost ze źródeł napływa i w których ona przez przeprowadzanie pary wodnej w myśl ogrzewania metodą Pfriemego, względnie metodą Schwarza, już tam więcej lub mniej kwasu węglowego utraca; otrzymujemy w wannie już z góry ściśle oznaczony rodzaj kąpieli. Tylko mięszanie z ewentualnie dodać się mającą solanką odbywa się w wannie samej.

To przygotowanie kąpieli poza obrębem wanny jest bardzo ważne, gdyż woda źródlana aż do chwili, w której jako gotowa kąpiel do wanny napływa, nigdzie z powietrzem się nie styka; z drugiej zaś strony, daje ten sposób rękojmię, że każdorazowa kąpiel tego samego typu jednako wypadnie, gdyż cały proceder odbywa się automatycznie w wspomnianym przyrządzie. Ten sposób ogrzewania został przyjęty dla wszystkich niżej omówionych rodzajów kąpieli. Przytoczyć jednak muszę, iż dla rozcieńczenia pierwotnej wody mineralnej używa się wody studziennej. W miarę więc większego lub mniejszego jej dodatku otrzymujemy cały szereg kąpieli tej grupy, od najsłabszych do silniejszych. W dalszych rodzajach kąpieli, gdzie już więcej zwyklej wody nie dodajemy, „siła“ kąpieli, t. j. jej czynnik leczniczy zależy już tylko od sposobu operowania (Pfrieme-Schwarz), względnie od dodatku solanki, nareszcie od sposobu zastosowania (kąpiel stojąca, kąpiel płynąca, wirowa, *(Strombad, Wellenstrombad)*.

Na koniec chcę zaznaczyć, iż dla analogii z kąpielami nauheimskiemi, nazwaliśmy kąpiele: kąpielami „termalnemi“ *(Thermalbäder*, względnie *Thermalsoolbäder*).

Po tych wstępnych uwagach łatwo będzie zrozumieć wyrazownictwo, oraz korzyść z wprowadzenia kąpieli francensbadzkich do terapii chorób sercowych.

Względnie najsłabsza kąpiel jest:

1. Kąpiel solankowa, sporządzona z wody studziennej z dodatkiem 3%, a więc 30 litrów solanki.

Dalej następują:

2. Kąpiel termalna III. z solanką III.
3. Kąpiel termalna III. z solanką II.
4. Kąpiel termalna III. z solanką I.

Kąpiel termalna III., także Nr. III., oznacza kąpiel zawierającą po połowie wodę mineralną i wodę studzienną. Solanka III. (Nr. III) oznacza dodatek 30 litrów solanki do kąpieli; solanka II. 20 litrów, solanka I. 10 litrów.

Analogicznie do tego:

5. Kąpiel termalna II. z solanką III.
6. Kąpiel termalna II. z solanką II.
7. Kąpiel termalna II. z solanką I.

Kąpiel termalna II. zawiera $^2/_3$ wody mineralnej i $^1/_3$ wody studziennej.

Dalej następują:

8. Kąpiel termalna I. z solanką III.
9. Kąpiel termalna I. z solanką II.
10. Kąpiel termalna I. z solanką I.

*) Najgłówniejszymi składnikami wód francensbadzkich są prócz kw. węglowego następujące sole: siarkan i chlorek sodowy, węglany sodowy, litowy, magnowy, wapniowy, żelazawy i manganazowy.

W kąpieli termalnej Nr I. mieszczą się $^{3}/_{1}$ wody mineralnej i $^{1}/_{4}$ wody studziennej.

W dalszym rzędzie następują kąpiele, sporządzane tylko z wody mineralnej, a więc:

11. Kąpiel termalna A, odpowiada mniej więcej „kąpieli mineralnej“, sporządzonej przez ogrzewanie, podobne do metody Pfriemego (bezpośrednie wprowadzenie pary wodnej do kąpieli), a więc jeszcze bardzo znaczna utrata kwasu węglowego. I tu dodajemy w miarę potrzeby solankę III, II lub I. (30, 20, 10 litrów).

12. Kąpiel termalna B. z solanką III, II, I, lub bez solanki, odpowiada ze względu na zawartość kwasu węglowego, „kąpieli stalowej“ (metoda ogrzewania w myśl Schwarza przez przeprowadzenie pary wodnej pod dnem wanny).

Chcąc działanie tych ostatnich kąpieli spotęgować, zaprowadzono:

13. Kąpiel wirową A. i

14. Kąpiel wirową B.

Oba te rodzaje kąpieli są tylko ciągle płynącemi kąpielami termalnemi, A, względnie B. Przez cały czas trwania kąpieli woda mineralna dopływa silnym prądem i odpływa z wanny z drugiej strony.

Pewną modyfikacyę stanowi:

15. Kąpiel wirowa falowa. W tej kąpieli woda ciągle odpływa tą samą stroną, z której do wanny wpłynęła tak, że kąpiący się znajduje się w ciągłym wirze wodnym.

Wymienione kąpiele stosujemy o ciepłocie 27°—26°R. W miarę mniejszego ogrzewania zawartość kwasu węglowego w kąpieli jest większa tak, że i tym sposobem otrzymać można słabiej lub silniej działającą kąpiel jednej grupy.

Z tego wszystkiego wynika, że przyrządzanie i stopniowanie tych kąpieli odbywa się z minutową matematyczną ścisłością tak, że każdorazowo sporządzana kąpiel zawsze wypadnie jednako. Charakterystycznem jest to, iż przy pewnej wprawie już na oko rozróżnić można rozmaite typy tych kąpieli: gdy jedne musują silniej lub słabiej, to w innych ledwie ukazują się małe perełki kwasu węglowego.

Dotychczas wyniki leczenia chorób serca temi kąpielami uprawniają nas do zaznaczenia, że w oddziaływaniu na serce i narząd krążenia równe są one całkowicie kąpielom nauheimskim. Równie jak tamte stopniować je można (co do CO_2) od najsłabszych do najsilniejszych,— okoliczność bardzo ważna w leczeniu różnych postaci chorób serca.

Korzystny wpływ kąpieli termalnych francensbadzkich upatrujemy (tak samo jak w Nauheimie), przedewszystkiem w pobudzaniu żywszej przemiany materyi, krążenia krwi i limfy, a to dzięki wpływowi swoistych bodźców chemicznych (CO_2, sole) na skórne zakończenia nerwów czuciowych. Ztąd podniety na drodze odruchowej przenoszą się na przednie rogi szare rdzenia, a pośrednio także na zwoje nerwu spółczulnego, zatem na narządy, które wszystkie sprawy odżywcze człowieka opanowują. W dalszym związku z szybszą przemianą materyi stoi wzmożone wydzielanie produktów fizyologicznych z ustroju, żywsza odbudowa tkanki prawidłowej, a chyba nie w ostatnim rzędzie i miąższu serca.

Dopiero w drugiej linii stoi czynnik fizykalny, objawiający się w bezpośredniej zmianie pracy serca pod wpływem tych kąpieli. I w tym względzie działają kąpiele francensbadzkie, równie jak nauheimskie, w ich słabszych zgęszczeniach, w kierunku ulżenia pracy sercu, wyczerpanemu długiem schorzeniem, a tem samem uspokojenia go na drodze odruchowego podrażnienia nerwu błędnego. A te wspomniane bodźce termiczne, głównie jednak chemiczne (CO_2), wywołują rozszerzenie naczyń włosowatych w skórze (zaczerwienienie skóry), co sprowadza, że krew z łatwością przedostaje się ku obwodowi ciała, a tem samem obniża się praca serca. Przy używaniu kąpieli francensbadzkich możemy stwierdzić, że tętno staje się zwykle wolniejsze i pełniejsze, a częstość jego się obniża; parcie krwi wprawdzie wzmożone, ale tylko częściowo. Tętno, poprzednio nieregularne i nierówne, wraca po dłuższem używaniu tych kąpieli do toru prawidłowego (co wykazano sfigmogramami Lindnera). Oddech pogłębia się, a tem samem poprawia się utlenianie krwi.

Kąpiele francensbadzkie termalne okazują więc wpływ dodatni na chorych sercowych z jednej strony przez pobudzenie całego ustroju do żywszej czynności, z drugiej zaś przynoszą schorzałemu i osłabionemu z powodu długotrwałej nadmiernej pracy sercu ulgę w jego czynności. Dopiero, gdy się udało, działając w zamiarze oszczędzania serca i ulżenia mu pracy, przysporzyć temu ważnemu narządowi nowych sił zapasowych, drugiem zadaniem lekarza będzie zadziałać na serce ćwicząco, t. j. skrzepić je, a tem samem spotęgować jego czynność. Uda nam się to w pierwszym rzędzie przez zastosowanie kąpieli chłodniejszych (25—24° R.), względnie bogatszych w kwas węglowy, w których przez znaczne — aczkolwiek przejściowe podniesienie się parcia krwi, serce się niejako ćwiczy.

Zależnie więc od tego, czy chcemy działać w tej myśli, by serca oszczędzić, albo by je ćwiczyć, używamy kąpieli słabszych lub silniejszych, które co do kwasu węglowego i soli dzięki odpowiednim przyrządom dowolnie stopniować możemy. Jeśli chory jest bardzo osłabiony, ograniczyć się musimy z początku do uzyskania poprawy ogólnej (a więc kąpiele słabsze), a gdy pacyent stal się silniejszym, przechodzimy do silniejszego zadziałania kąpielami mającego na celu wzmocnienie mięśnia sercowego w jego czynności. W tych przypadkach, w których mięsień sercowy słabo pracuje, tylko dlatego, że jego zdolność przystosowania się jest niedostatecznie wyrobiona, jak u chorych, prowadzących życie ociężałe, albo jeśli osłabienie mięśnia sercowego jest spowodowane sztucznemi podnietami, jak n. p. nikotyną, wnet przejść możemy do „ćwiczenia“ serca; natomiast trudno nam będzie uciec się do tego postępowania w przypadkach, jeśli n. p. przyczyna osłabionej energii serca tkwi w miażdżycy tętnic i t. p.

Czy tak, czy owak postępujemy, (oszczędzamy lub ćwiczymy serce), korzystny wpływ tych kąpieli na chorych sercowych upatrujemy nie tyle w czynniku fizykalnym, ile w własności swoistego zadziałania kw. węglowego na nerwy, regulujące wymianę materyi, a najgłówniej na narząd nerwowy serca, na nerw błędny, dzięki czemu mięsień sercowy tylko z taką siłą pracuje, jaka jedynie jest konieczna do zwalczania pracy zewnętrznej.

Przy wyborze kąpieli dla poszczególnych postaci chorobowych musimy postępować bardzo ostrożnie i umiejętnie,

tak w dozowaniu ich co do ciepłoty, jak czasu trwania i częstości, gdyż od tego zależy cały efekt leczenia. Musimy też częstokroć zmieniać rodzaje kąpieli i mieć wogóle baczne oko na wszystkie objawy w ustroju. Rozpoczynamy zwykle zaleceniem kąpieli słabszych i w miarę, jak ustrój je znosi, stopniujemy powoli, przechodząc do coraz silniejszych. Szczególnie w zastosowaniu kąpieli wirowych trzeba być bardzo ostrożnym, zwłaszcza u osób wątłych. Czas trwania jednej kąpieli wynosi od 5—20 minut. Nie zawadzi zauważyć, iż samodzielne ordynowanie kąpieli, również jak i przedłużanie zaleconego przez lekarza jej czasu trwania, lub wreszcie kąpanie się częstsze, przynieść może tylko szkodę choremu, gdyż dobry wynik leczenia nie zależy ani od ilości, ani też od częstości używanych kąpieli, lecz tylko od ścisłego regulowania i ścisłego dozowania podniety na skórę (kw. węglowy, sole, ciepłota), w myśl osobniczych potrzeb chorego.

Przytoczone zabiegi lecznicze (leczenie kąpielowe) w przewlekłych chorobach serca potęgujemy jeszcze gimnastyką. Rozumiemy przez to wykonywanie ruchów prostych, jak podnoszenie i opuszczanie kończyn górnych, zginanie, wyprostywanie kończyn dolnych, ruchy tułowia itd., przyczem chory zważać musi na spokojny i wydatny wdech i wydech. Tylko w tych warunkach przyczynić się może gimnastyka — jak to wykazały badania różnych autorów — do wzmocnienia mięśnia sercowego. Odbywać się ona tylko musi w granicach domogi siły oddechowej i rozciągliwości serca, gdyż w przeciwnym razie doprowadzilibyśmy do przepracowania mięśnia sercowego. Przy t. zw. gimnastyce opornej *(Wiederstandsgimnastik)*, przy której ćwiczący się chory powinien zwalczać opór wykonany bądź to ręką lekarza, bądź też przyrządami (Zanderowskimi), musimy na tę okoliczność zwrócić naszą uwagę, by serca chorego nie wysilić. Przeciwwskazana jest gimnastyka we wszystkich tych przypadkach, w których osłabienie serca jest tak znaczne, że siła jego starczy zaledwie na pokonywanie pracy wewnętrznej śródtkankowej (n. p. u ozdrowieńców i t. p.); dalej w przebiegu świeżych nawrotów zapalenia zastawek i osierdzia, przy znacznej miażdżycy tętnic itd. Natomiast z dobrym skutkiem stosujemy gimnastykę w przebiegu wyrównanych wad serca, a z świetnym skutkiem w stłuszczeniach i otłuszczeniach mięśnia sercowego.

Do gimnastyki wliczamy także Oertlowskie lecznicze ćwiczenia na terenie wznoszącym się. Jest to metoda, przy której ruch, dokładnie co do czasu i wzniesienia oznaczony, tworzy silny czynnik wzmacniający i ćwiczący mięsień sercowy. Stosujemy jednak tę metodę leczniczą z dobrym skutkiem tylko w przypadkach, w których mięsień sercowy, zresztą zdrowy, uległ otłuszczeniu, lub gdzie idzie o nerwowe jego zaburzenia.

Dalszym czynnikiem, oddającym dobre usługi w leczeniu chorób serca, jest wewnętrzne używanie francensbadzkich wód mineralnych. Tam, gdzie idzie o pokonanie zaparcia stolca, towarzyszącego tak często tym postaciom chorobowym, lub o wywołanie większej ilości moczu, źródła francensbadzkie jak Salzquelle, Wiesenquelle, kaltes Sprudel i Nataliaquelle, oddają dobry pożytek. Musimy tu jednak zwrócić baczne oko na to, by nie przeciążać nadmierną ilością płynów krążenia i tak już utrudnionego, podajemy więc wody francensbadzkie w ilości $1^{1}/_{3}$ do 2 litrów dziennie tylko w zastępstwie innych napojów.

Zmierzając ku końcowi, pragnę jeszcze wyliczyć wszystkie te postacie chorób sercowych, które się nadają do leczenia kąpielami termalnemi w Francensbadzie.

W pierwszym rzędzie nadają się wszelkie niedomogi mięśnia sercowego po przebytych chorobach gorączkowych, jak po durze, grypie, gośćcu, w ogóle po chorobach zakaźnych; dalej rozstrzenie serca w przebiegu niedokrewności i błednicy. Podczas leczenia znikają wszystkie objawy chorobowe, jak krótki oddech, ucisk w okolicy serca, nierówne tętno, a i przedmiotowo można wykazać zmniejszenie się rozmiarów serca.

W równym stopniu nadają się do leczenia wady zastawkowe serca, już nie całkiem wyrównane, gdzie występują lekkie obrzęki na kończynach, duszność itd. I w tych przypadkach osiągnąć można nadzwyczajny efekt. Najlepsze rękojmie w tej grupie daje niedomykalność zastawki dwudzielnej, szczególnie niedomykalność względna, dalej niedomykalność zastawki aorty na tle miażdżycy; gorzej ma się rzecz z wadami skombinowanemi, jednakowoż i w tych razach przynoszą kąpiele choremu wielką ulgę.

Bardzo dobre wyniki osiągnąć można także w początkach miażdżycy tętnic i zwapnienia tętnic wieńcowych *(angina pectoris)*.

Dobre rokowanie daje otłuszczenie serca.

Nerwice serca można kąpielami francensbadzkiemi wprost wyleczyć; tak samo niedomogi serca z przewlekłego zatrucia alkoholem i nikotyną.

Dobrze wpływają także te kąpiele na schorzenie mięśnia sercowego w przebiegu zapalenia nerek śródmiąższowego.

Jako przeciwwskazania do używania francensbadzkich kąpieli termalnych stanowią: ciężkie wady serca w okresie niewyrównania wysokiego stopnia, bardzo znaczna miażdżyca serca i daleko posunięte tętniaki aorty.

Aczkolwiek to nie należy tutaj, wspomnieć muszę o świetnym wpływie wyżej opisanych kąpieli na chorych z wiądem rdzenia pacierzowego. Poszczególne objawy tej choroby poprawiają się znacznie w przebiegu dłuższego leczenia, a przedewszystkiem widoczne jest zmniejszenie się bólów napadowych i ustąpienie znanych zmian w czuciu, jak mrowienie, uczucie opasywania i t. d. Niemniej dobrze wpływają te kąpiele na objawy ze strony pęcherza moczowego, czy to idzie o porażenne niedomykanie jego, lub też o bolesne oddawanie moczu *(stranguria)*; w obu przypadkach następuje poprawa po krótszym lub dłuższym czasie. Także częstość t. zw. „*crises tabetiques*“ przerzedza się znacznie, częstokroć ustępują te napady na długi przeciąg czasu i po ukończeniu leczenia. Bezsprzecznie nadają się do leczenia francensbadzkiego przedewszystkiem chorzy, nie znajdujący się jeszcze w okresie znacznego bezładu *(ataxia)*. Do poprawy tego objawu służy najlepiej t. zw. leczenie „wyrównawcze zapomocą ćwiczeń“. Frenkel, który na to wskazał, nie poleca przeprowadzać tego leczenia podczas stosowania kąpieli.

Należy mi jeszcze nadmienić, że i stosunki terenowe i miejscowe Francensbadu odpowiadają wszel-

kim wymaganiom i potrzebom chorych na serce, a wie o tem każdy, który raz poznał to zdrojowisko zaciszne i jego równe położenie wśród olbrzymiego parku i obszernego zalesienia.

Sądzę, iż dotychczasowe wyniki leczenia chorób francensbadzkich kąpielami termalnemi, których działanie swoiste uzasadniłem, aczkolwiek w zawiązku, daje niepłonną nadzieję, iż powiedzie się zapewnić Francensbadowi równouprawnione miejsce wśród najwięcej uznanych zdrojowisk i uzdrowisk dla chorych sercowych. Nie uszczuplając w niczem znaczenia, jakie sobie zdobył Nauheim w leczeniu chorób serca, muszę zaznaczyć, iż z tym samym pożytkiem i korzyścią dla chorego będzie także leczenie francensbadzkie Wobec takich samych warunków rozstrzygnie może także bliższe położenie Francensbadu, okoliczność ważna dla chorych na cierpienia sercowe, z trudnością tylko podróżujących, a chyba nie na ostatnim względzie przy wysyłaniu chorego do zakrajowego zdrojowiska będzie to, że Francensbad leży w granicach Austryi.

IV. Oceny i sprawozdania.

Romualda Tarnawska. **Kuchnia jarska stosowana w lecznicy Apolinarego Tarnawskiego w Kosowie.** (Lwów 1901).

Z przyjemnością witamy każdą pomoc ze strony kobiety, jeżeli ona obraca się w zakresie właściwej działalności niewieściej. Taką pracą dla nas pożądaną jest książka p. Romualdy Tarnawskiej. Zawiera ona dokładny opis przyrządzania około 170 potraw z kuchni jarskiej. Niektóre z nich miałem sposobność wypróbowania w mojej kuchni domowej i przekonania się o ich dobrym smaku. Obok tego znajdzie czytelnik wykazaną w sposób racyonalny wartość pożywienia roślinnego, jako też sposób stosowania i podawania potraw jarskich.

U nas siedmiomilionowa ludność kraju żywi się kuchnią jarską, chociaż może nie w sposób zupełnie racyonalny, mimo to nie widzimy na niej błogich skutków wyłącznego pożywienia roślinnego. Zdałby się naszej ludności wiejskiej mały dodatek posilnego pożywienia mięsnego, gdyż człowiekowi najlepiej dogadza pożywienie mięszane. Natomiast mamy w kraju przeszło 200,000 ludności zamożniejszej, przeważnie miejskiej, która popadła w drugą ostateczność, żyjąc prawie wyłącznie przyprawianemi potrawami mięsnemi, kawą i herbatą. Nabywa ona przez to chorób narządu pokarmowego, układu nerwowego i zboczeń w przemianie materyi. Dla tej części ludności kuchnia jarska, stosowana przez dłuższy czas, wprowadzając zamiast rozpadowych ciał azotowych mięsa rozczyny soli o wysokiem ciśnieniu osmotycznem i energii kinetycznej, działa zbawiennie przez zupełną zmianę soków ustrojowych. W tych przypadkach „Kuchnia jarska“ p. Tarnawskiej będzie lekarzowi wielce pożądaną w celu dobrania stosownych potraw.

Powodzenia należy życzyć lecznicy w Kosowie z powodu, że nie popadając w skrajną ostateczność, stosuje z pożytkiem dyetę roślinną w kraju, przez co zatrzymuje spory poczet chorych od zbytecznego zupełnie wyjazdu do obcych zakładów wegetacyjnych. *W. Jaworski.*

V. Wyciągi.

Dr. Bendix. **Przyczynek do fizyologii odżywiania osesków, z uwzględnieniem rozwoju bliźniaków.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 4 grudnia 1901, str. 703—720). Potrzebę bezwzględnego indywidualizowania stara się autor nietylko przypomnieć, lecz i podkreślić. Rozwój dziecka zależy bezsprzecznie od jego odżywienia; o tem wie każdy lekarz. Że pokarm matki jest najodpowiedniejszą pożywką dla oseska, o tem poucza ogólne doświadczenie. Wiadomo również, że sposób żywienia, uznany w świecie lekarskim za nieodpowiedni, a wcześnie zastąpiony przez inny, właściwszy, najczęściej sprowadza poprawę. Z drugiej jednak strony każdemu lekarzowi praktycznemu są znane dzieci, które są żywione bez wszelkich reguł dyetetyki, a mimoto znakomicie się rozwijają. Ale nierzadko się też zdarza widzieć, że naprzeciw tej grupy stoi znaczny zastęp „dzieci troski“, dzieci, u których się nie dochodzi do celu ani mlekiem krowiem, ani przetworami, ba nawet nieraz i pokarmem naturalnym. Widzi się i takie przypadki, że dzieci o tej samej wadze początkowej i tym samym sposobie żywienia nierównomiernie się rozwijają, tak dalece, że to, które mniej spożywa, czasem lepiej się rozwija. Te wszystkie przypadki wskazują dostatecznie na to, że przecież musi istnieć jeszcze jakiś czynnik, czy czynniki, które trzeba w każdym razie uwzględnić. Z czynników zewnętrznych mają zapewne znaczenie odpowiednia ilość światła, powietrza, ciepła itp. Ważniejsze jednak znaczenie ma, — i na to autor chce szczególną zwrócić uwagę, — indywidualny stan komórek i tkanek dziecka. W szczególności chodzi mu o podkreślenie właściwej każdemu z osobna dziecku sprawności przewodu pokarmowego, związanej z prawidłowem działaniem narządu naczyniowo-oddechowego, co wszystko ma znaczenie dla energii rozwoju i prawidłowej przemiany materyi.

Ciekawą ilustracyą tego osobniczego uzdolnienia są bliźniaki, gdy one mimo równego i odpowiedniego karmienia niejednakowo się rozwijają. Autor przytacza 11 par tablic rozwoju bliźniaków, z których 4 pary miał sposobność całe miesiące żywić i ważyć. Z tych 11 par tylko dwie rozwijały się zupełnie równomiernie. Różnica w wadze między pojedynczemi bliźniętami wynosiła w rozmaitych czasach od 220—2,620 grm. i to przy równym sposobie odżywiania, braku wyniszczających chorób i tylko nieznacznej różnicy w wadze początkowej, którą zresztą początkowo mniej ważące dziecko przekraczało nierzadko na niekorzyść początkowo cięższego. Jeżeli więc u bliźniaków, których warunki rozwoju płodowego są bądź co bądź najczęściej te same, zachodzą tak znaczne osobnicze różnice w rozwoju przy tym samym sposobie karmienia i wychowywania, to to samo już jest chyba dostateczną wskazówką, jak lekarz w każdym przypadku powinien indywidualizować. Nie ograniczać się zatem na wyborze szematu, wedle którego dziecko w tym a tym wieku z tym a tym ciężarem zwykle się odżywia, lecz raczej wybrać taki sposób odżywiania, przy którym waga dziecka rzeczywiście idzie w górę. Wiemy z doświadczenia, że w jednym przypadku dogadza dziecku pokarm o małej ilości tłuszczu, lecz znacznej ilości cukru, w drugim pokarm ubogi w białko, lecz tłusty daje lepsze wyniki, jednak dalecy jesteśmy od tego, ażebyśmy mogli w każdym zawikłanym przypadku z bezwzględną pewnością stosowny pokarm wyznaczyć.

Dlatego radzi autor użyć w takich razach wszelkich metod badania, nie wykluczając nawet zbadania przemiany materyi. W końcu wyraża przypuszczenie, że zadaniem przyszłych prac, należących do dyetetyki dzieci, będzie większe uwzględnienie ich indywidualności. *Dr. Leon Bross.*

Dr. Rymowicz. **Prątek, wywołujący ostre zakaźne zapalenie spojówek** (*bac. Koch-Weeksa*) **i jego stosunek do prątka grypy** (*bac. Pfeifferi*). (*Russkij Arch. patol. klin. med.* etc. 1901, sierpień). Niejednokrotnie zwracano już uwagę na podobieństwo tych dwóch prątków pod względem postaciowym, oraz na podobne ich zachowanie się w hodowlach; wobec jednak trudności hodowania tych drobnoustrojów sprawa ich wzajemnego do siebie stosunku nie jest dotychczas należycie wyjaśniona. Autor przekonał się, iż hodowle obydwu tych prątków udają się bardzo dobrze na pożywkach, do których dodano nastoju z ludzkiego łożyska, lub, co lepiej, rozczynu hemoglobiny; przeprowadził więc w zakładzie patologii ogólnej prof. Sawczenki w Kazaniu szereg badań porównawczych nad tymi dwoma drobnoustrojami i na zasadzie tych badań dochodzi do następujących wniosków: 1) Prątek Koch-Weeksa z wydzieliny spojówkowej, oraz prątek Pfeiffera z plwociny postaciowo niczem się od siebie nie różnią. 2) Wejrzenie hodowli, oraz warunki wzrostu na pożywkach dla obydwu tych prątków są zupełnie też same; w jednakowych warunkach obydwa te drobnoustroje ulegają jednakowym przeobrażeniom i obydwa okazują jednaką skłonność do spółżycia (symbiozy) z pewnemi bakteryami. 3) Obydwa prątki działają jednakowo na ustrój zwierzęcy, powodując zatrucie ustroju, a nie wywołując ogólnego zakażenia. Jednem słowem ścisłe badania wykazały, zdaniem autora, iż prątek Koch-Weeksa i prątek Pfeiffera nie różnią się od siebie niczem, ani pod względem

morfologicznym, ani też biologicznym, wobec czego autor sądzi, iż zarówno ostre zakaźne zapalenie spojówek, jak i grypa, powstają skutkiem zakażenia tym samym drobnoustrojem, który, dostawszy się do dróg oddechowych, powoduje grypę, dostawszy się zaś do worka spojówkowego, wywołuje ostre zapalenie spojówek.

Dr. Gliński.

Dr. Leo. **Leczenie krzywicy fosforem.** (*Therapie der Gegenwart*, Nr. 12, 1901). Przypadki śmierci dzieci krzywiczych z powodu zatrucia fosforem zostały opisane przez Schmid-Monnarda; Nebelthau ogłosił spostrzeżenie, dotyczące dziecka 2-letniego, u którego po wyżyciu 5 mgr. fosforu w przeciągu 60 godzin nastąpiła śmierć; opisy te zwróciły szczególniejszą uwagę autora na dwa przypadki śmierci dzieci krzywiczych, jedno w wieku 14 miesięcy, drugie, liczące $2^1/_2$ lat, leczonych fosforem, u których stanowczo stwierdzono (w jednym sekcyą) zatrucie fosforowe, jako bezpośrednią przyczynę śmierci.

Autor w myśl zasad Kassowitza stosował w przebiegu krzywicy fosfor, lecz doszedł do dawno już znanych wniosków, ogłoszonych przez Eschericha, Fliegera i innych, że lek ten nie przyczynia się do szybszego kostnienia kości u cierpiących na krzywicę. Korzystny wpływ tego leku stwierdził autor w przebiegu skurczu głośni. Jeżeli więc wogóle ma być stosowany fosfor w przebiegu krzywicy, to pomijając już nieuchwytną korzyść tego środka, dążyć należy absolutnie do tego, by choremu ustrojowi szkody nie wyrządzać. Dawka fosforu, zalecona przez Kassowitza w ilości $^1/_2$ miligrama, odpowiadająca połowie maksymalnej dawki dla dorosłego, jest stanowczo za duża i w myśl twierdzeń Nebelthaua i Grossa powinna być dziesięciokrotnie słabsza, a więc roztwór 0·001% ma być podawany łyżeczkami, a roztwór 0·01% kroplami (po dziesięć). Ważniejszem jest w przebiegu krzywicy zachowanie przepisów dyetetyczno-higienicznych, aniżeli podawanie fosforu.

Dr. Bolesław Komorowski.

Puech. **Znaczenie badania oczu dla rozpoznania niektórych zmian kiłowych.** (*Arch. d'Opht.* 11, 1901). P. opisuje kilka przypadków zapalenia stawów (kolanowych), gdzie rozpoznano tło gośćcowe i odpowiednio leczono, ale bez skutku. Dopiero zjawienie się zapalenia miąższowego rogówki zwróciło uwagę autora, że i zajęcie stawów jest pochodzenia kiłowego, co i terapia (rtęć i jod) zupełnie potwierdziły, usuwając zupełnie cierpienie stawów. P. podnosi ten fakt w tym celu, by u młodych osobników, w razie zapaleń stawów, które ciągną się długo i od zwykłej przeciwgośćcowej terapii nie ustępują, szukać u rodziców skazy kiłowej. (Rzecz ta nie jest nieznaną; — Fournier w swej „syphilis heredit. tardive" opisuje dość szczegółowo różne artropatye na tym tle powstające, przyczem zwraca uwagę na to, że najczęściej zajęte są kolana. (*Przypisek referenta*). *Dr. Brudzewski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 6 grudnia 1901.

Przewodniczący kol. Beck. Członków obecnych 48.

I. Z powodu nieobecności kol. sekretarza zaprasza przewodniczący do prowadzenia protokołu kol. L. Feuersteina.

II. Po odczytaniu protokołu z posiedzenia ostatniego (21. pos. z d. 29 listopada) wnosi kol. A. Gluziński, aby punkt protokołu, omawiający uchwały powzięte na wniosek kol. Stachiewicza przyjąć w redakcyi kol. sekretarza, przechować w aktach Towarzystwa, ale nie ogłaszać punktu tego drukiem. Po dyskusyi, w której brali udział koledzy: Wehr, Kadyi, Beck i Gluziński zgodzono się większością głosów na propozycyę kol. Gluzińskiego, wobec czego też wniosek kol. Radzikowskiego, jako przeciwny i daleko idący, upadł.

III. Kol. przewodniczący zawiadamia o przyjęciu na członka Towarzystwa kol. Napoleona Gąsiorowskiego, podaje do wiadomości, że nadeszła odezwa Dr. Chądzyńskiego w sprawie składek na ukończenie pomnika dla św. p. Dr. Wójcikowskiego, zmarłego przed 50 laty w Dijon we Francyi, który pierwszy na lądzie wykonał owaryotomię. (Na ten cel zebrano od obecnych na posiedzeniu członków kor. 38).

IV. Na międzynarodowy Zjazd lekarzy w Madrycie (r. 1903), jako delegatów Tow. wybrano kol. Lesława Gluzińskiego, Włodzimierza Łukasiewicza i Antoniego Marsa.

V. Kol. Stauber przedstawia przypadek gruźliczego zapalenia stawu kolanowego, leczony metodą zachowawczą. W przypadku tym po zastosowaniu przyrządu ortopedycznego objawy, jak: bardzo znaczny obrzęk, chełbotanie, przykurczenie i zanik mięśni przedudzia ustąpiły, a kol. St. przypadek swój uważa za uleczony. Kol. Bar ą c z nie zgadza się z tem zapatrywaniem kol. St.; wyczuwa wyraźnie grzybowate wybujałości, a sprawę uważa za typowy *tumor albus.*

VI. Kol. Piasecki wygłosił rzecz pod tyt.: »Szwedzki i niemiecki system gimnastyki wobec postulatów fizyologii i higieny«. (Przeznaczone do druku).

Prelegent demonstrował na uczniach swych główne zasady ćwiczeń, wykazał różnicę między gimnastyką szwedzką, a niemiecką i wyższość pierwszej nad drugą. Gimnastyka szwedzka, oparta na gruntownej znajomości anatomii, ćwiczy równomiernie całe ciało, natężenie siły jest ciągłe i wzrasta równomiernie, ćwiczenia odbywają się masowo. Gimnastyka niemiecka nie ma naukowych podstaw, obliczona na efekt, jest raczej zgubną, niż pożyteczną dla ustroju. Prelegent wzywa przeto członków Tow. do najenergiczniejszego rozpowszechniania gimnastyki szwedzkiej, — a przeciwdziałania dalszemu rozwojowi gimnastyki niemieckiej.

Kol. Wehr dziękuje prel. za poruszenie i przedstawienie tej sprawy. Kol. A. Gluziński stawia wniosek, aby zarząd Tow. w porozumieniu z kol. Piaseckim przedstawił członkom odpowiednie wnioski, nie wątpi bowiem, że dużo dałoby się w tym kierunku zrobić. Wniosek przyjęto). *Dr. J. Krzyszkowski,* sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dnia 4 grudnia 1901 r.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokoł z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący odczytał pismo kol. prof. Wicherkiewicza w sprawie utworzenia Komitetu polskiego dla popierania celów XIV międzynarodowego kongresu lekarskiego w Madrycie. Komitet Towarzystwa lekarskiego proponuje na członków wspomnianego Komitetu Kolegów: Buzdygana, doc. Kryńskiego i prof. Reissa. Uchwalono.

III. Przewodniczący odczytał komunikat kol. Kwiatkowskiego w sprawie popierania wód krajowych, nieustępujących w niczem wodom zagranicznym Komitet zastanawiając się nad tą sprawą uchwalił pismo to odesłać do Komisyi przemysłowo-lekarskiej jako balneologicznej, z wezwaniem rozpatrzenia się w tej sprawie i przedłożenia w swoim czasie odnośnych wniosków Towarzystwu. Przyjęto jednogłośnie.

IV. Kol. Gliński przedstawił: 1) Okaz nowotworu, wychodzącego z prawego płatu gruczołu tarczowego; nowotwór obrasta tchawicę, wrasta w jej ściany, oraz w ściany przełyku, zachodzi popod mostek i wrasta do światła żyły głównej górnej, (*v. cava super.*) tworząc tutaj guz polipowaty wielkości kurzego jaja Badanie drobnowidowe nowotworu wykazało utkanie raka 2) Okaz tętniaka tętnicy wątrobowej (*a. hepatica*), który stał się przyczyną śmierci 25-letniej ciężarnej. Skutkiem pęknięcia tętniaka nastąpił olbrzymi krwotok początkowo w obręb tkanek więzadła dwunastnico-wątrobowego, później zaś i do jamy brzusznej. 3) Okaz, oraz preparaty drobnowidowe z płodziaka (*embryoma*), wyłuszczonego przez doc. Bossowskiego u 6-tygodniowej dziewczynki ze szyi. Badanie drobnowidowe wykazało w wyłuszczonym guzie obecność tworów pochodnych wszystkich 3 blaszek zarodkowych. W końcu omawia prelegent istniejące obecnie teorye pochodzenia płodziaków.

Odnośnie do demonstrowanego *ad* 1) preparatu przez kol. Glińskiego kol. Nowotny (gość) omówił stronę kliniczną przypadku: u mężczyzny 72-letniego w dniu przyjęcia stwierdzić można było guz po stronie prawej szyi, przesunięcie całej krtani na lewo, obok wysokiego stopnia duszności. Wykonano tracheotomię (thyreotomia), nowotwór wyskrobano i założono długą kaniulę. Po trzech miesiącach chory zmarł na zapalenie płuc. Za życia nie było objawów zaczopowania żyły głównej (*venae cavae).*

V. Dalej omówił kol. Nowotny przypadek z oddziału laryngologicznego prof. Pieniążka. U chorej dziewczyny na kilka miesięcy

przed przybyciem do szpitala na oddział laryngologiczny miało miejsce otrucie fosforem. Od trzech tygodni duszność. Serce prawidłowe, tętno 120—130. Badanie wziernikiem krtani wykazało stosunki prawidłowe. w tchawicy ponad rozgałęzieniem oskrzeli widać było od strony prawej z przodu guz z powierzchownem zaczerwienieniem. Wykonano krikotracheotomię. Po wprowadzeniu bronchoskopu do oskrzela prawego oddech się poprawił. Przypuszczano wtedy zserowaciały gruczoł oskrzelowy. Na trzeci dzień stwierdzić można było, że powierzchnia guza jest nierówną, pokrytą strzępami; strzępy wyskrobano. Nagle wystąpiła duszność i obfity krwotok z zejściem śmiertelnem.

Co do rozpoznania w tym przypadku, to przypuszczać należało trzy sprawy: gruczoł, nowotwór, tętniak. Kol. prof. Pieniążek omawiając ten przypadek, podaje, że dlatego był zdania, że ma do czynienia z guzem. że na jego powierzchni stwierdzić można było strzępki przy zupełnym braku tętnienia. Tętniak po stronie prawej rzadko daje objaw tętnienia, brak tego objawu tłomaczyć należy w naszym przypadku obfitością skrzepów w tętniaku.

Odnośnie do tego ostatniego przypadku, omówionego przez kol. Nowotnego, kol. prof. Ciechanowski przedstawił preparat i omówił zmiany anatomiczno-patologiczne.

W dyskusyi nad preparatem *ad* 3) przedstawionym przez kol. Glińskiego, kol. prof. Kostanecki omówił sprawę ze stanowiska embryologii, nadto zabierali głos w tej sprawie kol. doc. Bochenek, Gliński i prof. Ciechanowski.

VI. Kol. Kędzior demonstrował preparaty plasmodyów zimniczych,przydarzających się w Krakowie i w okolicy, mianowicie: *plasmodium quartanae* w rozwoju i okresie dzielenia się, *plasmodium vivax* i *Laverania malariae* (półksiężyc oraz obrączki), przyczem zwrócił uwagę na niezgodność pomiędzy unicystami a pluralistami. Rzecz tę pozostawia na razie nie rozstrzygniętą.

Następnie przedstawił tabliczkę gorączki, wywołanej przez różne odmiany pasorzyta zimnicy. Formy te mogą być bardzo różne, wywołane nawet przez jedne i te same odmiany. I tak, przytoczył n. p. przypadki, gdzie we krwi można było wykazać *plasmodium quartanae*, tor gorączki zmieniał się w miarę dłuższego trwania choroby. Z czasem mimo obecności pasorzytów zimnicy pojawił się stan bezgorączkowy.

Tłomaczył następnie kol. K. ustąpienie gorączki bez użycia środków lekarskich chwilowymi gorszymi warunkami rozwoju monontów przez uodpornienie ustroju. Uodpornienie to trwa czas ograniczony, poczem mononty mogą się o tyle rozwinąć, że są w stanie wywołać nawrót. Nie da się wykluczyć w tych przypadkach partenogenezy gametów (Grassi). *Plasmodium praecox* wywołuje w naszym kraju gorączkę łagodną o torze bardzo nieregularnym, niedającym się ująć w ścisłe postacie chorobowe.

Następnie przedstawił K. daty statystyczne na podstawie materyału Kliniki chorób wewnętrznych, z których wynika, że 1) zimnica trzeciaczka przydarza się najczęściej w czerwcu i maju, mniej w kwietniu, zresztą sporadycznie. 2) zimnica czwartaczka najczęściej we wrześniu, październiku i listopadzie, rzadziej na wiosnę. 3) *Laverania malariae* głównie w miesiącach jesiennych. 4) zimnica przepuszczająca utajona jest bez wyraźnej zależności od pór roku.

Ze statystyki Dra Grzybowskiego w Zatorze wynika, że w samym Zatorze przeszło 60% leczących się chorych okazuje zimnicę, z tego trzeciaczkę stanowi około 70%, czwartaczkę około 10%, a gorączkę codzienną około 20%.

Świeże przypadki zakażenia trzeciaczką i czwartaczką przydarzają się przeważnie od czerwca do listopada. Gorączka codzienna przez cały rok.

Co do pojawienia się świeżych przypadków zimnicy w miesiącach letnich. to do podobnych wyników dochodzi i Dr. Poźniak na podstawie materyału zebranego z praktyki służbowej na przestrzeni kolejowej Płaszów-Niepołomice.

Skoro się uwzględni czas pojawiania się komara, który również w największej ilości przydarza się od czerwca do września, to łatwo wykazać analogię między pojawieniem się świeżej zimnicy. a komarów.

Za tem że komary odgrywają ważną czynność w szerzeniu się zimnicy przemawia jeszcze, że: *a)* zimnica jest endemiczną, *anopheles* przebywa tylko w pewnych okolicach, głównie bagnistych; *b)* melioracya gruntów jest zdolna zmniejszyć, względnie usunąć zimnicę i »anophelesa«; *c)* doświadczenie, że siatki chroniące przed komarami, chronią i przed zimnicą.

Zimnica jest chorobą wyleczalną bez użycia jakichkolwiek środków. Bardzo często jednak wyleczenie to jest tylko pozorne, albowiem pozostają gamety, które bez wywoływania jakichkolwiek objawów chorobowych stają się na wiosnę źródłem zakażenia komarów, a za ich pośrednictwem człowieka. W leczeniu zimnicy główną rolę odgrywa chinina i błękit metylenowy.

W szczególności uwzględnić należy zimnicę ukrytą, a mianowicie w każdym podejrzanym przypadku badać krew na plasmodya i względnie podać chininę. Aby zabezpieczyć ludzi, skłonnych do zimnicy, przed nowem zakażeniem, można uciec się do podawania chininy co pewien czas; masowe podawanie całej ludności w pewnej okolicy przez jeden do dwóch tygodni uważa prelegent za rzecz praktycznie nie wykonalną. Dodatkowo wspomina K. o jednym przypadku, spostrzeganym w Klinice, z rakiem sutka. gdzie nastąpiło dobrowolne zakażenie zimnicą bez wpływu na przebieg choroby. Wspomina o tem, jako o rzeczy będącej na czasie. ze względu na publikacye Loefflera.

Kończąc zaznacza, że sprawa biologii pasorzytów zimnicy. zwłaszcza sprawa przyjęcia odmian tych pasorzytów, na razie jest zupełnie otwartą i zachęca tylko do dalszych badań w tym kierunku. (Streszczenie własne).

W dyskusyi nad wykładem kol. Kędziora zabiera głos kol. Latkowski, który opisuje przypadek »malariae aestivo-autumnalis«, wskazujący na samoleczenie ustroju. Dotyczy on chorej A. G, liczącej lat 42, zamieszkałej w okolicy zimniczej, w Ryglówce pod Podgórzem, a przyjętej do kliniki chorób wewnętrznych dnia 14/X b. r., gdzie pozostaje dotąd w obserwacyi klinicznej. Chora ta przebywała w wieku młodszym zimnicę kilkakrotnie z torem trzeciaczkowym. Na miesiąc przed przyjęciem do kliniki dostała napadów dreszczów i gorączki codzień się powtarzających, w ostatnim zaś tygodniu nawet 2 r. dziennie występujących. Dreszcze zjawiały się zwykle przed południem, po nich występowała gorączka i obfite poty, bóle w podżebrzu lewem, wymioty, darcie w kończynach dolnych, ćmienie w oczach, szum w uszach itp.

Podczas spostrzegania klinicznego dało się stwierdzić gorączkę przypuszczającą o typie nieregularnym 14/X W. 39·2° C. 15/X R. 35° C—W 39° C 17/X R. 36° C—W. 38° C 24/X R. 37·4° C—W. 38° C. Od 36/X ciepłota nie przekracza 37·5° C. opadając rano do 36·4—36° C. Chora obecnie dreszczy nie ma, poci się tylko obficie po przyjęciu pokarmów. W pierwszych dniach spostrzegania klinicznego, a więc gdy ciepłota dochodziła do 39° C, chora przedstawiała stan ciężki, dreszczom towarzyszyły wymioty, śledziona była bardzo powiększona (sięgała do linii środkowej ciała) i bolesna, pnie nerwowe tak na twarzy, jak i na kończynach były bolesne, również można było wykazać bolesność uciskową żeber i mostka.

Pod wpływem tylko pobytu na klinice i dyety pożywnej nastąpiło jakby samo-wyleczenie, chora bowiem uważa się za zupełnie zdrową, i rzeczywiście oprócz obecności półksiężyców we krwi żadnych ważniejszych zmian w ustroju wykazać nie można. Chora na wadze ciała nic nie straciła, skład zaś krwi poprawił się z 50% na 65% hemoglobiny i z 3 milionów na 4 miliony krwinek czerwonych. Obrzęk śledziony ustąpił tak. iż jej obecnie wymacać nie można, bolesność całkiem znikła.

Przypadek ten jest ciekawy ze względu na samoleczenie ustroju; w pierwszych dniach bowiem po przyjęciu chorej znajdowano znaczną ilość półksiężyców we krwi obok form młodych i obrączkowatych. obecnie ostatnich form nie ma wcale; półksiężyców zaś jest nie wielka ilość, 33:500 pól widzenia i zdaje się nie wywołują one żadnych zmian znaczniejszych w ustroju. Za wyrabianiem się odporności ustroju świadczy też powiększenie liczby ciałek eozynochłonnych we krwi obok leukocytów zawierających melanin, podczas silniejszych dreszczów i gorączki. Nawiązując do odczytu Doc. Siedleckiego należy zaznaczyć, iż doświadczenia Grassiego posunęły kwestyę rozwoju pasorzyta zimnicy o tyle naprzód, iż udowodniły jego rozwój płciowy. czyli amfigonię w ciele anofelesa i przedstawiły anofelesa jako przenośnika zimnicy, kwestyi zaś powstawania półksiężyców i dalszego rozwoju nie wyjaśniły; patenogeneza bowiem gametów jest jak na teraz tylko przypuszczeniem. Co do czwartaczki spostrzeżenia Grassiego są skąpe, dlatego należałoby się nią u nas zająć, jako formą występującą dość często i której pasorzyt rozwija się lepiej w ciepłocie niższej.

Również podział pasorzyta zimnicy jest dotąd nie ustalony i uczeni dzielą się ciągle na dwa obozy unicystów i pluralistów. Za teoryą unicystów przemawiają przypadki Lewkowicza, jak również jeden przypadek Dra Kędziora i drugi, widziany w Wiedniu przez Dra Wilczyńskiego, gdzie w czwartaczce występowały półksiężyce. Należy

jednak rozstrzygnąć, czy w takich przypadkach nie mamy do czynienia z zakażeniem mięszanem.

W końcu chciałbym nadmienić, iż myśl podawania chininy *en masse* w porze zimowej podniósł pierwszy Dr. Lewkowicz u nas, bo jeszcze w r. 1988, a więc przed ogłoszeniem prac Kocha i Grassiego.

Nadto zabierał głos w dyskusyi doc. Dr. Siedlecki (gość).

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Zydłowicz, sekretarz doroczny.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1898.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

Jeszcze z wiosną b. r. ukazało się — jak corocznie — „Sprawozdanie c. k. Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1898“. Praca to mozolna, a zbyt ważna i poważna, by ją zbyć krótkim referatem. Dokładniejsze zaś studyum wymaga wiele czasu, którym żaden z lekarzy do zbytku nie rozporządza. Takim sposobem stało się, że dopiero dziś jesteśmy w stanie podzielić się z kolegami wynikiem przestudyowania całej tej pracy [1]).

Powiedzieliśmy wyżej, że praca to mozolna i poważna. Jest to wołanie do społeczeństwa, do centralnych władz rządowych, do władz krajowych i wszystkich ludzi dobrej woli, by zwrócili więcej baczenia, ofiarowali więcej grosza, troski i pracy w kierunku poprawy doprawdy ciężkich stosunków, jakie w Galicyi pod względem zdrowotnym panują. Czy wołanie to osiągnie pożądany skutek przyspieszenia poprawy— bo od szeregu lat widzimy na każdym kroku niewątpliwą poprawę, zdobytą ogromnym wysiłkiem pracy jednostek, lecz twierdzimy stanowczo, że postępy jej są za powolne — otóż, czy skutek tak pożądany nastąpi? o tem z wielu względów musimy wątpić. Naprzód coroczne te sprawozdania nie przedostają się do wiadomości ogółu, bo tylko nieliczna garstka ludzi, których to wprost dotyczy, otrzymuje te sprawozdania. Nasze dziennikarstwo jest niestety tak przejęte walką stronnictw, tyle sił poświęca swarom politycznym, że na zdanie sprawy z tak ważnej i doniosłej pracy brak mu czasu i miejsca. Zkądże więc nasi posłowie, notabene przeważnie rolnicy i adwokaci, mają się dowiedzieć o tych szczegółach?

A wreszcie i sprawozdanie samo nie jest bez wad. Przedewszystkiem brakuje mu drobnostki, lecz brak ten czyni oryentowanie się w książce ogromnie trudnem. Czy kto chce zobaczyć np. liczbę śmiertelności, czy liczbę miejsc w szpitalach, czy wynik leczenia obłąkanych i t. p., musi prawie całą książkę przerzucić, by znaleźć to, czego szuka; a znalazłszy, jeszcze nie może być pewny, czy w innym rozdziale nie przeoczył liczby, mającej związek z liczbą znalezioną. Dlaczego tak się dzieje? Bo książka ta nie ma ani spisu rozdziałów, czyli spisu rzeczy, ani żadnego skorowidza, ani wykazu tablic statystycznych, z takim trudem zestawionych.

Ogromne utrudnienie przejrzystości stanowi również ta okoliczność, że zestawienia liczbowe prawie w każdym rozdziale czynione są w inny sposób, a co ważniejsza, każdoroczne sprawozdanie zawiera przeważnie odmienny sposób zestawienia tych liczb i tablic. Dalej głównym celem tych sprawozdań jest wykazanie zmian w stosunkach sanitarnych z dłuższego lat szeregu. Tymczasem znaczna liczba tablic uwzględnia prócz roku sprawozdawczego co najwyżej parę lat poprzednich, często tylko rok poprzedni. A przecież łatwiej układającemu tablicę umieścić w niej odrazu liczby z poprzednich lat 10—20, niż czytającemu szukać tych liczb w kilku sprawozdaniach, przyczem jeszcze rzadko kiedy znajdzie tabele w ten sam sposób zestawione, przez co przegląd liczb z dłuższego szeregu lat często jest wprost niemożebny. Nie winien tu może układający sprawozdanie, ile zbyt częsta zmiana formularzy, na podstawie których układa się sprawozdanie. W każdym razie cierpi na tem dotkliwie sprawozdanie samo.

Wreszcie ta okoliczność, że układający sprawozdanie nie rozporządza liczbami, całkiem wiarogodnemi, zmniejsza dość znacznie wartość całej pracy. Że dane, dostarczone przez urzędy parafialne, nie zawsze są pewne, że położne nieraz może się pomylą, że tak zwani „oglądacze zwłok“ na wsi podają swe rozpoznania często całkiem dowolnie, temu trudno się dziwić. Ale ze sprawozdania nabiera się przekonania, że i lekarze (szpitalni, rządowi itp.) nie rzadko zbyt pobieżnie wypełniają swe urzędowe raporty. Ztąd nieraz wypływają różne wątpliwości i sprzeczności, które sprawozdanie samo często podnosi.

Oto trudności, na jakie napotyka czytający sprawozdanie, jeśli chce z niego odnieść pożytek, nie tylko dla siebie, lecz także spożytkować nabyte z niego wiadomości dla dobra ogółu. Wprawdzie sprawozdanie zawiera, jak corocznie, w końcu książki „wnioski c. k. kraj. Rady zdrowia“, wysnute z całej treści pracy w formie dezyderatów i przedstawia je czytelnikowi. Lecz prawie też same żądania powtarza Rada zdrowia od szeregu lat, widocznie więc nie odnoszą one należytego skutku, gdyż brak im należytego poparcia, brak zajęcia się temi, tak ogromnie ważnemi sprawami u członków ciał prawodawczych, a więc u posłów do Rady państwa i Sejmu. I dziwić się temu tak bardzo trudno, bo oni albo tych sprawozdań nie otrzymują, albo też przy poważniejszem studyowaniu napotykają na wyżej podane trudności, które przy braku wiadomości zawodowych stanowią dla nich prawie niezwalczoną przeszkodę do poparcia wniosków Rady zdrowia z mownicy parlamentarnej odpowiedniemi datami, zaczerpniętemi ze sprawozdania. A jeśli czasem znajdzie się jednostka — jak w r. zeszłym Prof. Jordan — i na podstawie gruntownego referatu poprze swą powagą i wymową te same prawie żądania, jakie stawia Rada zdrowia, to nie natrafia na grunt odpowiednio przygotowany u reszty posłów, którzy sprawy całkiem nie znają i tem mniej się nią przez to zajmują.

Czas więc najwyższy, by sprawozdania te doszły — ile można z usunięciem wyżej podanych usterek — do wiadomości szerokiego ogółu, by nasze dziennikarstwo bez różnicy zapatrywań politycznych zdawało rokrocznie sprawę z tej tak doniosłej publikacyi, a wtedy może nie będzie ono głosem wołającego na puszczy, lecz pobudką, budzącą całe społeczeństwo z przykrego i karygodnego uśpienia.

A głosu jej wysłuchać przedewszystkiem winni sami lekarze i powtarzać go w kołach jak najszerszych, żądać wyjaśnień od posłów, pouczać ich o ważności tych spraw, których oni może nawet nie znają, a wreszcie sami wypełniać pilniej swe obowiązki, przedewszystkiem obowiązek donoszenia władzy o każdym przypadku choroby zakaźnej i pouczenia naczelników gmin, jak ważnym jest ten obowiązek donoszenia o chorobach zakaźnych władzom, boć po wsiach najczęściej nie lekarz, bo go nie wzywano, lecz wójt ma ten obowiązek; jeśli zaś ten nie wypełnia swego obowiązku, należy go zmusić do tego całą surowością ustawy.

W ten sposób dochodzimy do ostatniej z uwag ogólnych, które przed szczegółowem sprawozdaniem z publikacyi Rady zdrowia podać chcieliśmy. Jest to uwaga, że brak nam w tej publikacyi dość często podania kroków i zarządzeń, jakie odpowiednie władze w tym lub owym przypadku grożącego niebezpieczeństwa, lub dostrzeżonej potrzeby, poczyniły. Czyni to wrażenie, jak gdyby Rada zdrowia, czy jej organa, przypatrywały się przebiegowi jakiejś n. p epidemii i najobjektywniej rejestrowały jej postępy, nie mięszając się jednak do całej sprawy. Wiemy, że tak nie jest,

[1]) Głównym powodem opóźnienia jest to, że chcąc porównać daty odnośnie do Galicyi z datami całej monarchii, oczekiwaliśmy pojawienia się publikacyi centr. Komisyi statyst. za r. 1898, która jednak dotąd jeszcze nie pojawiła się.

ale powtarzamy: czytający (zwłaszcza nie lekarz) może łatwo odnieść to wrażenie. Dla tego sądzimy, że niezbędnem jest, by Rada zdrowia wyraźnie w każdym takim przypadku podała w swem sprawozdaniu zarządzenia przedsięwzięte i jaki one skutek odniosły. Podniesie to niewątpliwie zaufanie czytającego, a więc i pożytek sprawozdania.

Wprawdzie od lat dwóch (r. 1897 i 1898) w dziale nowo wprowadzonym p. t.: „Publiczna ochrona zdrowia" znajdujemy w rozdziale 9-tym p. t. „Środki zapobiegawcze przeciw chorobom zakaźnym" odpowiednie uwagi; lecz zdaje nam się, że uwagi te byłyby o wiele więcej pożądane w rozdziałach, omawiających śmiertelność z chorób zakaźnych, by czytający przekonywał się zaraz o spustoszeniach przez niespowodowanych i co przeciw temu przedsiębrano. Powtóre w stosunku do rozmiarów złego środki zaradcze zdają nam się za małe; ale o tem później pomówimy. Wreszcie dział ten znajdujemy dopiero od dwóch lat, pierwej go brakowało.

(Ciąg dalszy nast.).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 2 stycznia.

— Profesor Dr. Maciej Leon Jakubowski ogłosił drukiem kronikę 25-letnią Szpitala św. Ludwika (od r. 1876—1900) w broszurce objętości 8 arkuszy druku.

Kronika ta zawiera 3 działy.

W I podane są szczegółowe wiadomości o Towarzystwie opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie, które zawiązawszy się w r. 1872, już w r. 1876 otwarło dla dzieci szpital św. Ludwika, a później w lat 10 Kolonię leczniczą dla dzieci skrofulicznych w Rabce. W tym pierwszym dziale podany jest statut Towarzystwa, imienny spis członków Towarzystwa i członków Komitetu zarządzającego, zmieniającego się na podstawie wyborów co lat trzy. Podane są również liczebnie większe ofiary i zapisy, składane na rzecz Towarzystwa i wykaz tabelaryczny majątku w szczupłych kapitałach i realności z końcem roku 1900.

Drugi dział stanowi właściwą Kronikę szpitala św. Ludwika. W rozdziale I jest obszernie podana historya zakładu i jego budowy. (W r. 1876 otwarto szpital św. Ludwika z liczbą łóżek 70, w r. 1882 zbudowano II pawilon, przeważnie z przeznaczeniem dla chorób zakaźnych, zwiększono liczbę łóżek do 12 ; w r. 1890 wystawiono osobne sale dla ambulatoryum, a w r. 1897 pawilon gospodarczy). W rozdziale II podany jest opis szpitala wraz z planami. W rozdziale III spisane są ugody zawarte między Towarzystwem opieki szpitalnej dla dzieci a Wydziałem Krajowym co do pielęgnowania chorych, jakoteż kontrakt, zawarty między Towarzystwem opieki szpitalnej dla dzieci a Wysokim Rządem co do utrzymywania c. k. kliniki pedyatrycznej w tymże szpitalu. Z rozdziału tego dowiadujemy się, że na utrzymywanie chorych w szpitalu św. Ludwika pobiera Towarzystwo w ostatnich czasach z funduszu krajowego wynagrodzenie ryczałtowe w kwocie 32.000 kor., a za lokal oddany do użytku c. k. kliniki pedyatrycznej z liczbą 24 łóżek — 4.000 koron rocznie.

Również w tej części kroniki spotykamy się z wiadomością, że od r. 1889 utrzymywane są prowizorycznie, na mocy umowy z roku na rok przedłużanej, dzieci karmione piersią wraz z mamkami.

W rozdziale IV podany jest szczegółowo personal lekarski. Dyrektorem szpitala przez cały okres 25 lat jest Profesor Dr. M. L. Jakubowski, lekarzem ordynującym od r. 1888 Dr. Franciszek Murdzieński, operatorami honorowymi byli zmieniając się: prof. Antoni Bryk, prof. Dr. Alfred Obaliński, prof. Dr. Jan Mikulicz, Dr. Czesław Górski, prof. Dr. Rudolf Trzebicky, prof. Dr. Ludwik Rydygier, Doc. Dr. Bossowski.

Sekundaryuszów dwóch, płatnych z funduszu szpitalnego, było w okresie 25 lat — 20. Lekarzy praktykantów w szpitalu św. Ludwika, po kilka miesięcy i dłużej było — 29. Lekarzy praktykantów, przydzielonych na praktykę przez Dyrekcyę szpitala św. Łazarza od r. 1896, było — 25. Lekarzy hospitantów, już to lekarzy z zagranicy przyjeżdżających, już też asystentów innych zakładów Uniw. Jaggiell., którzy w celu kształcenia się do szpitala św. Ludwika uczęszczali, było — 59.

Personal kliniki pedyatrycznej składają: Profesor Dr. M. L. Jakubowski, obok którego od r. 1896 miewa wykłady Doc. Dr. Jan Raczyński; asystentów było — 7. Elewów poczynając od r. 1895 było — 5.

W dalszych rozdziałach czytamy o SS Miłosierdzia, zajmujących się gospodarstwem domowem i wykaz statystyczny służby niższej; podany jest preliminarz budżetu wydatków i dochodów, który w ostatnich latach dochodzi do 50.000 koron rocznie.

Najważniejszym i dla lekarza najciekawszym jest rozdział V, obejmujący sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych i wyników leczenia. Z rozdziału tego dowiadujemy się, że w ciągu 25 lat leczono stale w szpitalu 20.924 chorych, a w celu udzielenia porady ambulatoryjnej zgłosiło się 88.068 chorych.

Obok tablicy ruchu chorych podane są szczegółowe tablice statystyczne co do płci, wieku, miejsca urodzenia, pobytu, wyniki leczenia i t. d. Również osobno z uwzględnieniem tych działów podane są tablice statystyczne co do dzieci karmionych piersią, których od czasu wprowadzenia do szpitala było — 2.749.

Do najciekawszej części kroniki należy tabelaryczny wykaz chorób zakaźnych i tablice statystyczne dzieci nawiedzonych błonicą i dławcem, leczonych surowicą i intubacyą; do szczegółów odsyłamy czytelnika do oryginału, zwracając jego uwagę na tę okoliczność, że Szpital św. Ludwika zaczął stosować surowicę przeciwbłoniczą od pierwszych dni wejścia jej do użytku leczniczego i posiada bogaty, pouczający i rozstrzygający materyał statystyczny w tym zakresie. W dalszym rozdziale opisany jest wpływ korzystny szpitala św. Ludwika na stosunki dydaktyczne i naukowe w zakresie pedyatryi. Tutaj podany jest najpierw tabelaryczny wykaz uczniów Wydziału lekarskiego, uczęszczających na wykłady prof. Dra Jakubowskiego w ciągu 25 lat, a następnie spis prac naukowych w tymże czasie ogłoszonych przez Profesora, jego asystentów i sekundaryuszy.

Dział III poświęcony jest opisowi kolonii leczniczej dla dzieci skrofulicznych w Rabce, otwartej w r 1887. I tutaj znowu spotykamy się z szczegółowym opisem rozwoju tego zakładu, do którego dołączone są plany i widoki. Następnie źródła dochodów i wydatków, wreszcie tablice statystyczne z ruchu dzieci przebywających w Kolonii, z których dowiadujemy się, że w ciągu lat 14 korzystało z dobrodziejstwa Kolonii, pozostając na kuracyi przez 6 tygodni, 1.021 dzieci ubogich rodziców, z których 734 było miejscowych, a 287 z poza Krakowa.

* W Nr. 52 »Przegl. lekarskiego« uczyniliśmy wzmiankę, zaczerpniętą z »Časopisu lékařů českých« o równouprawnieniu wszystkich języków słowiańskich w odbywającym się obecnie XI. Zjeździe lekarzy i przyrodników rosyjskich. Wiadomość o tem zarządzeniu doszła do Pragi na ręce generalnego sekretarza słowiańskiego Komitetu lekarskiego, prof. Pešiny; nadesłał ją prof. Lewaszow, sekretarz XI-go Zjazdu lek. i przyrod. rosyjskich, uproszony do tego przez prof. Otta, prezesa słowiańskiego Komitetu lekarskiego. Przypuszczenie to języków słowiańskich do równouprawnienia miało nastąpić z wiedzą i wolą ministra spraw wewnętrznych.

Komitet polski Stowarzyszenia lekarzy słowiańskich odpisu tego aktu nie otrzymał, a tylko ogólnikowe doniesienie o jego istnieniu: osobiście więc zdania naszego o jego doniosłości wypowiedzieć nie możemy. Sądzimy jednak, że nie był to »ukaz« p. ministra, jak się wyraża »Časop. lék. čes.«, lecz najprawdopodobniej tylko dopuszczona tolerancya języków słowiańskich na obecnym Zjeździe, pozostawiona do dyskrecyi kierującej Zjazdem władzy i nie mająca doniosłości ustawowej.

Zaproszenie na XI. Zjazd lekarzy i przyrodn. rosyjskich, które otrzymali liczni lekarze i przyrodnicy w Krakowie i Lwowie, zostało przyjęte bardzo życzliwie. Gdyby nie spóźniona pora, bo zaproszenia te nadeszły 20. grudnia, udział członków polskich w naukowych pracach, na czem by nam głównie zależało, byłby niezawodnie wydatny. O ile nam w tej chwili wiadomo, z Krakowa wyjechali do Petersburga: prof. Kader, dr. Maleszewski i uproszony przez tych, którzy zaproszenie otrzymali, a opuścić Krakowa nie mogą, prof. Bolesław Wicherkiewicz, wiceprezes słowiańskiego Komitetu lekarskiego.

* Wydział krajowy mianował sekundaryuszami szpitala św. Łazarza drów: Leona Branda i B. Grünhuta.

* Stopień drów wszechnauk lekarskich w Uniwers. lwowskim otrzymali: M. Wachnianin, O. Litwinowicz i M. Zelcer.

* Medycy wiedeńscy doręczyli swoje uchwały, wymierzone przeciw nowej ustawie egzaminacyjnej, kolegium profesorskiemu, które ze swej strony wybrało komisyę z poprzednich dziekanów, wraz z obecnymi; zadaniem tej komisyi ma być zbadanie wspomnianej nowej

ustawy egzaminacyjnej i przedstawienie wniosków pełnemu kołu profesorów, w celu rozejrzenia się w nich i ewentualnego przekazania ministeryum oświaty. Do komisyi tej wybrani zostali profesorowie: Kolisko, Vogel, Wagner, Toldt. Zuckerkandel, Weichselbaum, Ebner, Ludwig i Gruber.

* Na posiedzeniu Izby posłów w Wiedniu d. 16 grudnia interpelował poseł Winter prezydenta Izby, jakim to sposobem stać się mogło, że broszura dr. Adamkiewicza p. t. »Czy rak jest uleczalny«, która zawiera reklamę dla pewnej doktryny leczniczej, znalazła się na pulpitach poselskich w parlamencie?

Mianowania i odznaczenia. Doc. fizyologii w Bonn dr. Bleibtreu otrzymał tytuł profesorski. Doc. chirurgii w Erlandze dr. Krygier mian. profesorem nadzwyczajnym. Profesorem anatomii w Kopenhadze mian. został dr. Hansen.

Nekrologia. Dr. Jakób Blatteis, długoletni lekarz zdrojowy w Krynicy, b. radca m. Krakowa, zakończył życie w Krakowie, licząc lat 67. Wydał 2 rozprawy z zakresu balneologii Krynicy. W Krakowie i Krynicy cieszył się powszechnym szacunkiem, a jako lekarz był ceniony dla swej wiedzy i pracy. Dr. Norris, prof. okulistyki, zmarł w Filadelfii. Prof. chirurgii dr. Wight zmarł w Brooklynie. Dr. St. Bresiewicz, lekarz okręgowy, zmarł w Nisku. Dr. Henryk Bogdański zmarł w Szwajcaryi, licząc lat 48.

Bibliografia:

Römer: **Znaczenie bakteryologii dla patologii oka.** *(Würzburger Abhandl.* II. 2. 1901.). Omawiając niezbyt szczegółowo liczne rodzaje drobnoustrojów, napotykanych w worku spojówkowym, podnosi autor ten szczegół, iż wiele nazw zapaleń oka, będących dotychczas w użyciu, możnaby śmiało zastąpić nazwami drobnoustrojów, a w ten sposób nazwy byłyby racyonalniejsze. Wszak wiemy, że gonokoki wywołują swoiste typowe zapalenie spojowki, dalej że pneumokoki wytwarzają wrzody pełzające rogówki; »diplococcus lanceolatus« wywołuje swojste typowe zapalenie spojówki, nie mówiąc już wcale o prątku błoniczym. Przecież już z obrazu klinicznego, bez badania, możemy osądzić, jakie drobnoustroje wywołują to lub owe zapalenie. Bakteryologia nowoczesna wyhodowała jednak liczne inne drobnoustroje z worka spojowkowego i umiała odłączyć drobnoustroje chorobotwórcze w ścisłem znaczeniu od przypadkowych mieszkańców worka spojówkowego, jak i również wyjaśniła nie jedną kwestyę etyologii w ten sposób, że jedno i to samo zapalenie wywołać mogą różne drobnoustroje, n. p. że zapalenie błonicze wywołują tak dobrze prątki Loefflera, jak i łańcuszkowce lub pneumokoki. R. zaleca zatem nie zaniedbywać nigdy badania drobnowidowego co najmniej, jeśli nie możliwem jest szczepić wydzielinę na pożywce. Worek spojówkowy przez to, że ciągle styka się z powietrzem, jest wilgotny i zawsze ma wysoką ciepłotę, stanowi dobre podłoże dla drobnoustrojów; to też nigdy on od nich nie jest wolny, ani też ilość ich nie jest stałą. Łuszczenie się ciągłe przybłonka, ruch powiek oraz wydzielina, (łzy), są to sposoby samoobrony, a szczególniej ruch powiek jest silnym środkiem, wiemy przecież, że pod opaską ilość drobnoustrojów w worku spojówkowym zwiększa się nadzwyczajnie.

Przenośnikiem, który w bakteryologii oka gra ważną rolę, jest kurz, który nietylko że drażni oko mechanicznie, ale przenosi napewno drobnoustroje do oka, jak się o tem R. doświadczalnie przekonał.

Zawartość worka spojówkowego nie jest obojętną dla całego ustroju, o czem się także R. przekonał, szczepiąc zarazki wąglika do worka spojówkowego; u zwierząt bowiem, u których poprzednio zniszczył przewód nosowołzowy, szczepienie takie, prócz zmian miejscowych, nic więcej nie wywołało. Jednakże przy zachowanych drogach odpływowych łez następowało groźne i śmiertelne zakażenie; zatem to tylko można wytłómaczyć tem, że ruchem powiek i zapomocą łez drobnoustroje dostawały się do nosa, a ztamtąd do ogólnego krążenia. Sekcye wykazały też, że przewód nosowy strony szczepionej, jak i dotycząca jama nosa, były silnie chorobowo zmienione i to jest droga wtargnięcia drobnoustrojów do ustroju dotychczas tak mało uwzględniana. Czy tak jest, dopiero dalsze spostrzeżenia są w stanie kwestyę rozstrzygnąć.

Dr. Brudzewski.

— *Gazeta lekarska* Nr. 51. Erblich: O nowych sposobach badania laseczników dyfterytycznych. Krokiewicz: W sprawie leczenia gruźlicy płuc wstrzykiwaniami podskórnemi hetolu i *natrii sozojodolici.*

— *Medycyna* Nr. 52. Biro: O padaczce (dok.). Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteura w roku 1900 (dok.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 12. W. Puławski: Przypadek zalenia popołogowego wielkich splotów nerwowych kończyn górnych i dolnych; zropienie obu gruczołów sutkowych; wyzdrowienie. Drabczyk: W powodu zgonu prof. Marcelego Nenckiego.

— *Przegląd dentystyczny* Z. 11. Łepkowski i Wachholz: O zębach pod względem sądowo lekarskim (dok.). Zieliński: O protetycznem leczeniu braku podniebienia (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 51. Riegel: O mikroskopických nálezech v prodloužene míše při akutních chorobách infekčních. Elgart: Některé zkušenosti o herniologii. — Nr. 52. Riegel. O mikroskopických nálezech v prodloužene míše při akutních chorobách infekčních (dok.) Elgart: Některé zkušenosti o herniologii. Srámek: Kazuistický příspěvek k idiosynkrasii proti antipyrinu.

— *Lečnički Viestnik* Nr. 12. Čačković: O posvemašnjem smanjenju (skvrčenju) želudca i o jejunostomiji (dok.). Schwarz: O operaciji zdjelištnih gnojnih exsudata rectalnim putem.

— *La Presse médicale* Nr. 102. Boinet: Histerya i zakażenie zimnicze. — Nr. 103. Oulmont i Ramond: Niedoskurcz serca (asystolia) śledzionowo wątrobowy. Miecznikow: O odporności w chorobach zakaźnych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 51. Borchardt: Symptomatologia i terapia żeber szyjnych. Sprengel: Które przypadki t. zw. gruźlicy chirurgicznej nadają się do leczenia w sanatoryach? Zuelzer: Przyczynek do symptomatologii i terapii przewlekłej rozdęcia płuc. Abel: Przypadek krwisteku macicznego w prawym zarośniętym rogu macicznym macicy podwójnej z krwistekiem trąbkowym.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 52. Decastello. O przeroście i zaniku barwika skóry w związku z niedokrewnością złośliwą. Vollbracht: Przyczynek do kazuistyki zgorzeli obwodowej przy zatruciu fosforowem. Favarger: Przypadek słoniowaciny tubylczej, spostrzegany w Styryi Wyższej. Rusch: Przypadek ciężkiego zatrucia kw. pirogalusowym. Neugebauer: O znieczuleniu rdzeniowem za pomocą tropokokainy.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 52. Jacobi: Chinolin bismutrodonat *(crurin pro injectione)* jako lek przeciwrzeżączkowy. Gravitz: Kliniczne spostrzeżenia nad jadem plasmotropowym, powstającym w ustroju. Loeffler: Higiena produktów mlecznych (dok.). Ehrlich: Ciała ochronne krwi (dok.). Adler: Dalsze badania biologiczne naturalnych wód żelezistych.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 52. Weichardt: Nowoczesna nauka o uodpornieniu zwłaszcza o ważności uodpornienia dla lekarza praktycznego. Dreesmann: O bezkrwawem leczeniu wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego. Weygandt: Przypadek znacznego niedołęztwa umysłowego z zniekształtnieniem kośćca. Dommer: Naczynie do spłókiwania w celach urologicznych. Fraenkel: Zanik macicy podczas karmienia. Emmerich i Gerlach: Użyteczność przyrządu Wassmutha do wdychiwań.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

KONKURS.

Wydział rady powiatowej w Wadowicach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą **w Lanckoronie** z płacą roczną 1.000 koron wolnem pomieszkaniem i ryczałtem na objazdy w kwocie 600 koron z obowiązkiem utrzymywania apteki domowej.

Ubiegający się o powyższą posadę prócz dostatecznej fizycznej zdolności winni wykazać, że posiadają następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego

2) dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej

3) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Do okręgu sanitarnego w Lanckoronie należą następujące gminy i obszary dworskie: Lanckorona, Baczyn, Dąbrówka, Harbutawice, Izdebnik, Jastrzębia, Leśnica, Marcówka, Palcza, Podchybie, Stronie, Skawinki, Stryszów, Zachełmna, Zakszów, Zembrzyce, Zarzyce małe i wielkie.

Prawa i obowiązki lekarza okręgowego określa dokładnie ustawa z dnia 2 lutego 1891 Nr. 17 dz. u. kraj.

Podania należy wnosić do Wydziału powiatowego w terminie do 25 stycznia 1902 r.

Wadowice 18 grudnia 1901.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. w drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Józefa Filipowskiego.

Rok XLI. Kraków, 11 Stycznia 1902. Nr. 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z kliniki położniczo-ginekologicznej Radcy Dworu Prof. Dr. H. Jordana w Krakowie.**

O rozpoznawaniu i leczeniu operacyjnem ropni, wychodzących z części rodnych kobiecych.

(Według odczytu na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 19 czerwca 1901 r.).

Podał

Dr. Stanisław Dobrowolski

asystent kliniki.

Rozpoznanie ropienia i poszukiwanie za ropą, wychodzącą z części rodnych niewieścich, nie należy wcale do rzeczy łatwych. Już nawet przy ropieniach przebiegających ostro, mimo charakterystycznego zachowania się ciepłoty i całego stanu ogólnego, nie rzadko jesteśmy w kłopocie z oznaczeniem miejsca ropienia, jakkolwiek są nam znane rodzaj i tło zakażenia. O wiele więcej trudności sprawi nam rozpoznanie, a więc i szukanie ropienia przewlekłego. Tu czasami nawet dłuższe spostrzeganie chorej nie przysporzy odpowiednich wskazówek; nic też dziwnego, że tu i ówdzie operujemy, nie myśląc przed zabiegiem o możliwości ropienia gdziekolwiek w ustroju, a przypadkowe natrafienie na ropę w czasie zabiegu sprawi nam niemiłą niespodziankę.

Na rozpoznaniu ropnia, czy to występującego na tle zakażenia połogowego, czy też rzeżączkowego, zadanie lekarza jeszcze się nie kończy; rozpoznanie to jeszcze nie stanowi o postępowaniu ginekologa. Zasady *„ubi pus, ibi evacua“* nie zawsze możemy się trzymać, nawet w razie rozpoznania ropienia i możności zlokalizowania ogniska ropnego postępowanie nie zawsze będzie szablonowem, jednakiem, bo musimy mieć ciągle na oku szereg rozmaitych następstw pooperacyjnych, które ściśle przed zabiegiem zawsze musimy uwzględnić.

Każdy odcinek przewodu rodnego może uledz zakażeniu, z każdego punktu zakażenie może wyjść i w każdym się umiejscowić. Idąc kolejno w topografii narządów rodnych od dołu ku górze, wspomnę tylko o ropieniach w zakresie sromu, gdyż ich rozpoznanie i leczenie jest zwykle tak proste, że nie sprawia żadnych trudności. Ropnie przewlekłe sromu są najczęściej ropniami rzeżączkowymi, wychodzącymi z gruczołów Bartoliniego; dostają się też częściej do leczenia w ręce syfilodologów, a nie ginekologów. Z kolei przejdę do ropienia w pochwie. Tu rolę ważniejszą odgrywają nie ropienia powierzchowne, ograniczone do błony śluzowej, powstające w miejscach obrażeń porodowych, lub też w miejscach ucisku przez ciała obce, ale ropnie usadowione w tkance okołopochwowej. Mogą one znowu albo być wynikiem zakażenia połogowego, albo też mogą je wywołać leki żrące, wprowadzane najczęściej do pochwy w celu wywołania poronienia kryminalnego. Pierwsze, niezbyt częste, znane pod nazwą *paravaginitis suppurativa*, zwykle bywają ograniczone, do rozpoznania nie trudne, a do leczenia zupełnie jasne. Drugie, opisywane pod nazwą *perivaginitis dissecans*, prowadzą zwykle do rozległego obumarcia ścian pochwy, nierzadko do zupełnego oddzielenia się ich od podstawy i następowego zupełnego zbliznowacenia pochwy. Cierpienie to bywa nadzwyczaj rzadkiem, zaledwie w kilkunastu przypadkach w piśmiennictwie zaznaczone; nic też dziwnego, że podobnego przypadku w klinice krakowskiej w ostatnich 8 latach nie spostrzegaliśmy.

Natomiast przypadek *paravaginitis suppurativa* o przebiegu nadzwyczaj ciekawym przydarzył się w r. 1899, a dotyczył chorej *Z. W.*, l. 25 liczącej l. p. k. 59. Chorą tę przywieziono do kliniki z powodu przewlekającego się poronienia, z resztkami łożyska w macicy, silnie niedokrewną i gorączkującą. Natychmiast opróżniono macicę i przestrzykano w zwykły sposób. Pierwsze sześć dni połogu chora gorączkowała nieznacznie, poczem przez dalsze dziesięć dni pobytu w klinice ciepłota była zupełnie prawidłową, stan ogólny poprawił się zupełnie tak, że chora opuściła klinikę zdrowa, bez jakichkolwiek wybadalnych zmian w pochwie, macicy i jej otoczeniu. W trzy dni po opuszczeniu kliniki wystąpiła u chorej gorączka, a równocześnie powstał ból znaczny w okolicy kiszki odchodowej, wzmagający się przy każdem oddawaniu stolca. Badanie ginekologiczne wykazało wtedy świeży, rozległy, bardzo bolesny naciek między tylną ścianą pochwy, a przednią odbytnicy, w nacieku tym nie wykazano wprawdzie nigdzie chełbotania, a tylko stwierdzono miejsca miększe wśród nacieku. Po przeniesieniu chorej do kliniki nacięto tylną ścianę pochwy w kierunku strzałkowym, przyczem natrafiono na nieliczne drobne ogniska ropne. Po wypuszczeniu ropy ciepłota zaraz opadła i przebieg dalszy oczyszczania się i gojenia rany pochwowej był prawidłowy.

Ropienie macicy ostre przydarzać się może tak przy zakażeniu połogowem, jako też i po nieczysto dokonanych zabiegach; znane pod nazwą *metritis dissecans*, należy wszakże do zdarzeń rzadkich. W ciągu ostatnich lat 8-iu cierpienia tego w klinice krakowskiej nie spostrzegaliśmy. Również nie leczono u nas ropni przewlekłych, jakie przydarzają się na przykład przy zmianach gruźliczych. Natomiast leczono w klinice dwa przypadki ropienia kikuta macicy, pozostawionego po amputacyi w części nadpochwowej, które były w każdym razie bardzo nieprzyjemnem i poważnem powikłaniem pierwotnego zabiegu operacyjnego, a jednocześnie pouczały, że lepiej o ile możności ten rodzaj usunięcia macicy zastąpić doszczętnem wyłuszczeniem całego narządu.

Pierwszy przypadek dotyczył chorej *K. K.*, liczącej l. 42 l. p. k. 125 z roku 1895, u której z powodu włókniaka dokonano amputacyi nadpochwowej macicy i zapuszczono kikut do jamy brzusznej. Operacya przebiegała zupełnie typowo. Przebieg pooperacyjny od początku był gorączkowy przez cały miesiąc, wytworzyła się bardzo nieznaczna wypocina, która jednakże sprawiała chorej znaczne dolegliwości. Przy używaniu środków wsysających ustąpiły dreszczyki, stan ogólny się nieco poprawił tak, że chora mogła opuścić klinikę. To względne uleczenie trwało bardzo krótko, gdyż wkrótce ponowiły się bóle o cha-

rakterze bólów napadowych, a o takiem nasileniu, że chora podczas bólów omdlewała; od czasu do czasu pojawiały się dreszczyki, wzniesienie ciepłoty wieczorne tak, że chora po dwóch miesiącach musiała powrócić do kliniki. Przebieg wskazywał na ognisko ropne w ustroju, ale początkowo nie przypuszczano nawet, żeby bardzo niewyraźne zmiany, jakie można było około kikuta wybadać, mogły być tem ogniskiem. Dopiero gdy dalsze spostrzeganie nie wykazało żadnych zmian ogólnych, a stan chorej z każdym dniem się pogarszał, postanowiono wydobyć kikut, co udało się bez znacznych trudności uskutecznić i wyjęto go wraz z podwiązkami; po wyjęciu kikuta wylało się kilka kropel ropy. Po tym zabiegu stan chorej odrazu zupełnie się zmienił i chora wkrótce opuściła klinikę zupełnie uleczona.

Drugi przypadek dotyczył chorej *L. S.*, liczącej l. 35, l. p. k. 138 z 1899 r., u której dokonano wyłuszczenia torbieli jajnikowych obustronnych i amputacyę nadpochwową z powodu włókniaków macicy. Przebieg pooperacyjny gorączkowy o typie przerywanym z wzniesieniami nieznacznemi. W 2 tygodnie dała się wybadać wypocina około kikuta, która szybko w następnym tygodniu się wzmagała tak, że z końcem tygodnia dochodziła na trzy palce powyżej spojenia, okazując w głębi chełbotanie. Po upływie następnych 5 dni ropień przebił się drogą szyjki macicznej i poczęła się przez pochwę wydobywać ropa. Wobec tego postanowiono dla ropy stworzyć łatwiejsze warunki odpływu i chciano początkowo ropień, umieszczony tuż za pęcherzem, otworzyć przez przednie sklepienie; zmieniona jednak znacznie topografia pęcherza i moczowodów nakazywała obawiać się zranienia pęcherza lub moczowodów, przeto odstąpiono od myśli pierwotnej i dotarto do ropnia drogą nacięcia według Bardenheura. Nie udało się jednakże tą drogą dotrzeć do ropy, poprzestano przeto na tamponadzie rany w tem przeświadczeniu, że ropa sama tą drogą przebije, co w rzeczywistości stwierdzono po sześciu dniach. Dalszy przebieg był zupełnie prawidłowy, ropa odpływała częścią drogą szyi, częścią drogą rany nad talerzem biodrowym i chora zupełnie została wyleczoną.

Każdy nowotwór macicy, gdy zostanie zakażony, może uledz zropieniu; do rzadkich jednakże zjawisk należy niejako samoistne zropienie włókniaków, które częściej, o ile będą ułożone podśluzowo, ulegają zgorzeli i rozpadowi.

Zropienie samoistne włókniaka spostrzegano u chorej *D. R.*, lat 58 liczącej, l. p. cz. 105 z r. 1899. Chora ta cierpiała od lat ośmiu na włókniaki macicy, które też urosły do znacznych rozmiarów, gdyż wielkością przypominały macicę ciężarną w końcu ciąży. Ponieważ włókniaki te powodowały tylko nieznaczne krwawienie, przeto chora zupełnie się nie leczyła. Na trzy tygodnie przed przybyciem do kliniki wystąpiły u niej dreszcze i gorączka przerywana, która utrzymywała się aż do przybycia chorej do kliniki. Przedmiotowo nie znaleziono wprawdzie nigdzie ogniska ropnego, ale domyślano się, że będzie ono we włókniakach, dlatego to mimo bardzo niekorzystnych warunków ze względu na stan ogólny chorej i pomimo bardzo znacznych trudności technicznych, musiano przystąpić do operacyi. Dokonano jej wprawdzie, ale chora w godzinę po zabiegu zmarła z powodu długiego trwania zabiegu i znacznego krwotoku podczas zabiegu. Sekcya guzów, otrzymanych drogą operacyjną wykazała, że jeden z nich, ułożony podśluzowo, zajmujący dolny i tylny odcinek szyi, jakkolwiek pokryty niezmienioną błoną śluzową, ulegał zropieniu, gdyż na jego przekroju napotkano szereg drobnych, świeżych, rozsianych ropni.

Ropienia, wychodzące z przydatków i tkanek otaczających macicę, nie ograniczają się wyłącznie do jednego schorzałego narządu; wywołują natomiast często zmiany w otoczeniu, jeżeli już nie przyrody ropnej, to w każdym razie zlepnej lub wypocinowej. Dlatego to najczęściej zmiany takie noszą ogólną nazwę ropni miedniczych, a nazwa ta zupełnie jest słuszna, gdyż nie rzadko bliższych danych przy badaniu, a nawet po dłuższem spostrzeganiu klinicznem nie jesteśmy w stanie wyśledzić. O jednem jednak musimy zawsze pamiętać, a mianowicie, że ropnie miednicze nie tylko mogą wychodzić ze schorzałych części rodnych, ale także z wyrostka robaczkowego; o tych właśnie ropniach musimy zawsze pamiętać, by uniknąć pomyłek rozpoznawczych, a co za tem idzie, by nie zrobić fałszywego kroku w leczeniu.

Ropnie miednicze, wychodzące z części rodnych, ze względu na ich pierwotne usadowienie dzielimy a) na ropnie przydatków, t. j. otok ropny trąbki lub jajnika; b) ropnie otrzewnowe, jako wynik zapalenia tkanek okołomacicznych i c) ropnie, zajmujące tkankę łączną omaciczną.

Otok ropny trąbki możemy przy badaniu przedmiotowem rozpoznać tylko wtedy, jeżeli będzie dawał pewne stałe obrysy, jeżeli kształtem swoim kolbowatym lub kiełbasowatym będzie przypominał rozdętą trąbkę i jeżeli w wywiadach będziemy mogli wyszukać tło, na podstawie którego mógł otok trąbkowy powstać. Tłem otoku może być naturalnie tak zakażenie połogowe, jako też i zakażenie rzeżączkowe. Jedynym czynnikiem, dozwalającym przez badanie odróżnić jedno tło od drugiego, jest badanie bakteryologiczne. Rzeżączka z reguły zajmuje obie trąbki, otoki rzeżączkowe wytwarzają się zwolna i nie dochodzą często do wielkich rozmiarów; zakażenie połogowe może wywoływać otoki trąbkowe jedno- lub obustronne, szybko wzrastające i dochodzące do bardzo znacznych rozmiarów. Analogicznymi do tła połogowego będą otoki, wytworzone wskutek zropienia produktów ciąży zamacicznej, zatrzymanych w trąbce.

Rozpoznany otok trąbkowy nie jest wcale bezwarunkową wskazówką do leczenia operacyjnego. Zawsze mamy na oku tę okoliczność, że otok ropny może przy odpowiedniem leczeniu i zachowaniu się chorych uledz wessaniu, a z drugiej strony, że leczenie operacyjne otoków trąbkowych jest bardzo trudne w kierunku zupełnego powrotu do zdrowia i zdolności do pracy chorej.

Chyba najlepszym dowodem tego jest nader obfite piśmiennictwo, jakie zebrało się z rozpraw i polemik o operacyjnem leczeniu spraw zapalnych przydatków. Skoro przed kilku laty nadszedł okres mody, że tak powiem, operowania w zakresie przydatków, zapał operacyjny tak owionął prawie wszystkich ginekologów, że operowało się za często, naturalnie czasami bez koniecznego wskazania. Dopiero gdy otrzymano duży zastęp wyników złych, tak bezpośrednich, jako też i niekorzystnych następstw pooperacyjnych, ocknęli się niemal wszyscy i najbardziej przedtem radykalni operatorowie stali się największymi zachowawcami w leczeniu schorzałych przydatków. Doświadczenia zebrane z tych lat „operacyjnych“, jak je można nazwać, nie wyszły na marne, nie pozostawiły próżni dla nauki, gdyż przekonały większość znaczną ginekologów, że z operacyami w zakresie przydatków trzeba być nadzwyczaj ostrożnym i to nie tyle dla samej techniki lub bezpośrednich następstw, ale dla późniejszego zdrowia chorych. Nauczyliśmy się indywidualizować w leczeniu operacyjnem schorzałych przydatków — przekonaliśmy się, że każdy przypadek będzie dla siebie wymagał innego częstokroć postępowania, innego obrania drogi leczniczej i rozmaitego stopnia radykalizmu operacyjnego. W każdym razie, u każdej chorej będziemy się starali zachować jak najwięcej z części rodnych, bo tylko w ten sposób uda nam się ochronić właściwą funkcyę narządów rodnych, odgrywających tak ważną rolę w życiu kobiety.

Zabiegi operacyjne uważamy zawsze za ostatnią ucieczkę, imamy się ich przeto dopiero wtedy, gdy stan miejscowy i ogólny chorej tego koniecznie wymaga, gdyż łatwo stosunkowo pozbawić kobietę części rodnych, ale nie mamy

żadnych środków, aby usunąć kalectwo, w jakie chora po wytrzebieniu najczęściej popada.

Sposoby leczenia operacyjnego otoku trąbkowego będą przeto różne, a idąc według łagodności zabiegu na pierwszem miejscu postawić musimy nakłócie ropnia, wypróżnienie jego treści z następowem przestrzykaniem lub bez przestrzykania jamy ropnia. Nakłócie, znane dosyć dawno, zaczęło dopiero w ostatnich czasach wchodzić w swe właściwe prawa; był czas, w którym o niem prawie że nie myślano i nikt go w większej liczbie przypadków nie stosował. Dopiero w ostatnich czasach zaczynają się mnożyć ogłoszenia szczęśliwie szybko, i dobrze wyleczonych przypadków otoku przez zwykłe nakłócie. Zabieg taki nadaje się wyłącznie tam, gdzie ropień będzie stary, gdyż wtedy możemy być prawie pewni, że ropa jest jałową, co pozwala dobrze rokować nawet w tym przypadku, gdzie podczas nakłócia ropa dostanie się na otrzewnę. Nakłócie takie wykonuje się przez pochwę w miejscu, gdzie ropień jest najbardziej dostępny, bacząc, by nie uszkodzić sąsiednich narządów i większych naczyń. Otwór po nakłóciu możemy rozszerzyć kleszczykami na tępo w razach, gdybyśmy po punkcyi chcieli użyć sączkowania.

Drugim z kolei łagodnym zabiegiem operacyjnym będzie nacięcie przedniego lub tylnego sklepienia *(colpotomia anter. vel poster.)* z oddzieleniem lub bez oddzielenia szyi macicznej od sąsiednich narządów. Zabieg ten jest wprost niewinny, a bardzo dobry, gdyż pozwala pod kontrolą palca, nie rzadko i oka, dotrzeć do ropnia, dozwala na dokładne rozpatrzenie się w zmienionych stosunkach topograficznych, a daje zupełnie wystarczający przystęp do otwarcia ropnia, a najlepsze warunki dla następowego sączkowania jamy, pozostałej po ropniu. Ten sposób leczniczy zyskuje coraz więcej zwolenników, gdyż jest zabiegiem łagodnym, nie naraża chorej na żadne kalectwo, a najczęściej wystarcza do zupełnego wyleczenia. Podobnie bardzo łagodnym zabiegiem w przypadkach nadających się przy dużych otokach trąbkowych będzie dwuczasowe nacięcie ropnia drogą cięcia brzusznego. Jeżeli guz trąbkowy będzie duży i dosyć ruchomy, da się łatwo wprowadzić w poziom rany laparatomijnej, tutaj da się wszyć, a skoro wytworzą się zrosty między otrzewną ściany a guzem, wtedy będzie pora na nacięcie i sączkowanie. Sposób ten ma tylko tę jedyną wadę, że leczenie następowe aż do zaniku zupełnego jamy ropnia może się długo przewlekać.

Leczenie operacyjne radykalne może być znowu przeprowadzone albo przez pochwę, albo też przez jamę brzuszną; może ono polegać na usunięciu przydatków po jednej stronie, albo po obu stronach, albo wreszcie na usunięciu przydatków obustronnem wraz z macicą. Żaden jednak ze sposobów wymienionych nie zdobył sobie wyłącznego pierwszeństwa, gdyż każdy musi dawać szeregi tak dobrych jak i złych wyników. Nie stopień radykalizmu, lecz sposób przystosowany do okoliczności danego przypadku jest najlepszym, a w ogóle jak najwięcej należy macicę i jajniki oszczędzać a operować radykalnie tylko wtedy, gdy każde inne leczenie nie wystarcza i zawodzi.

Sama technika operacyjna jest rzeczą drugorzędną; każdy przypadek sam najlepiej wskaże, czy operować przez pochwę, czy też przez jamę brzuszną, jako też ile trzeba przy operacyi usunąć utkania schorzałego z narządów rodnych. Również nie będą odgrywać znacznej roli pewne odcienia w technice, jak naprzykład, czy zaopatrywać więzy szerokie jedwabiem, lub też klemami, czy wytaczać macicę po nacięciu sklepienia, czy też nie i t. p. W każdym razie znajdzie się tu i ówdzie przypadek, gdzie będziemy zmuszeni operować i to jak najradykalniej, ale leczenie takie będzie zawsze tylko wyjątkiem, a nie regułą.

(Ciąg dalszy nast.).

II. Z kliniki wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu Prof. Dr. Pasternackiego.

Zasadowość krwi w stanach fizyologicznych i patologicznych ustroju.

(Badania doświadczalno-kliniczne).

Podał

Dr. med. Witold Eugeniusz Orłowski,

ordynator kliniki.

(Ciąg dalszy).

IV.

Dalszy wniosek z moich doświadczeń jest ten, że w krwinkach czerwonych zawiera się znaczna część zasad krwi, mianowicie 45—53% ogólnej jej zasadowości. Pomimowoli nasuwała się wątpliwość, czy nie w tem właśnie należy szukać przyczyny tych na pierwszy rzut oka bezpodstawnych wahań zasadowości krwi, które spostrzegali badacze przy posiłkowaniu się metodą Loewyego. Dla rozwiązania tego pytania należało przeprowadzić badania zasadowości krwi na możliwie większym materyale patologicznym jednocześnie z oznaczeniem w każdym przypadku liczby krwinek czerwonych. Badania w tym względzie przeprowadziłem przeważnie na chorych stałych w klinice lekarskiej Prof. Dra Pasternackiego, w części zaś na chorych przychodzących tejże kliniki i niektórych chorych z praktyki własnej w kaukaskich zdrojowiskach leczniczych, mianowicie w Essentukach podczas sezonu kuracyjnego w latach 1900 i 1901. U każdego chorego zrana po herbacie badałem kroplę krwi pod drobnowidem, poczem oznaczałem zawartość hemoglobiny za pomocą przyrządu Gowersa, liczbę krwinek czerwonych i białych, oraz zasadowość krwi. Każdorazowo naliczałem około 1600 krwinek czerwonych (16 dużych kwadratów); więc pomyłka, zależna od samej metody badania, wynosiła zaledwie 1, 2—2, 1% (Abbé[54]); przy obliczaniu krwinek białych rachowałem 100 pól widzenia. Zasadowość krwi oznaczałem za pomocą alkalimetru Engla[46]), urządzonego na wzór „mélangeura" dla krwinek czerwonych: rozcieńcza się w nim 0,05 ctm. sz. krwi, wziętej z palca, w 100 częściach przekroplonej wody odczynu obojętnego; otrzymana krew z rozpuszczonemi krwinkami czerwonemi miareczkuje się $^1/_{75}$-normalnym rozczynem kwasu winowego tak długo, aż kropla mięszanki, przeniesiona na błękitny papierek lakmusowy, nie wywoła zaczerwienienia; z ilości zużytych ctm. sz. miareczkowanego rozczynu nie trudno wyliczyć zasadowość krwi w mlgr. NaOH na 100 ctm. sz. krwi.

Pierwej jednak, nim przystąpiłem do badań za pomocą tego przyrządu, postanowiłem go skontrolować. Pobudką ku temu było następujące rozumowanie: Engel używa dla miareczkowania $^1/_{75}$ normalnego rozczynu kwasu winowego,

który pomimo słabego zagęszczenia jest jeszcze w stanie zabarwić wyraźnie błękitny papierek lakmusowy, lub lakmoidowy na czerwono. Nasuwa się jednak pytanie, czy nie straci on tej własności, jeśli kroplę tego roczczynu rozprowadzić w 5 ctm. sz. cieczy obojętnej. Istotnie dodając 0,05 ctm. sz. w mowie będącego roczczynu do 5 ctm. sz. obojętnej wody przekroplonej, nie mogłem stwierdzić żadnej zmiany w zabarwieniu błękitnego papieru lakmusowego, na który przenosiłem jedną kroplę mięszaniny, aczkolwiek papier lakmusowy, którego używałem we wszystkich moich badaniach, był bardzo czuły, zaczerwieniał się bowiem już od kropli cieczy, zawierającej w jednym litrze wody obojętnej zaledwie 2,6 ctm. sz. $^1/_{10}$ normalnego roczczynu kwasu winowego. Zaledwo po dodaniu 0,075 ctm. sz. $^1/_{75}$ normalnego roczczynu kwasu winowego można zauważyć zaczerwienienie papieru lakmusowego, lecz i w tych warunkach znika ono wkrótce. Wyraźniejsza zmiana barwy występuje po badaniu 0,1 ctm. sz. w mowie będącego roczczynu kwasu winowego.

Należało więc oznaczyć, jak wielką jest pomyłka, zależna od wzmiankowanej przyczyny przy miareczkowaniu 0,05 ctm. sz. krwi, rozcieńczonej 100 razy w wodzie przekroplonej. Dla rozwiązania tego zadania postępowałem w dwojaki sposób:

I). 5 ctm. sz. krwi z tętnicy udowej psa wypuszczałem wprost do 45 ctm. sz. 0,2% szczawianu amonowego odczynu obojętnego; następnie brałem 5 ctm. sz. mięszaniny i oznaczałem zasadowość krwi metodą Löwyego. Drugie 5 ctm. sz. mięszaniny dokładnie zobojętniałem $^1/_{25}$ normalnym roczczynem kwasu winowego i dopełniałem otrzymaną nową mięszaninę do 50 ctm. sz. wodą przekroploną obojętną. W ten sposób otrzymywałem 50 ctm. sz. cieczy, zawierającej 0,5 ctm. pierwotnej krwi, więc miałem do czynienia z krwią rozcieńczoną, jak i w przyrządzie Engla 100 razy, zawierającą krwinki czerwone, również w stanie rozpuszczonym, z tą jedynie różnicą, że odczyn jej był nie alkaliczny, lecz obojętny. Dodając zatem do 5 ctm. sz. otrzymanej cieczy obojętnej $^1/_{75}$ normalny roczczyn kwasu winowego, przekonałem się, że kropla, przeniesiona na błękitny papierek lakmusowy, wywołuje wyraźne zabarwienie czerwone, nie znikające w ciągu 5 minut, zaledwie po dodaniu do cieczy 0,1 ctm. sz. miareczk. roczczynu kwasu winowego ($^1/_{75}$). Ztąd wynika, że przy oznaczaniu zasadowości krwi za pomocą alkalimetra Engla jesteśmy zmuszeni dodawać zawsze więcej o 0,1 ctm. sz. roczczynu kwasu winowego ($^1/_{75}$), niż należy. Ponieważ zaś ta ilość $^1/_{75}$ roczczynu kwasu winowego odpowiada ściśle 106,6 mlgr. NaOH(%), to rzecz prosta, że otrzymaną liczbę zasadowości należy zmniejszać o 106,6 mlgr.

II) 5 ctm. sz. krwi z tętnicy udowej psa wypuszczałem wprost do 45 ctm. sz. 0,2% obojętnego szczawianu amonowego. Zasadowość krwi w pierwszem z doświadczeń tej kategoryi, oznaczona metodą Löwyego, wynosiła 216 mlgr. NaOH (%).

5 ctm. sz. otrzymanej cieczy z rozpuszczonemi krwinkami czerwonemi rozcieńczałem przez dodanie 45 ctm. sz. wody przekroplonej odczynu obojętnego. W ten sposób pierwotną krew rozcieńczałem 100 razy, więc otrzymywałem takież rozcieńczenie, jak i w alkalimetrze Engla. Zobojętnienie 5 ctm. sz. rozcieńczonej w ten sposób krwi wymagało dodania 0,3 ctm. sz. kwasu winowego. Obliczając więc na wzór Engla zasadowość krwi, otrzymujemy liczbę 320 milgram. NaOH, która to liczba o 104 mlgr. przewyższa istotną.

Nie będę przytaczał reszty doświadczeń tej kategoryi: w niektórych z nich rozcieńczałem krew naumyślnie nie 100 razy, lecz więcej lub mniej; odpowiednio do tego wzrastała lub zmniejszała się i liczba 106,6.

Na podstawie wszystkich podobnych doświadczeń przyszedłem do przekonania, że alkalimetr Engla wykazuje liczby zasadowości krwi o 106,6 mlgr. NaOH (%) wyższe nad istotną, jeśli przy oznaczaniu zasadowości używamy jako wskaźnika papierka lakmusowego oznaczonej już poprzednio czułości i jeśli miareczkowanie uważamy za ukończone wtenczas, gdy zaczerwienienie błękitnego papieru lakmusowego nie znika w ciągu 5 minut. Ten warunek ściśle zachowywałem we wszystkich badaniach, ponieważ w przeciwnym razie otrzymane liczby zasadowości krwi nie mogą być porównywane (Thomas[54]) i inni). Jeśli przytem wbrew Loewyemu nie rozciągałem badania na dłuższy przeciąg czasu, lecz ograniczałem się do 5', to jedynie dla tego, że miałem na uwadze cele kliniczne.

Oprócz wykazanej pomyłki, przyrząd Engla daje wahania w granicach 8—12 mlgr. 5%, zależnie od niewielkiej względnie ilości krwi, której on wymaga dla badania. Ta właściwa wszystkim przyrządom pomyłka została stwierdzoną i oznaczoną przezemnie drogą porównawczych oznaczeń zasadowości krwi u psów metodą Loewyego i Engla*).

Przy zachowaniu przed chwilą wyłuszczonych warunków zasadowość krwi u osobników zdrowych wynosi 240 do 267 mlgr. NaOH na 100 ctm. sz. krwi. Oznaczając zasadowość krwi u jednego i tego samego osobnika kilkakrotnie, zawsze otrzymywałem przy zachowaniu wszystkich warunków jednakowe wyniki, zgodne z Loewym[24], v. Limbeckiem[25]), Karfunkelem[26]), Straussem[27]) i Brandenburgiem[28]) i wbrew jednemu Berendowi[44]).

Oprócz lakmusu używałem jako wskaźnika także lakmoidu. Tu pomyłka wynosi 119 mlgr. NaOH (%), alkaliczność zaś krwi u osobników zdrowych 269—299 mlgr. Lecz wkrótce zaniechałem tego środka, gdyż przygotowanie go jest bardziej złożone; z drugiej zaś strony przy miareczkowaniu krwi z rozpuszczonemi krwinkami czerwonemi lakmoid nie jest niezbędny.

V.

Przystępuję teraz do badań na chorych, których wykonałem 138 na 63 chorych; z tej liczby 50 przypadków spostrzegałem w klinice lekarskiej prof. dr. Pasternackiego w r. 1901, 2 przypadki w ambulatoryum tejże kliniki, a 11 przypadków klienteli prywatnej w Essentukach. Prawie wszystkie badania przeprowadziłem kilkakrotnie i w jednakowych warunkach Wyniki przytaczam w Tabl. I: jeśli badanie było przeprowadzone w ciągu 2 dni z rzędu, podaję liczbę przeciętną.

Z przytoczonej tablicy wynika, że zasadowość krwi istotnie jest niejednakową w różnych stanach chorobowych, oraz w jednej i tej samej chorobie u różnych osobników. Zestawiając jednak stopień zasadowości krwi z liczbą krwinek czerwonych, łatwo przekonujemy się, że obydwie liczby idą wciąż równolegle: z zubożeniem krwi w krwinki czerwone obniża się i alkaliczność krwi; przy liczbie prawidłowej krwinek pozostaje prawidłową. Niestety nie miałem możności oznaczać zasadowość osocza, względnie surowicy krwi, w każdym przypadku, ponieważ podobne badanie wymaga dość znacznej ilości krwi. Uwzględniając jednak ba-

*) *Uwaga.* Istnieje jeszcze jedno źródło pomyłki w alkalimetrze Engla: 20 kropli $^1/_{75}$ normalnego roczczynu kwasu winowego wcale nie odpowiada w jego przyrządzie 1 ctm. sz., jak twierdzi ten autor. Wskutek tego, obliczając zasadowość krwi według wskazówek Engla, z liczby użytych dla oznaczenia kropli roczczynu otrzymujemy liczby, niezgodne z istotnemi. Tej pomyłki jednak możemy uniknąć, biorąc pod uwagę nie liczbę zużytkowanych kropel miareczkowanego roczczynu, lecz liczbę ctm. sz. roczczynu.

Rozpoznanie kliniczne.	Dzień badania	% hemoglobin.	Liczba krwinek czerwon. w 1 mlm.³	Liczba krwinek białych w 1 mlm.³	Zasadowość krwi w mlgr. NaOH %	Uwagi szczególne
Zapalenie dławcowe płuca prawego	30/1 7/2	65 68	4,770.000 4.820.000	16469 8420	253 240	3-ci dzień choroby. od 2/2 ciepłota prawidłowa.
Zapalenie dławc. płuca lewego	6/2 10/2	70 72	4,250.000 4,225.000	20100 8620	227 227	przełom 7/2.
Zapalenie dławcowe płuca praw.	7/2 13/2	73 70	4,450 000 4,530 000	19200 17300	240 240	7/2. 4-ty dzień choroby; 13/2 ciepłota wyżej 39°; choroba przybr.cechę przewl. chory wypis. się z klin. z naciecz. prawego szczytu płucnego.
Zapal. płuca i otrzewny po str. praw.	12/2 13/2	80 80	4,700 000 4,820.000	12474 8200	213 240	przełom w nocy z 12/2 na 13/2.
Zapal. dławcowe płuca prawego	28/2 1/3	70 68	4,325 000 4.175.000	9450 9375	227 227	28/2 4-ty dzień choroby; 2/3 zejście śmiertelne; patolog.-anatom. rozpoznanie: zapal dławcowe płuca prawego.
Zapalenie dławc. płuc obustronne	7–8/3 11/3	65 58	4,244.000 4,212.000	12100 8640	227 227	przełom w nocy z 10/3 na 11/3.
Zapalenie dławc. płuca prawego	26/3 27/3	68 69	4,725.000 4,640 000	15000 8700	240 240	26/3 5-ty dzień choroby; w nocy na 27/3 przełom.
Gruźlica płuc. zapalenie kiszek	7– 8/1	75	4,985.000	7441	253	
Gruźlica płuc	14–15/1	65	4,130.000		227	
Zapalenie oskrzeli posokowate	1–2/3	65	3,632.500	5252	213	
Zwężenie ujś. ia i niedomykalność zastawki 2-dzielnej	8/2 11/2	63 64	3,821.000 3,900.000	4932 5000	213 227	
Niedomykalność zastawek aorty	20–21/2	70	4,357.000	6420	227	
Niedomyk. zastawki 2-dzieln.	21–22/2	65	4,346.000	6520	227	
Niedomykalność zastawek aorty	24–25/2	60	4,127.000	7525	213	
Osłabienie serca	5–6/3	75	4,416.000	6125	227	
Zwęż. ujścia żyln. i niedomykalność zast. aorty	7–8/3	70	4,242.000	8400	227	
Marskość wątroby zanikowa	7–8/1	80	5,150.090	5992	267	
Marskość wątroby zanikowa	17–18/1 14/2	60 50	3,570.000 3,326.000	9376 9200	200 187	20/3 zejście śmiertelne; patol.-anatom. rozpoznanie: marskość wątroby zanikowa.
Przewlekłe zapalenie wątroby	19 - 20/2	62	3,728.000	5992	213	
Śródmiąższowe zapalenie nerek	15–16/1	70	5,000.000	5942	240	
Śródmiąższowe zapalenie nerek	1/2 4/2	54 53	3,643.000 3,675.000	5340	200 200	
Nieżytowe zapal. miedniczek nerkow.	21–22/1	80	4,537.500	5381	240	
Śródm. zapal nerek, osłabienie serca	26–27/2	71	3,407.000	6100	200	
Śródmiąższowe zapalenie nerek	10–11/3	83	5,050.000	7600	267	
Rozstrzeń żołądka	16–17/1 2/2	68 70	3.556.000 3,600.000	7174 7200	200 200	
Przewlekły nieżyt żołądka	3/2 5/2	70	5,025.000	8357	240	
Przewlekłe zapalenie okrężnicy	9–10/3	78	4,972 000	9240	240	Nawykowe zaparcie stolca.
Przewlekłe zapalenie okrężnicy	15–16/3	70	5,000.000	7500	240	Rozwolnienie lub zaparcie stolca.
Zapalenie wyrostka robaczkowego	31/3	70	4,978.000	8120	253	
Niedokrewność	18–19/1	78	3.692.000	3853	227	
Błednica	19–20/2 26/2	25 28	3,334 000 3.630 000	5014 5450	200 213	20/2 zalecono: *Ferri carbonici saccharati* 0,3 3 razy dziennie. We krwi poikilocytoza.
Plamica krwotoczna	23–24/2	70	4.275.000	9650	227	
Dur brzuszny	13/1 18/2	60 70	3,240.000 4.125.000		200 227	13/1. 11-ty dzień choroby. 18/2 14-ty dzień prawidłowej ciepłoty.
Dur brzuszny	3/2 14/2 2/3	75 70 75	4,980 000 4,725.000 4,821.000	6915 6650 6725	253 240 240	3/2. 9-ty dzień choroby. 14/2. 20-ty dzień choroby. 2/3. 9-ty dzień prawidłowej ciepłoty.
Dur brzuszny	24–25/2	75	4,883.000	6240	240	14–15-ty dzień choroby.
Grypa	16/2 17/2	83 82	4,985.000 4,890.000	8300 8120	240 240	Ciepłota normalna.

Rozpoznanie kliniczne.	Dzień badania	% hemoglobin.	Liczba krwinek czerwon w 1 mlm.³	Liczba krwinek białych w 1 mlm.³	Zasadowość krwi w mlgr. NaOH %	Uwagi szczególne
Grypa	2/3 3/3	80 78	4,976.000 4,954.000	8920 8900	253 253	Ciepłota normalna.
Gościec stawowy	16/12 900 16/2 901 19/2	75 72 74	4,835.000 4,780 000 4,792.000	8120 7935	240 240 240	Od połowy stycznia 901 r. ciepł. prawidł.; objawy prz. gośćca staw. 19/2 2-gi dzień zaostrz. sprawy: ciepł. podnies.; nowe obrzmien. staw.
Marskość wątroby przerostowa	27/1	55	4,240,000	7800	227	
Zapalenie nerek miąższowe	31/1	64	4,416.000	6076	227	
Kamica żółciowa	4/6 900	72	4·175 240	6720	227	
Przewłoczny nieżyt żołądka	27/6 900	70	4,425.000		240	
Przewłoczny nieżyt żołądka	6/7 900	72	4,215.000	5920	227	
Błednica	4/7 900	30	4,025.000	6040	227	
Zapal. miedn. nerk., kamica nerk.	10/7 900	68	4,245.090	8400	227	
Skaza moczanowa	22/5 900 23/5 901	70 72	4,175.000 4,220.000	8870 8900	227 227	
Skaza moczanowa	15/6 900 24/6 901	65 68	3,425.000 4,074.000	7400 8200	240 227	
Rwa kulszowa, skaza moczanowa	30/5 901	85	4,987.000	8250	254	
Kamica żółciowa	16/6	85	4,875.000	7250	240	
Kamica żółc., zapal. miedniczek nerk.	20/6	70	4,155.000	6400	227	

dania Brandenburga[28]) i Berenda[44]), przedsięwzięte na ludziach, jako też doświadczenia Loewyego[23]) na wołach i własne na psach, możemy utrzymywać, że zasadowość osocza krwi jest w przybliżeniu równą 50% ogólnej zasadowości krwi, więc w przybliżeniu 120—134 miligrm. NaOH (%). Reszta 50% zależy od zasad, zawierających się w krwinkach czerwonych. Przeprowadzając odpowiednie obliczenie, przekonujemy się, że obniżenie zasadowości krwi w różnych chorobach da się wytłómaczyć przez odpowiednie zubożenie krwi w krwinki czerwone. Zasadowość więc osocza krwi w różnych chorobach pozostaje zupełnie niezmienioną, lub, jeśli się i zmienia, to w bardzo nieznacznym stopniu. Podobny wynik zgadza się najzupełniej z doniosłością fizyologiczną zasadowości krwi i z obecnością narządu regulującego ją, który ma za zadanie utrzymywać alkaliczność krwi na stałej stopie.

Podobne zachowanie się alkaliczności krwi spostrzega się, chociaż nie we wszystkich stanach chorobowych, w cukrzycy, mocznicy i raku rozmaitych narządów.

Z badań naszych na chorych, cierpiących na te zaburzenia wynika, że w charłactwie rakowem, cukrzycowem i mocznicowem obniżenie zasadowości krwi znacznie przewyższa zubożenie jej w krwinki czerwone. Stopień takiego obniżenia alkaliczności krwi udało mi się oznaczyć zupełnie ściśle w 3 przypadkach mocznicy, w 2 bowiem krew poddałem badaniu przed i podczas napadu mocznicy, a w 3-im w czasie napadu mocznicy i po jej ustąpieniu. Okazało się, że w 1-ym przypadku liczba krwinek czerwonych obniżyła się o 207,500 w 1 mlm.³ (6,32%), alkaliczność zaś krwi o 93 mlgr. (46,5%), więc o 40,18% więcej, niż zmniejszyła się liczba krwinek czerwonych. W 2-im przypadku liczba krwinek czerwonych podczas mocznicy obniżyła się o 2,13% (77.550 w 1 mlm.³), alkaliczność zaś krwi o 43,66% (93 mlgr.); więc o 41,53% więcej, niż zmniejszyła się liczba krwinek czerwonych. W 3-cim przypadku badanie po mocznicy wykazało, że liczba krwinek czerwonych podniosła się o 8,72% (338,000 w 1 mlm.³), alkaliczność zaś 42% (67 mlgr.), w porównaniu z krwią podczas mocznicy; więc podniesienie zasadowości osocza krwi po wyjściu z mocznicy wynosi 33,28%.

Jeszcze więcej zasadowość krwi była obniżoną w charłactwie rakowem. W niektórych przypadkach obniżenie zasadowości krwi było tak znaczne, że zasadowość była niższą od zwyczajnej zasadowości surowicy krwi. Dla wszystkich tych przypadków należy bezwarukowo przyjąć obniżenie alkaliczności osocza krwi. Choroby, w których spostrzegałem podobne zjawiska, charłactwo rakowe, cukrzyca i mocznica, przedstawiają właśnie te stany chorobowe, w przebiegu których według mniemania wielu autorów we krwi nagromadzają się w znacznej ilości kwaśne przetwory przemiany materyi. Muszę jednak zaznaczyć, że podobne znaczne obniżenie zasadowości krwi, względnie jej osocza, w mocznicy pojawia się nie od razu, lecz w ostatnich okresach mocznicy, jak dowiodły tego doświadczenia moje[16]) na psach i kliniczne badania alkaliczność krwi na chorych mocznicowych.

A priori można było oczekiwać, że podobne. znaczne obniżenie zasadowości krwi, względnie jej osocza, nie jest objawem patognomonicznym przed chwilą wymienionych stanów chorobowych. Nie można bowiem odrzucić możliwości i w innych stanach chorobowych zaburzenia przemiany materyi z obfitem nagromadzeniem istot kwaśnych. W rzeczywistości podobne obniżenie spostrzegałem w jednym przypadku ciężkiego włóknikowego zapalenia płuc; badania krwi dokonano na 4-ty i 5-ty dzień choroby 11—12/3 1901 r.; w nocy na 13/3 chora umarła; badanie zwłok wykazało włóknikowe zapalenie płuc. W tym przypadku podczas największego nasilenia choroby alkaliczność krwi wynosiła 200 mlgr. przy liczbie krwinek czerwonych 4.450,000 w 1 mlm³. W każdym razie podobne wybitnie wyrażone obniżenie al-

kaliczności osocza krwi, jak widzieliśmy, rzadko się przytrafia w różnych chorobach i naodwrót często daje się spostrzegać w charłactwie rakowem, ciężkich postaciach cukrzycy i w mocznicy. Tu objaw ten w niektórych razach może być pomocnym przy różniczkowaniu.

Zestawiając wszystkie swoje doświadczenia i badania, przychodzę więc do następujących wniosków:

1) Poprzednie metody oznaczania zasadowości krwi (Landois-Jaksch, Danilewski i inni) dają niestałe liczby nawet u osobników zdrowych; zatem należy ich zaniechać.

2) Stałe wyniki daje tylko miareczkowanie krwi z rozpuszczonemi krwinkami czerwonemi; tylko ta metoda jest odpowiednia i ma jedynie prawo bytu.

3) Wahania zasadowości krwi w różnych chorobach i w jednej i tej samej chorobie, stwierdzone przez badaczy, którzy posiłkowali się metodą Landois-Jakscha i analogicznemi, zależą od niejednakowej odporności krwi i niejednakowej liczby krwinek czerwonych w każdym przypadku.

4) Wahania alkaliczności krwi, stwierdzone za pomocą metody Loewyego, tłómaczy się po większej części niejednakową liczbą krwinek czerwonych.

5) Zasadowość osocza krwi jest znacznie obniżoną w charłactwie rakowem, mocznicowem i ciężkich postaciach cukrzycy.

6) W innych stanach chorobowych pozostaje ona, dzięki obecności mechanizmu regulującego prawidłową, lub, jeśli się i zmienia, to bardzo wyjątkowo. (Dok. nastąpi).

III. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Rydygiera. we Lwowie.

O leczeniu chirurgicznem choroby Glénarda.

Podał

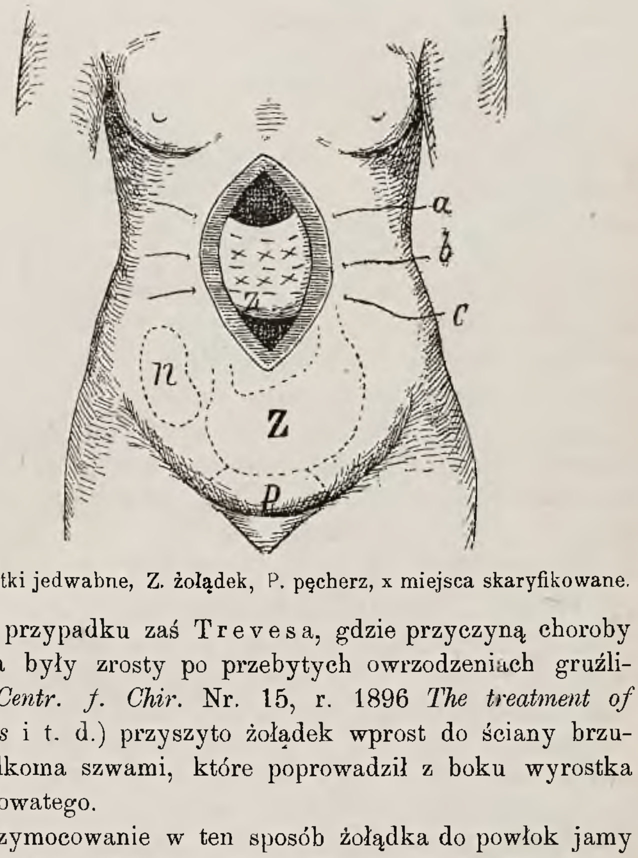
Dr. F. Slęk.

(Według wykładu na XI. Zjeździe chirurgów polskich).

(Dokończenie)

Leczenie wewnętrzne, wyżej naszkicowane, w niektórych przypadkach zawodziło w zupełności. Zaczęto tedy próbować, czyby nie udało się leczeniem chirurgicznem sprowadzić chorym choćby ulgę w ich dolegliwościach. Próby zachęcały. Duret wykonał w marcu w roku 1894 po raz pierwszy gastropeksyę, a gdy w dwa lata po wykonanej operacyi chora miała się dobrze, opisał przypadek w *Revue de la Chirurgie. (De la gastropexie*, 1896, Nr. 6), gorąco polecając swą operacyę na przyszłość w przypadkach opadnięcia żołądka Przyszywał on odźwiernik z graniczącą częścią krzywizny małej do otrzewnej ściennej, nie przecinając jej naumyślnie, otworzywszy jamę brzucha, w linii środkowej ciała, kilkoma szwami jedwabnymi, z których dwa przechodziły przez całą grubość powłok brzusznych. Kobieta 54-letnia zniosła zabieg operacyjny znakomicie, uwalniając się na przyszłość od bólów, a żołądek, jak wykazało badanie jej w dwa lata później, znaleziono na odpowiednio przyszytem miejscu

W podobny sposób postąpił sobie Rovsing w trzech przypadkach *(Archiv f. kl. Chir.* 1899, LX. *Heft* III), przyszywając żołądek trzema szwami jedwabnymi w trzech różnych wysokościach, równolegle do krzywizny małej, trzy razy wkłówając i wykłówając przez błony surowiczą i mięśniową przedniej ściany żołądka tak, że szew rozciągał się na przestrzeni 6 cnt. na tejże przedniej ścianie. Pierwsza nitka była poprowadzoną tuż poniżej krzywizny małej, środkowa 2 cnt. poniżej, a trzecia 3 cnt. powyżej krzywizny dużej. Końce nitek wykłół po każdej stronie rany brzusznej przez powłoki brzuszne, a po zaszyciu jej zawiązał te nitki na kłębku gazy. Poprzednio, by uczynić pewniejszem umocowanie żołądka, tak żołądek jakoteż i otrzewnę ścienną zeskaryfikował igłą, a to w celu otrzymania zrostów, któreby dokładnie żołądek utrzymywały w nadanem mu położeniu. Hartmann *(Gazet. hebdom. de med. et chir.* 1899 *April. Centr. f. Chirurg.* Nr. 39, r. 1899. *Gastrorraphie et gastropexie combinées)* zaś umocował żołądek do otrzewnej przepony kilkoma szwami na wysokości lewego łuku żebrowego, poprzednio wykonawszy gastrorafię 4 szwami jedwabnymi.



a. b. c. nitki jedwabne, Z. żołądek, P. pęcherz, x miejsca skaryfikowane.

W przypadku zaś Trevesa, gdzie przyczyną choroby Glenarda były zrosty po przebytych owrzodzeniach gruźliczych *(Centr. f. Chir.* Nr. 15, r. 1896 *The treatment of Glenard's* i t. d.) przyszyto żołądek wprost do ściany brzusznej kilkoma szwami, które poprowadził z boku wyrostka mieczykowatego.

Przymocowanie w ten sposób żołądka do powłok jamy brzusznej, lub przepony sprowadza wprawdzie silne zrosty i daje rękojmię, że żołądek nie obsunie się ku dołowi; ma ono jednak tę wadę, że upośledza znacznie ruchy żołądka. Nadto wiadomą jest rzeczą, że czasami najdelikatniejsze zrosty żołądka z powłokami brzusznemi powodują znaczne bóle, n. p. po zapaleniu błony zewnętrznej żołądka *(perigastritis)* przy wrzodzie okrągłym, przeto przypuścić należy, że takie postępowanie niezawsze musi doprowadzić do uleczenia i usunięcia bólów, gdyż żołądek wykonując ruchy podczas czynności trawienia, naciąga zrosty i tem samem może spowodować znaczniejsze bóle.

Przeto Bier wpadł na pomysł, by skróciwszy więzadła podtrzymujące żołądek, przywrócić go do prawidłowego ułożenia, a tem samem nie upośledzać jego ruchów. Postępowanie Biera było następujące (Blecher. *Beitr. z. chir. Behand. d. Enteroptose. Deut. Zeitschr. f. Chir. Band* 56. *Heft* 3, 4, 1900). Trzy do czterech nitek, z których pierwsza przechodzi tuż przy wątrobie przez więzadło żołądkowo-

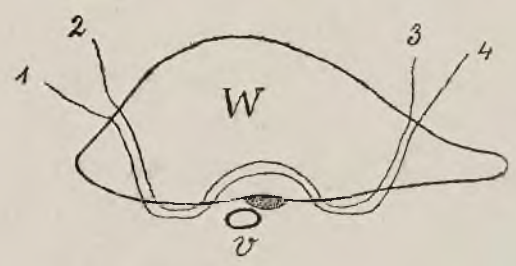
wątrobowe, a o jeden cnt. poniżej wychodzi, następnie przebija nitkę przez środkową część więzadła po raz drugi w ten sam sposób, a trzeci raz powyżej krzywizny małej. Przy ściągnięciu i zawiązaniu nitek powstają w więzadle dwa poprzeczne fałdy, a żołądek zostaje ku górze uniesiony.

Pierwsza nitka leży tuż obok więzadła wątrobowo-dwunastniczego, i zachwytuje błony: surowiczą i mięśniową okolicy odźwiernika żołądka, oraz torebkę wątroby; dalsze nitki zbliżają się do wpustu. Prócz tego, by umocować jeszcze silniej żołądek, dodał u dwóch następnych chorych dwa szwy, przechodzące przez środek prawej połowy przedniej ściany żołądka i przez torebkę, jakoteż i przez powierzchowną tkankę miąższu wątrobowego. W ten sposób żołądek został dostatecznie silnie umocowany, a unika się niebezpieczeństwa, które grozi choremu po przyszyciu żołądka do ścian brzusznych, gdyż stosownie do zmian w ułożeniu się chorego, przy ruchach oddechowych i t. p. sam żołądek może się dowolnie poruszać. To też i w naszych przypadkach postępowanie było podobnem.

Nim przejdę ostatecznie do opisu postępowania naszego z chorymi operowanymi w naszej klinice i do oceny krytycznej tych zabiegów, muszę wspomnieć jeszcze w krótkości o sposobach postępowania przy opadniętej wątrobie, gdyż i na naszych chorych wykonaliśmy przyszycie, a tem więcej, że postępowanie nasze różni się od sposobów dotychczas używanych, jakoteż i zalecanych. Ze sposobów operacyjnych dotychczas używanych cieszą się największem uznaniem i najbardziej bywają używane *hepatopexia simplex* i jej modyfikacye przez Péana, Depagea i Legueua. Operacyę pierwszą opisać można w kilku słowach. Pewnego stałego cięcia skórnego nie mamy przy otwarciu jamy brzusznej, a jak Tscherning (*Beweglicher Schnürlappen d. L. durch Hepatopexie fixirt Centr. f. Chir.* 1888 Nr. 23) zaznacza, do każdego przypadku cięcie skórne musi być dobrane. Najbardziej rozpowszechnionem i zalecanem jest cięcie w linii białej (Treves, Championnière, Lannelongue), dalej na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego (Richelot, Delagénnière i in.), a w końcu równoległe do prawego łuku żebrowego (Péan, Langenbuch, Poppert i inni). A nawet Michel, który pierwszy tę operacyę wykonał, przyszył wątrobę z cięcia lędźwiowego, poprowadzonego na zewnętrznym brzegu mięśnia krzyżo-lędźwiowego. Co się tyczy sprawy, jak przyszyć wątrobę, są różne zapatrywania, a sposoby, jakimi się chirurdzy posługują, bywają rozmaite. W przypadkach, gdzie torebka wątrobowa jest zgrubiałą, zaleca się przyszycie zapomocą przeprowadzenia kilku szwów przez miąższ wątrobowy i następowe przymocowanie do ścian jamy brzusznej (Billroth), do klatki piersiowej, lub chrząstek żebrowych (Langenbuch, Bobrow), a inni autorowie, jak Poppert, Richelot, Franke zadawalniają się przyszyciem tylko do otrzewnej ściennej, zachwytując przytem nieco warstw wewnętrznych powłok brzusznych. By osiągnąć silniejsze zrosty z otoczeniem posługują się różni autorowie prócz przyszycia zabiegami dodatkowymi, któreby powodowały trwalsze i na większej przestrzeni zlepy z tkankami otaczającemi. Tak n. p. Championnière pociera powierzchnię wątroby 5% karbolem, Legueu przypala zlekka termokauterem, a Bobrow i inni skaryfikują powierzchnię wątroby. W tym samym celu zalecił Poppert tamponowanie gazą jodoformową, którą, pokrajaną w dosyć grube paski (w liczbie 4—5), zakłada między powierzchnię wątroby, a przednią ścianę klatki piersiowej lub przepony, a wyprowadza na zewnątrz między szwami powłok brzusznych (Bötticher *Ueber Hepatopexie. Deutsche Zeitsch. f. Ch.* 56 *B.* 3. 4 *Heft* 1900). Setony te po 8 dniach nieco skraca, a po 16 dniach zupełnie wyjmuje.

Są nadto autorowie, którzy mniejszymi zabiegami zadawalniają się. Lucas-Championnière chciał ustalić obniżoną wątrobę przez przyszycie więzadła wieszadłowego wątroby do powłok brzusznych, a Treves przyszył więzadło obłe do chrząstki wyrostka mieczykowatego, — Ramsay zaś — do żebra siódmego.

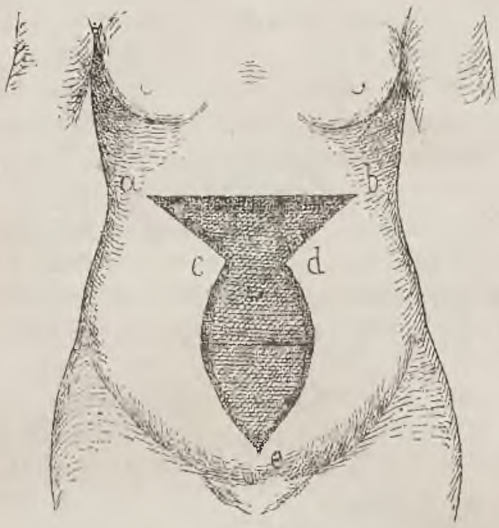
Dla zaokrąglenia obrazu wymienić w końcu należy metodę hepatopeksyi Péana, Legueua i skombinowaną operacyę Depagea. Metoda hepatopeksyi Péana polega na utworzeniu sztucznej podpory dla wątroby z otrzewnej ściennej. Cięciem poprzecznem, sięgającem od mięśnia krzyżo-lędźwiowego aż do pępka, otwiera Péan jamę brzuszną i z otrzewnej ściennej, którą oddziela z przodu i z tyłu górnego brzegu rany, a wolne brzegi zeszywa, tworzy jakoby drugą przeponę, która podtrzymuje wątrobę. Następną jest metoda Legueua, opisana przez Chevalliera (*These de Paris,* 1898). Autor ten, otworzywszy jamę brzuszną na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego prawego, przyszywa wątrobę nitką jedwabną 75 cnt. długą, podwójnie złożoną którą nawleka na igłę Reverdina, następnie przebija wątrobę



(po poprzedniem wyciągnięciu jej ku górze, by płat prawy zrobić dostępniejszym), igłą w odległości 4—5 cnt. od przedniego brzegu, idąc od powierzchni dolnej do górnej, następnie ściągnąwszy nitkę, wchodzi do miąższu wątroby, zataczając łuk koło woreczka żółciowego i żyły wrotnej a wyszedłszy, wbija znowu na wewnętrznym brzegu prawego płatu wątrobowego. Końce nitek umocowuje na ścianie powłok brzusznych, lub na żebrach, wiążąc nitkę 1-szą z 2-gą, a nitkę 3-cią z 4-tą. Zaleta tej operacyi polega na tem, że unika się znaczniejszego krwotoku z wątroby, wykonanie jej ma być łatwe, a ustalenie wątroby trwałe i pewne.

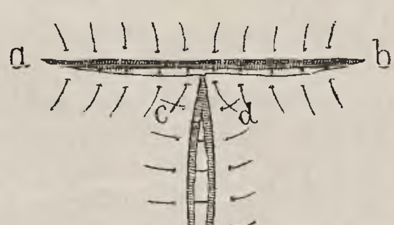
Pozostaje jeszcze do opisu metoda Depagea (*De l'intervention chirurgie dans la splanchnoptose. Bruxelles,* 1893) najstarsza ze wszystkich, którą autor zalecił dla tych przypadków opadnięcia trzew, w których konsekwentnie przeprowadzone leczenie wewnętrzne, a zwłaszcza opaski elastyczne, podtrzymujące zwiotczałe i obwisłe powłoki brzuszne, żadnej ulgi chorym nie sprowadzają. Depage, operując swoim sposobem, stara się w pierwszej linii zmniejszyć powłoki brzusze we wszystkich kierunkach, a nietylko w poprzecznym, jak to zalecali Gallet, Bouffard i inni; następnie zaś stara się o umocowanie wątroby. (Hannecart: *Laparotomie et hepatopexie dans un cas de splankchnopt. Journal med. de Bruxelles* 1898, Nr. 8). Depage operowa

swoim sposobem cztery przypadki, z których jeden zakończył się śmiertelnie; pozostałe trzy zniosły zabieg znakomicie, pozbywając się na przyszłość swych dolegliwości. Sposób jego w szczegółach przedstawia się następująco. Prowadzi on cięcie poprzeczne, łączące oba końce 11-go żebra (*a. b.*), a następnie 2 skośne w kierunku *a. c.*, *b. d.* do pępka (*n*)



każde połowę długości cięcia poprzecznego. Od końców bocznych cięć. *c. d*, prowadzi się dwa łukowate, które się schodzą w punkcie *e*. W tych granicach wycina skórę, linię białą, aż po brzegi mięśni prostych włącznie z otrzewną. Potem zeszywa każdą warstwę z osobna, a mianowicie: otrzewnę, mięśnie i otrzewnę, same mięśnie, powięzie i mięśnie, powięzie, skórę z tkanką łączną i wreszcie samą skórę; w górny brzeg rany wszywa więzadło wieszadłowe wątroby. U chorych tą metodą operowanych, nie widział potem przepukliny w powłokach brzusznych, zeszytych tym sposobem.

Określiwszy metody i sposoby zalecane w operacyjnem leczeniu choroby Glénarda, przystępuję do opisu operacyi, wykonanej przez Radcę Dworu Prof. Rydygiera w dwóch przypadkach choroby Glénarda, których „stan obecny" podałem już poprzednio. Sądzę, że w braku pewnych ściśle określonych metod operacyjnych gastro- i hepatopeksyj, usprawiedliwionym będzie szczegółowy opis operacyj, boć obecnie składa się dopiero surowy niby doświadczalny ma-



teryał, z którego dopiero w przyszłości wysnują się pewne i typowe metody.

W pierwszym przypadku postępowano w sposób następujący: po przecięciu powłok brzusznych w linii środkowej, począwszy od wyrostka mieczykowatego ku dołowi na 15 cnt., otworzono jamę brzuszną i stwierdzono zmiany w ułożeniu trzew. Górna granica żołądka leżała poniżej pępka na palec, dolna na trzy palce powyżej spojenia łonowego; żołądek powiększony nie był. Wątroba w całości była obniżona, jej płat prawy powiększony, sięgała dolną granicą na cztery palce poniżej łuku żebrowego. Obie nerki niepowiększone, nieznacznie obsunięte ku dołowi, nieco ruchome.

Guz, który zdawał się być prawą nerką powiększoną, był prawym płatem wątroby. Śledziona ułożona prawidłowo, niepowiększona. Macica w tyłozgięciu, obniżona. Znalazłszy ten stan, potwierdzający w zupełności rozpoznanie, przystąpiono do przyszycia opadniętych narządów i wykonano gastropeksyę, hepatopeksyę, uteropeksyę.

Najpierw przyszyto macicę po poprzedniem ułożeniu jej w przodozgięciu, trzema szwami, z których dwa przechodziły przez jej oba rogi, trzeci przez trzon macicy, zachwytując jej miąższ, a przebiwszy przez powłoki brzuszne, zawiązano je.

Żołądek wraz z poprzecznicą uniesiono trzema szwami katgutowymi przez sieć małą, prowadząc każden z osobna przez przednią ścianę żołądka, zachwytując warstwy surowiczą i mięśniową tuż przy tętnicy wieńcowej górnej żołądka, na krzywiźnie małej, wykłówając ku przodowi, następnie przeprowadziwszy jeszcze raz szew przez sieć małą, idąc od przodu ku tyłowi, zkąd znowu wykłówano ku przodowi, przeprowadzono wreszcie szwy każdy z osobna przez trzustkę, a ściągnąwszy je razem, utworzono zdwojenie sieci małej, podciągnąwszy w ten sposób żołądek ku górze, zawiązano je każdy z osobna.

Żołądek więc przymocowano, tworząc zdwojenie sieci małej z tą różnicą, że gdy Bier skraca sieć, przyciągając żołądek ku wątrobie, Rydygier tworzy zdwojenie i przymocowuje go do trzustki. Metoda ta więc ma podobne zalety, jak sposób Biera, t. j. daje się żołądkowi możność odbywania ruchów przy trawieniu, przy zmianie ułożenia chorego, ściany jego bowiem nie są zrośnięte z powłokami jamy brzusznej.

Następnie w celu umocowania wątroby poprowadzono cięcie równoległe do łuku żebrowego prawego, długie na 8 cnt., jednak niedochodzące do cięcia, poprowadzonego w linii środkowej, zostawiono bowiem mostek 6 cnt. długi nieprzeciętych powłok brzusznych. Po przecięciu skóry, mięśnia prostego brzucha w zewnętrznej połowie jego szerokości, mięśnia skośnego zewnętrznego i otrzewnej ściennej, odpreparowano otrzewnę od pochwy mięśnia prostego i skośnego zewnętrznego.

W ten sposób utworzono torbę, do której wpuszczono prawy płat wątrobowy. Otrzewnę ścienną dolnego brzegu rany poprzecznej przyszyto 4 szwami katgutowymi grubymi, zachwytując dosyć miąższu wątroby, do tylnej powierzchni, by w ten sposób dać możność do silnych zrostów płatu wątrobowego z otrzewną. Otrzewnę ścienną górnego brzegu rany poprzecznej przyszyto trzema grubymi szwami katgutowymi do zgrubiałej torebki przedniej ściany wątroby.



a. skóra. *b.* mięsna, *c.* otrzewna, W. wątroba

Ponad zapuszczonym płatem wątrobowym zaszyto mięśnie szwem materacowym, skórę zaś szwem kuśnierskim. Dla pewniejszego efektu podciągnięto więzadło

wieszadłowe wątroby ku górze i wszyto w górny brzeg rany między otrzewnę ścienną i mięśnie, tuż poniżej wyrostka mieczykowatego.

Następnie zaszyto ranę brzuszną w sposób używany zwykle na naszej klinice, kilkoma (5) szwami jedwabnymi (Fritsch) i katgutem. (Slęk: *Przegl. lek.* 1869, Nr. 19. Przyczynek do laparotomii ginekologicznej).

Chora zabieg ten zniosła. Bezpośredni wynik zupełnie zadawalniający.

Zachęcony takim wynikiem, przystąpił prof. Rydygier do operacyi drugiej chorej dnia 24 kwietnia 1901 r. i wykonał gastrope syę, hepatopeksyę.

W uśpieniu morfinowo-chloroformowem otworzono jamę brzuszną w linii środkowej. Żołądek znaleziono obniżonym, a mianowicie górna jego granica sięgała do pępka, dolna cztery palce powyżej spojenia łonowego. Wątroba, obniżona na 3 palce poniżej łuku żebrowego, dała się z łatwością unieść ku górze; prawy jej płat powiększony. Obie nerki również nie powiększone, nieco opadnięte.

Żołądek po uniesieniu go ku górze przyszyto w sposów wyżej opisany, tworząc zdwojenie z sieci małej. Wątrobę po odprowadzeniu do pierwotnego jej położenia, a więc po uniesieniu jej ku górze, umocowano w ten sposób, iż więz obły wszyto w górny brzeg rany powłok brzusznych. Na tem operacyę skończono, ponieważ stan chorej budził poważne objawy z powodu zapadu, tak iż dopiero po wstrzyknięciu olejku kamforowego, jakoteż eteru, stan się o tyle poprawił, że można było szczęśliwie operacyę dokończyć. Ranę powłok brzusznych zaszyto w sposób poprzednio podany.

Opisawszy powyższe przypadki i dołączywszy opisy operacyj, pozostaje mi jeszcze dodać kilka słów o przebiegu pooperacyjnym, a ponieważ stan obu chorych po operacyi był jednakowy, poprzestanę na zestawieniu w krótkości razem obu przypadków.

Jak wyżej nadmieniłem, obie chore, zgłaszając się do naszej kliniki, miały wejrzenie nadzwyczaj chorobliwe, które w tym przypadku odnieść należy tylko do choroby Glenarda, gdyż, jak stwierdziliśmy podczas laparotomii, przyczyny innej tak znacznego wyniszczenia sił nie mogliśmy odnaleźć mimo dokładnego przeszukania jamy brzusznej.

Nic też dziwnego, że stan pooperacyjny był nie zadawalniający tak, żeśmy tracili nadzieję utrzymania operowanych przy życiu. Zaraz po operacyi wystąpiły objawy zapadu, tętno słabe, prawie nie wyczuwalne, język wysychający. Ciepłota poranna jakoteż i wieczorna przez cały czas pobytu w klinice nie podwyższona. Przez pierwsze trzy dni obie chore dostawały hipodermoklizy dwa razy na dzień, rano i wieczorem, z roztworu fizyologicznego soli kuchennej, w ilości 800—1000 gramów. Następnie, gdy stan chorych zaczął się poprawiać, zadowalnialiśmy się wlewaniami soli kuchennej do jelita odchodowego. Prócz hipodermoklizy podawaliśmy napar naparstnicy z kofeiną. Co do pożywienia, to początkowo stosowaliśmy tylko dyetę płynną, mleczną i lewatywy odżywcze. Na mlecznej dyecie trzymaliśmy chore przez pierwsze ośm dni, następnie podawaliśmy potrawy lekko strawne, jak jaja na miękko i. t. d.

Przez ułożenie chorych w pozycyi na pół siedzącej, staraliśmy się je uchronić przedewszystkiem od zapalenia płuc opadowego, które po laparotomiach tak często bywa przyczyną śmierci, szczególnie u osób starszych i wynędzniałych. Ułożenie to sprawiało nawet znaczną ulgę w 6 tygodniowem leżeniu. Nie trzymaliśmy naszych chorych w pozycyi Trendelenburga, jak to uczynili Ferrari i Delagenière po przyszyciu wątroby.

U chorej pierwszej wyjęliśmy szwy jedwabne w 22 dni po operacyi, a u drugiej w 17 dni. U obydwóch chorych rany powłok brzusznych były zagojone przez rychłozrost. W 6 tygodni po operacyi dozwoliliśmy naszym chorym wstać z łóżka, a wypisując je z kliniki ze znakomitą poprawą, zaleciliśmy jeszcze odpowiednią dyetę jak mleko, jaja i t. p., a prócz tego noszenie pasa brzusznego w dzień i wystrzeganie się ciężkich robót.

Tak w tych przypadkach, jak i wielu innych, do szycia używaliśmy katgutu, wyjałowionego w gorącem powietrzu powyżej 140° C. Używając tego materyału do szycia długi szereg lat, mogliśmy się dostatecznie przekonać o jego wytrzymałości tak, że w ogólności jedwabiu wyjątkowo tylko potrzebujemy.

Jak z poprzedniego opisu wynika, gastropeksia, wykonana przez Prof. Rydygiera w dwóch przypadkach, nie różni się zasadniczo od postępowania Biera. Istnieje bowiem ta tylko różnica, że zamiast przyszywać sieć małą sfałdowaną do wątroby, jak to radzi Bier, prof. Rydygier przyszywa ją do trzustki. Metoda zaś hepatopeksyi, zastosowana przez Rydygiera w pierwszym naszym przypadku różni się w samej zasadzie od każdej innej poprzednio podanej; zaledwo tylko przypomina sposób przyszywania wędrującej śledziony, opisany swego czasu przez prof. Rydygiera. Szczegół zaś wszywania więzadła obłego w górny kąt rany laparatomijnej wzięty jest z metody Trevesa.

Dotychczas nieznaczna tylko liczba chorych była operowaną z powodu opadnięcia trzew. I tak Duret operował jedną chorą, Rowsing trzy, Hartmann jednego, Bier jednego chorego i trzy chore, Treves jedną chorą z opadnięciem trzew, powstałem po zrostach. Depage czterech chorych, Rydygier dwie chore.

Razem dotychczas opisanych przypadków łącznie z naszymi jest 16. Z tych 16 operowanych wyzdrowiało 15, jedna chora, operowana przez Depagea, zmarła z powodu wstrząsu, stan już przed operacyą był nadzwyczaj zły, a sama operacya trudna i powikłana równoczesną cholecystotomią. Inne chore zaś po operacyi cieszyły się dobrym wynikiem, który nawet parę lat po operacyi utrzymywał się. Co się tyczy naszych chorych, to zapytywane listownie dały nam zupełnie zadawalniającą odpowiedź (Chora M. G. zgłosiła się 13 listopada 1901. w stanie zupełnie zadawalniającym). Ten pomyślny wynik zachęca mnie do opisania tych przypadków, a za pozwolenie ich ogłoszenia, jakoteż cenne rady i wskazówki, niechaj mi będzie wolno złożyć serdeczne podziękowanie memu szefowi, Panu Radcy Dworu Prof. Rydygierowi.

Na zakończenie kilka ogólnych uwag.

Wskazania do leczenia chirurgicznego choroby Glenarda tam się zaczynają, gdzie się kończy leczniczy wpływ środków wewnętrznych, a rozpoczyna zagadkowa jeszcze chera (*Gastroptosekachexie).* Mniej więcej wszyscy chorzy w tym okresie chery byli operowani; nasze chore już nawet w okresie bardzo daleko posuniętym; a mimo tych niekorzystnych warunków, laparotomia, gastropeksia i hepatopeksia zdołały usunąć przeważną część dolegliwości, a może pozornie wyle-

czyć zupełnie. Nasuwa się przeto myśl, czyby nie było dobrze w przypadkach cięższych, połączonych ze szczególnie przykrymi dolegliwościami, wcześniej nakłaniać do operacyi chorych, dotkniętych chorobą Glénarda? Sprawy tej sami chirurdzy nigdy roztrzygnąć nie zdołają. Współudział internistów jest tu konieczny.

W każdym razie zastrzegam się przed posądzeniem, bym mniemał, że każdy, nawet lżejszy przypadek leczyć się powinno chirurgicznie. Boć i chirurg przyczyny cierpienia usunąć nie zdoła; unosząc żołądek lub umocowując wątrobę, usuwa tylko tę lub ową gromadę objawów; — a dla tych korzyści, bądź-co-bądź wątpliwych, gdyż nie wiemy, czy po roku lub dwóch mimo zapewnień chorych, lub ich badań dłuższy czas po operacyi (Bier i inni), czy żołądek lub wątroba napowrót się nie obniżą, więc nie godzi się tych chorych narażać na możliwość niebezpieczeństwa laparotomii, choćby tak, dzięki osłonie aseptyki, jak dziś, zredukowanych do *minimum*.

• • •

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Mieczysław Nartowski: **Elektrodyagnostyka i elektroterapia dla użytku uczniów i lekarzy.** Z 6. tablicami i 304 rycinami w tekście. Nakładem księgarni S. A. Krzyżanowskiego, 1901. str. VII i 375 — Cena koron 18.

Jeżeli pojawienie się każdego podręcznika naukowego w języku polskim należy powitać z radością, to tem ochotniej bierze się do ręki dzieło Dr. Nartowskiego; pojawiło się ono bowiem w samą porę i ze wszechmiar zasługuje na to. W piśmiennictwie naszem nie posiadamy dotąd nawet odpowiednich tłómaczeń z tego działu nauki lekarskiej i zmuszeni jesteśmy studyować go z podręczników obcych; to też należy się autorowi wdzięczność za to, że podjął się tego, ze wszechmiar ciężkiego zadania. Dzieło Dr. Nartowskiego jeszcze i z tego względu zasługuje na wyszczególnienie, że obejmuje wszystkie działy i wszystkie metody stosowania prądu elektrycznego, zarówno do celów czysto rozpoznawczych, jak i leczniczych, podczas gdy podręczniki obce zajmują się tylko galwanizacyą i faradyzacyą, a mało już nawet franklinizacyą. Sama już strona zewnętrzna dzieła Dr. Nartowskiego robi dodatnie wrażenie. Wydanie w całem tego słowa znaczeniu wytworne, papier piękny, ryciny czysto odbite, a druk czytelny.

Dzieło Dr. Nartowskiego składa się z trzech głównych części.

Część pierwsza obejmuje wykład zasad elektryczności, opis przyrządów potrzebnych do franklinizacyi, a wszystko poprzedzone dokładnem wyjaśnieniem pojęć przedmiotu. Najkrócej zajmuje się autor prądem termo-elektrycznym, ograniczając się jedynie do określenia, kiedy on powstaje, jakie posiada własności i zastosowanie. Jak w rozdziale pierwszym, obejmującym elektrostatykę, od pojęcia co to jest elektryczność aż do określenia promieni katodalnych, autor przechodzi od najelementarniejszych pojęć do coraz więcej złożonych i nadzwyczaj przystępnie omawia najwięcej zawiłe kwestye, a podaje on jedynie to, co lekarz wiedzieć powinien, — tak we wstępie o prądzie stałym przedstawia prawa i własności prądu tego, określa jego działanie i podaje warunki, jakie stos galwaniczny w ręku lekarza spełniać powinien. Obok opisu rozmaitych rodzajów stosów galwanicznych omawia tutaj autor jeszcze i działanie magnetyczne prądu galwanicznego, wprowadzając tą drogą czytelnika ku łatwemu zrozumieniu zasady galwanometryi, tak niezbędnego przy stosowaniu prądu stałego do celów leczniczych.

Rozdział poświęcony prądowi indukcyjnemu obok przedstawienia praw sposobu jego powstania zawiera wykład zasady budowy elekromotoru i dynamomaszyny, rzeczy pomijanych systematycznie we wszystkich obcych podręcznikach, jakkolwiek znajomość ich dla lekarza coraz większego nabiera znaczenia. Autor objaśnia dalej, co to jest prąd jednostajny *(Gleichstrom)* i zmienny *(Wechselstrom)*, jak i jakimi przyrządami można z jednego otrzymać drugi.

Osobny rozdział poświęcił autor akumulatorom, co należy szczególniej podnieść, gdyż po raz to pierwszy dopiero rzecz tę umieszczono w podręczniku, przeznaczonym dla lekarzy, a do tego podano ją w sposób bardzo przystępny. Autor omawia zasadę, na której polega budowa akumulatorów i podaje sposoby ich ładowania tak prądem z bateryj galwanicznych, jak i ze stacyi centralnej. W następnych rozdziałach bardzo dokładnie opisał autor przyrządy lekarskie do faradyzacyi, galwanizacyi, galwanofaradyzacyi, do prześwietlenia i galwanokaustyki. Tu też znajduje się, a znowu po raz pierwszy w podręczniku tego rodzaju, bardzo szczegółowy opis przyrządu i sposobów prześwietlania promieniami Röntgena, przyrządu do stosowania kąpieli w świetle elektrycznem, do leczenia metodą Finsena, przyrządu Zanietowskiego do klinicznego zastosowania rozładowania kondensatorów i przyrządu do wytwarzania prądów o wysokiem napięciu (arsonwalizacya). Jest to opis przyrządów, zastosowanych do celów leczniczych, tak szczegółowy i dokładny, jakiego się w żadnym z podręczników obcych nie spotyka.

W części drugiej omawia autor zastosowanie prądu elektrycznego do celów rozpoznawczych, przyczem bardzo trafnie określa dotąd jeszcze utrzymującą się niechęć u wielu lekarzy używania prądu do rozpoznawania chorób, pomimo że w bardzo wielu przypadkach jest to jedyny sposób pewny i ściśle naukowy. Opór przewodnictwa ciała i drogi, któremi różne rodzaje prądu elektrycznego przebiegają w ciele ludzkiem, działanie ich na skórę, mięśnie i nerwy są przedmiotem dalszego ciągu tego rozdziału, który niejako dopełniają bardzo oryginalnie pomyślane tablice Cohna punktów największej pobudliwości mięśni i nerwów. Zmiany w prawidłowej pobudliwości nerwów i mięśni, odczyn zwyrodnienia i jego znaczenie, sposób badania prądem elektrycznym i dobrze pomyślane wzory do zapisywania odpowiednich zmian w mięśniach i nerwach, wreszcie zastósowanie światła elektrycznego do celów rozpoznawczych, kończą część drugą, niemniej starannie opracowaną, jak część pierwsza. W dziale o promieniach Röntgena omawia autor nieco obszerniej liczne a poprawne sposoby otrzymywania obrazów jasnych przy minimalnej ekspozycyi. Ryciny z prześwietlania kości, klatki piersiowej, miednicy i t. p. są bardzo jasne i świadczą o niezmiernej pracowitości i znajomości rzeczy autora. Należałoby zarzucić autorowi, że za mało uwzględnił choroby wewnętrzne, uczynił to zapewne jednak przez wzgląd na to, że w osobno wydanej swej pracy w tym kierunku obszernie już pisał.

W elektroterapii, zajmującej część trzecią dzieła, rozpatruje autor wartość prądu elektrycznego w leczeniu. Podaje ogólne a konieczne wiadomości przy stosowaniu prądu w celach leczniczych, opisuje stosowanie galwanizacyi, faradyzacyi, galwanofaradyzacyi, franklinizacyi, galwanokaustyki, elektrolizy, kataforezy, kąpieli elektrycznych i w świetle elektrycznem, arsonwalizacyi i promieni Röntgena. W części szczegółowej omawia Dr. Nartowski dość obszernie zastósowanie prądu elektrycznego w chorobach mózgu, rdzenia, zmysłów, nerwów, mięśni, stawów, w nerwicach, w chorobach przemiany materyi, w chorobach narządów moczopłciowych, jakoteż w chorobach skóry i w chorobach wenerycznych (metoda Finsena). Części tej możnaby zarzucić, że autor nie rozbiera jasno i krytycznie różnych zarzutów, podnoszonych przeciw elektroterapii, ale stara się zmusić niejako lekarza do poznania najpierw działania prądu elektrycznego, do stosowania tegoż do celów rozpoznawczych, a w końcu dopiero do leczenia nim. Po przeczytaniu całości odnosi się wrażenie, że autor oparł swą pracę przeważnie na

własnem doświadczeniu; a że nie zajmuje się krytyką innych, ani polemiką ze wszystkiem i wszystkimi, to czyni to widocznie dlatego, że pisząc dzieło, z góry wytknął sobie cel napisania rzeczy dla uczniów i dla tych lekarzy, którzy nie mieli sposobności bliższego poznania, jak i w jakim kierunku da się wykorzystać prąd elektryczny w nauce lekarskiej. Dzieło Dra Nartowskiego wyróżnia się korzystnie od podobnych wydawnictw francuskich i niemieckich dlatego, że będąc przeznaczone do nauki elektroterapii, obejmuje bez wyjątku wszystkie dotąd znane sposoby stosowania różnych rodzajów prądu elektrycznego do celów rozpoznawczych i leczniczych, czego tamtym brak. Wielkie uznanie i cała wdzięczność należy się Drowi Nartowskiemu za to, oddał on bowiem społeczeństwu pracą swą wielką usługę i może choć w części przyczyni się do tego, by chorych nie elektryzować, lecz stosować prąd elektryczny ściśle, jak nauka każe, jak dana choroba wymaga, a tem samem położyć tamę śmiesznym opowiadaniom o bezskuteczności, a nawet szkodliwości prądu elektrycznego w medycynie, bez poprzedniego sprawdzenia, czy środka tego należycie i umiejętnie użyto. *Dr. Michał Śliwiński.*

V. Wyciągi.

C. Posner (Berlin). **O gorączce cewnikowej** (*Katheterfieber*). (*Deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts* 1901, 16. Lieferung). Dnia 17 grudnia 1883 odbyła się w „Royal Society“ w Londynie dyskusya nad gorączką, występującą po cewnikowaniu. Brały w niej udział pierwsze powagi na polu chirurgii narządu moczowego, jak Clarke, Thompson, Harrison i inni. Jako główną przyczynę tej gorączki uważali niektórzy wstrząs nerwowy i zmiany chorobowe w nerkach, inni tłómaczyli sobie powstanie gorączki przedostaniem się małej ilości moczu do krwiobiegu, lub też dłuższem, choć utajonem zatrzymaniem moczu; inni znowu upatrywali przyczynę gorączki w posocznicy lub ukrytej zimnicy, a Harrison odnosił przyczynę ciężkich objawów po cewnikowaniu do nagłego wypróżnienia pęcherza, porównując je z przypadami, jakie występują po raptownem opróżnieniu innych jam ustroju (jama opłucnowa).

We wszystkich tych zapatrywaniach nie przypisywano zakażeniu żadnego, lub chociaż podrzędnego znaczenia, podczas gdy dziś myśl ta stoi na pierwszym planie. Mocz w napadzie gorączki cewnikowej staje się mętnym, a mętność pochodzi nietylko z ciałek ropnych, lecz i z bakteryj. Bakterye mogą się dostać z cewnikiem do pęcherza, i dlatego należy przestrzegać najściślejszej czystości przy wprowadzeniu jakichkolwiek narzędzi do cewki i pęcherza. Cewnik należy najdokładniej wyjałowić, ujście cewki i jego otoczenie należy oczyścić mydłem i sublimatem, a cewkę przestrzykać kilkakrotnie letnim rozczynem 3% kwasu borowego. Aczkolwiek te przestrzykiwania nie odwietrzają zupełnie cewki, są jednak nieszkodliwe i zmniejszają bądź co bądź ilość bakteryj, zawartych w cewce. Szczególnej czystości należy przestrzegać u chorych z przerostem gruczołu krokowego. Najlepiej używać w tych przypadkach zupełnie nowych narzędzi, bo na wszystkich już używanych cewnikach trzymają się zarodki chorobotwórcze, które bardzo trudno dają się zniszczyć i przez tygodnie nie tracą swej żywotności, podczas gdy zarodki z powietrza na nowych narzędziach spowodują względnie mało niebezpieczeństwo.

Z ścisłych badań szkoły Guyona wiemy dziś, że w prawidłowych stosunkach pęcherz jest jałowym. Jest on może jedynym narządem, który łącząc się bezpośrednio ze światem zewnętrznym, nie zawiera żadnych zarodków chorobotwórczych. Ale i obecność pasorzytów nie szkodzi zdrowemu pęcherzowi, gdyż bywają one zawsze wydalone, zanim się mogą rozwinąć. Atoli w razie zatrzymania moczu ściany pęcherza wiotczeją z powodu przekrwienia i zapalenia, powstaje w ten sposób dobra gleba dla rozwoju licznych drobnoustrojów. Najgłówniejszą rolę odgrywa tu prątek okrężnicy, oprócz niego *proteus*, gronkowce i łańcuszkowce, oraz niezbyt rzadko prątek gruźliczy.

Bardzo często zakażenie zostaje tylko miejscowe i nie wywołuje nawet gorączki, bo nabłonki pęcherza i przedniej części cewki posiadają własności ochronne, utrudniające wniknięcie zarodków do krwiobiegu. Widzimy to n. p. w każdym przypadku rzeżączki przedniej części cewki. Natomiast tylna jej część pozostaje w związku z gruczołem krokowym, obfitującym w naczynia chłonne i zapalenie tych części wywołuje prawie zawsze podniesienie się ciepłoty. Szczególnie jednak powstaje poważne niebezpieczeństwo ogólnego zakażenia, jeżeli bakterye dostały się do miedniczki lub nerki. Tem też się tłómaczy ciężkie ogólne zajęcie ustroju w przebiegu niewinnie wydającego się zapalenia pęcherza, gdy takowe przenosi się na mniej odporne miedniczki nerkowe, lub same nerki. Jeszcze mniejszą jest odporność u prostatyków, u których często znachodzimy starcze zmiany w nerkach.

Odporność nabłonka pęcherzowego na wpływ bakteryj ustaje z chwilą obrażenia jego ścian, z czem dość często spotykamy się u prostatyków. Po wypuszczeniu bowiem wszystkiego moczu z przepełnionego pęcherza po dłuższem jego zatrzymaniu następuje wskutek nagłego zmniejszenia parcia rodzaj próżni, przedarcie naczyń i następowe krwawienie z pęcherza (*Vacuumblutung*), a stan ten sprzyja wnikaniu zarodków zapalnych do krążenia. Z tego wynika ważna zasada dla leczenia prostatyków, ażeby tylko stopniowo i powoli przez kilka dni przyzwyczajać pęcherz do wypróżnienia, wstrzykując z początku po wypuszczeniu moczu 100—150 grm. rozczynu kwasu borowego. Podobne skutki pociąga za sobą obrażenie pęcherza narzędziem. Zakażenie będzie mniejsze, jeżeli punktem wyjścia jest obrażenie cewki, większe — jeżeli przyczyną jest dłużej trwające krwawienie z pęcherza u prostatyka, a jeśli powstają ogniska ropne w miedniczce, zachodzi niebezpieczeństwo ciężkiego zakażenia krwi.

Nie zawsze jednak przyczyną gorączki cewnikowej jest wniknięcie zarodków ropotwórczych ze świata zewnętrznego. Może ona powstać i bez cewnikowania i występuje u chorych na kamicę nerkową, na zapalenie pęcherza moczowego bez wprowadzenia jakiegokolwiek narzędzia. Zarodki mogą się dostać do głębi albo z otoczenia ujścia cewki, z przedniej części cewki, z narządów sąsiednich (odbytnica), ze sromu u kobiet, albo z obiegu krwi, np. w przebiegu chorób zakaźnych i t. d.

Warunkami, sprzyjającymi dla rozwoju bakteryj w pęcherzu i to dla bakteryj, znajdujących się bądź poza ustrojem, bądź w ustroju samym, są zastój, przekrwienie i uraz. Z tej też przyczyny nie wystarcza tylko ścisłe wyjałowienie narządu, lecz każdy rękoczyn należy stosować z największą oględnością, by uniknąć wszelkich obrażeń, stanowiących furtkę dla drobnoustrojów, zawartych już w ciele. Co ważniejsze, że nietylko same bakterye mogą wywołać zakażenie, lecz i jady przez nie wytworzone mogą być wessane i działają wtenczas chorobotwórczo. Szczęściem odcinek przedni cewki i pęcherz nie posiadają w stanie zdrowym własności wsysania, którą jednak posiadają znowu tylny odcinek cewki za pośrednictwem gruczołu krokowego, oraz miedniczki i nerki.

Gorączka cewnikowa zatem polega na zakażeniu bakteryami i na zatruciu ich jadami. Pierwsze wywołuje dreszcz, gorączkę, poty, jak każde inne zakażenie przyranne; zatrucie zaś wywołuje ogólne osłabienie, pragnienie, wysychanie języka, małe, niemiarowe tętno. W ciężkich przypadkach przeważają objawy zatrucia, a przypadki przebiegające bez gorączki, lub nawet z ciepłotą niżej prawidłowej, kończą się często śmiercią z powodu porażenia serca. Lecz mimoto wszystko często nie możemy wykluczyć czynnika nerwowego i niezawsze wystarcza samo mechaniczne i chemiczne wyjaśnienie objawów. Tem też się tłómaczy omdlenie, występujące u ludzi zdrowych i silnie zbudowanych po wprowadzeniu cewnika. U niektórych wskutek nadmiernej wrażliwości mimo wszelkiej skrupulatności przy cewnikowaniu niepodobna wykonać najlżejszego rękoczynu, nawet przepłókania cewki. Nie możemy więc zaprzeczyć wpływu narządu nerwowego, choć go wcale nie rozumiemy. Występuje on i w kolce nerkowej i nieraz w przewlekłem zapaleniu gruczołu krokowego, jako objaw cierpienia nerwowego, a nawet umysłowego, które tylko jako skutek wpływu odruchowego możemy sobie wytłómaczyć.

Co się tyczy leczenia gorączki cewnikowej, to pierwszorzędną rolę odgrywa ścisła aseptyka i najmożliwsza oględność przy wprowadzeniu narzędzi. Celem zapobieżenia napadowi gorączki, jak u niektórych chorych stale występuje, podajemy chininę, stosowaną oddawna z dobrym skutkiem w podobnych przypadkach. Podczas samych napadów chininy dawać niema potrzeby, gdyż ustają one bez wszelkiego leczenia. W przypadkach przepuszczających można w okresie bezgorączkowym spróbować chininy. W przypadkach o przebiegu przewlekłym, bezgorączkowym, nie wolno podawać większych dawek chininy, tylko mniejsze (0,1—0,2) dla podniecenia czynności serca: ten sam skutek mają i inne leki podniecające, jak odwar chininowy, wino, kawa.

Niekłamaną wartość zapobiegawczą ma też urotropina, którą należy wprzód podawać, a po dłużej trwających zabiegach miejscowych (n. p. badania cystoskopijne) należy przepłókiwać pęcherz 1‰ rozczynem azotanu srebrowego. Działalność ochronna urotro-

piny występuje wybitnie w przypadkach ośrodkowego porażenia pęcherza, gdzie istnieją wszystkie warunki dla zakażenia i mimo największej ogledności nie można uchronić chorego od nieżytu pęcherza z powodu cewnikowania. Jeżeli zakażenie już nastąpiło, urotropina może przynajmniej zmniejszyć ilość i wstrzymać rozwój zarodków. Dawniej stosowane przetwory makowca należy podawać tylko w razie gwałtownej bolesności, parcia etc. W przypadkach zranień cewki po trudnem lub niezręcznie wykonanem sondowaniu, po wewnętrznej uretrotomii, albo niekiedy po litotrypsii należy chronić ściany cewki od stykania się z moczem zapomocą cewnika, założonego na stałe, który w tych przypadkach natychmiast usuwa gorączkę. Jeżeli chory tego nie znosi, pozostaje tylko sączkowanie pęcherza przez cystotomię.

Oprócz leczenia wewnętrznego i miejscowego nie należy zaniedbywać i leczenia ogólnego przez podawanie lekkich środków moczopędnych (woda bilińska itd.). Lekkie środki przeczyszczające (rzewień, senes, kaskara sagrada i wody gorzkie), jakoteż ciepłe kąpiele, lub takież zawijania, mają również doniosłe znaczenie. Przytem należy zwrócić baczną uwagę na odżywienie i pielęgnowanie chorego; chory powinien pozostać w łóżku, w równomiernie ogrzanym pokoju, na dyecie lekkiej, lecz pożywnej. Na wyłączną mleczną dyetę, jakkolwiek ta jest najodpowiedniejszą, chorzy niezawsze przystają. *Dr. J. Fels.*

Löhnberg. **Dwa przypadki ciał obcych w zatokach nosowych.** (*Münchener med. Wochs.* 1901, Nr. 45). Ciała obce w zatokach nosowych są wogóle rzeczą rzadką. Przypadki opisane dotyczą przeważnie ciał obcych w zatoce szczęki górnej; o ciałach w innych zatokach mamy skąpe wiadomości. L. opisuje dwa przypadki ciał obcych w zatokach nosowych. Pierwszy przypadek dotyczył mężczyzny, u którego L. wyjął z nosa dość duży kawałek żelaza, który najprawdopodobniej dostał się tam w następujący sposób: przed 20-tu laty choremu na polowaniu pękła lufa i odłamek z niej ugodził go w oko tak, że oślepł; kawałek ten prawdopodobnie przebił boczną ścianę nosa i utkwił tam. Chory przyszedł po poradę z powodu polipów nosowych, które znajdowały się po tej samej stronie. Drugi przypadek dotyczył chorego, który w bójce został uderzony kluczem w czoło: rana, ztąd powstała, pomimo dłuższego leczenia nie chciała się zagoić. Przy badaniu L. znalazł, że rana drąży do prawej zatoki czołowej; rozszerzył w uśpieniu otwór i znalazł w zatoce kawałek filcu, który pochodził z kapelusza i został przy uderzeniu odcięty. *Dr. Teofil Zalewski.*

Hamm. **Przypadek gośćcowego zajęcia stawu żuchwowego.** (*Münchener med. Wochs.* 1901, Nr. 45). H. opisuje przypadek gośćca, w którym wyłącznie tylko prawy staw żuchwowy był zajęty; inne stawy, jakoteż staw żuchwowy lewy, były wolne. Chory skarżył się na ból w uchu prawem i na bolesność przy poruszaniu żuchwą. H. nie znalazł zmian w uchu, któreby mogły wyjaśnić bóle, zwrócił uwagę na staw żuchwowy, przedmiotowo też nic nie mógł wybadać; zaordynował salicylan sodowy; po 2,0 bóle zupełnie ustąpiły. W dwa miesiące później chory dostał bólów w stawach palców, które to dolegliwości po salicylanie sodowym ustąpiły. H. zwraca uwagę na to, że podobne zajęcie stawu żuchwowego może dać powód do pomyłek i radzi we wszystkich przypadkach, gdzie chory skarży się na ból w uchu, a przedmiotowo jednak zmian w uchu wykazać nie można, zwrócić uwagę i na staw żuchwowy; w ten sposób może nieraz znajdziemy przyczynę bólu w uchu, który uważaliśmy za nerwowy. Wogóle staw żuchwowy rzadko bywa zajęty w przebiegu gośćca; zajęcie wyłączne tylko tego jednego stawu i do tego tylko po jednej stronie należy do przypadków nadzwyczaj rzadkich. *Dr. Teofil Zalewski.*

Habermann. **Przyczynek do patologii głuchoniemoty.** (*Archiv für Ohrenh.* Tom 53). Najczęstszą przyczyną głuchoniemoty jest zajęcie błędnika przez sprawę, która rozszerzyła się z opon mózgowych, lub ucha środkowego. Mygind mówi, że ilość przypadków, gdzie głuchoniemota powstała tylko wskutek choroby ucha środkowego, jest bardzo mała, a Matte wprost wątpi, czy głuchoniemota może się rozwinąć tylko wskutek choroby ucho środkowego. H. podaje przypadek głuchoniemoty, gdzie tylko uchó środkowe było zajęte. Badanie za życia wykazało istnienie przewlekłego ropienia w jamie bębenkowej ze strony lewej; zmiany ze strony prawej wskazują na przebyte ropienie. Badanie pośmiertne wykazuje w obydwóch jamach bębenkowych nadmierny rozwój tkanki łącznej, która po stronie lewej pokrywa dość grubą warstwą wewnętrzną ścianę jamy bębenkowej tak, że okienek zupełnie nie widać. Tkanka łączna rozwinięta jest nadmiernie i na innych miejscach i unieruchomia częściowo kosteczki słuchowe, które nie są ze sobą złączone, a po stronie prawej nadto wyrostek długi kowadełka jest przyrośnięty do ścian kanału nerwu twarzowego. Po obydwóch stronach znajdują się w okolicy okienek wyrośle kostne, znacznie zwężające zagłębienie, w których znajdują się okienka. Badanie ucha wewnętrznego i nerwów słuchowych wykazało stosunki zupełnie prawidłowe. W jamie bębenkowej lewej znalazł H. prócz tego świeżą gruźlicę błony śluzowej. Pierwszy Panse wyraził zdanie, że zmiany w okolicy obydwóch okienek mogą powodować znaczną głuchotę. H. opisuje jeden przypadek, gdzie w błędniku żadnych zmian nie było, tylko obydwa okienka były zamknięte: częściowo kostnie, częściowo zaś zapomocą tkanki łącznej; chory ten był prawie zupełnie głuchy. Mygind mówi, że zmiany w okolicy okienek, szczególnie w okolicy okienka okrągłego, bardzo często się spotykają przy głuchoniemocie; okienko okrągłe było zajęte w $^1/_4$ przypadków, przeważnie kostnie zwężone.

Drugi przypadek dotyczył kobiety, która za życia cierpiała na upośledzenie słuchu; dokładnego jednak badania słuchu nie robiono. I w tym przypadku H. znalazł w obydwóch jamach bębenkowych liczne wyrośle kostne, które były usadowione na rozmaitych ścianach i zwężały znacznie same jamy bębenkowe. Okienko okrągłe było po obydwóch stronach zasłonięte wyroślami kostnemi, okienko owalne tylko po stronie lewej. Prócz tego błona śluzowa jamy bębenkowej po stronie lewej okazywała zmiany zapalenia przewlekłego. Same kości skaliste były nadzwyczaj twarde. Co do ucha wewnętrznego, to badanie nie wykazało zmian, któreby uważać można było za powstałe za życia. *Dr. Teofil Zalewski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z II Walnego Zgromadzenia Towarzystwa samopomocy lekarzy w dniu 24 listopada 1901 r.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu bez dyskusyi, przewodniczący prof. Jordan w zagajeniu wyraża żal, że mimo usilnych starań bardzo wielu jeszcze lekarzy do Towarzystwa nie należy, zaleca zatem zebranym agitowanie za powiększeniem liczby członków, gdyż tylko wtedy zdobywać można coraz większe korzyści dla całego stanu lekarskiego. Sprawozdanie Wydziału i kasowe przyjęto bez dyskusyi, uchwalając przez aklamacyę absolutoryum. Na wniosek Komisyi kontrolującej uchwalono również przez aklamacyę podziękowanie profesorowi szkoły handlowej w Krakowie p. Olesiowi za wzorowe założenie ksiąg kasowych i bezinteresowne pomaganie skarbnikowi w ich prowadzeniu. Do punktu »wnioski Wydziału« zabiera głos prof. Jordan, który, jako referent, wyłuszcza szczegółowo i objaśnia projekt przymusowego ubezpieczenia lekarzy, rozesłany poprzednio wszystkim członkom. Po długiej i obszernej dyskusyi, w której zabierali głos koledzy: prof. Ciechanowski, Rossberger, Weinsberg, Piórko, Sawicki, Grzybczyk, prof. Łazarski, Kunicki, Syrop, Flis i referent, przyjęto projekt »en bloc«; uchwalono przez aklamacyę podziękowanie dla prof. Jordana za wypracowanie go. Następny wniosek o dobrowolne opodatkowanie się na fundusz zapomogowy cofnął Wydział wobec sprzecznych zdań zgromadzonych, które się wśród dyskusyi wyłoniły. Natomiast przeszedł wniosek Wydziału o ściąganiu należytości za leczenie przez Towarzystwo, oraz regulamin udzielania pożyczek i zapomóg, opracowany przez Wydział. Na wniosek skarbnika uchwalono na następny rok administracyjny tę samą wkładkę miesięczną (1 kor.) i wpisowe (2 kor.).

Nastąpiły wybory. Jednogłośnie wybrani zostali: prezesem: prof. Jordan, I wiceprezesem: prof. Trzebicky, II wiceprezesem: Dr. Bogdanik z Białej, I sekretarzem: Dr Langie, II sekretarzem: Dr. Weinsberg, skarbnikiem: Dr. Słapa; większością głosów do Wydziału: Doc. dr. Braun, prof. Ciechanowski i dr. Schoengut; do komisyi kontrolującej: dr. Damski, Idziński i Schaitter; do sądu polubownego: dr. Hirsch Herman, Kohn, Lang, prof. Łazarski i Mączka.

Z powodu spóźnionej pory nad »wnioskami członków« nie dyskutowano, lecz odesłano wszystkie do Wydziału z poleceniem rozpatrzenia i opracowania. Wnioski te są następujące: 1) Żądać aby nie było wolno każdemu ubezpieczać się w kasach chorych; 2) Żądać wolnego wyboru lekarzy w kasach chorych; 3) Sprzeciwić się zakładaniu majsterskich kas chorych; 4) Wydział ma prawo ogłaszać regularnie nazwiska nowo przystępujących do Towarzystwa członków; 5) Corocznie mają być zwoływane dwa walne zgromadzenia, a najbliższe we Lwowie lub Czerniowcach; 6) Wydział ma się zająć rewizyą ustaw sanitarnych i czynić starania, by one były wykonywane; 7) Wydział ma się zastanowić nad nową taryfą za czynności sądowo-lekarskie i poczynić od-

powiednie wnioski, celem poprawienia jej na korzyść lekarzy; 8) Wydział ma się porozumieć z Izbą lekarską i Wydziałem Zjazdów lekarzy okręgowych, celem zwoływania walnych zgromadzeń Towarzystwa w te same dni dla oszczędzenia członkom czasu i kosztów; 9) Wydział ma poczynić starania celem uzyskania dla lekarzy zniżenia ceny jazdy koleją; 10) poleca się Wydziałowi zorganizować komisyę dziennikarską, któraby miała za zadanie stawać w obronie interesów ogólnolekarskich w dziennikach publicznych, nie fachowych lekarskich; 11) Towarzystwo założy protest przeciw zamierzonym przez Wydział krajowy oszczędnościom w wynagradzaniu lekarzy za szczepienie.

Do Towarzystwa przystąpili następujący nowi członkowie: prof. Browicz, drowie: Biesiadzki (z Pilzna), Cercha, Drożdż, Fürbeck, Gogulski, prof. Kader, drowie: Kirkor, Liebeskind, prof. Ponikło, drowie: Roth (z Krempny), Smorągiewicz (z Podgórza), Schmetterling (z Żywca), Zaleski (ze Złoczowa) i Zoll.

(Streszczenie protokółu) *Dr. Langie*, sakretarz.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1898.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

Po tych uwagach wstępnych, do których w ciągu dalszym przyjdzie nam się odwołać, przystępujemy do rozbioru samego sprawozdania. Dzieli się ono na sześć głównych działów:

I. Ruch ludności.
II. Zakłady humanitarne i lecznicze.
III. Ulomni, niepomieszczeni w zakładach.
IV. Szczepienie ospy i zakłady produkcyi krowianki.
V. Służba zdrowia.
VI. Parowe aparaty dezinfekcyjne.

Następuje rozdział zatytułowany „Publiczna ochrona zdrowia“, wreszcie wspomniane wyżej „Wnioski Rady zdrowia“ i cały szereg tablic statystycznych.

Przystępujemy do I. działu

I. Ruch ludności.

A. Małżeństwa.

W. r. 1898. zawarto małżeństw 55.106., co w stosunku do zaludnienia znaczy 8·32‰. Jest to od kilku lat najniższa liczba, gdyż w r. 1893 zaw. małżeństw 58.745 tj. 8·88‰

w r. 1893	58.745	8·88‰
„ 1894	56.147	8·49‰
„ 1895	57.757	8·70‰
„ 1896	56.028	8.47‰
„ 1897	59·284	8·90‰
„ 1898	55.106	8·32‰

a jeśli uwzględnimy naturalny przyrost ludności, gdyż stosunek odsetkowy obliczano na podstawie spisu ludności z r. 1890 (6,867.380 mieszkańców, a w r 1898 obliczono ilość mieszkańców na 7,126.944.), to liczba ta wypadnie jeszcze mniejszą tj. 7·70‰. Jest to odsetek od 22 lat tj. od r 1876. najniższy; a że z wysokości jego wnosi się często o dobrobycie ludności, więc właśnie spadek tej liczby budzi obawę, że stosunki ekonomiczne Galicyi stają się coraz gorsze.

B. Urodzenia.

Liczba dzieci urodzonych w r. 1898 wynosiła 303.066; na 1.000 mieszkańców według spisu ludności z r. 1890 przypada zatem 45·9 urodzin, a uwzględniwszy przyrost ludności od tego czasu wypadnie tylko 42·5‰. Liczba ta znacznie mniejsza, niż była w r. 1897., a wogóle najniższa od r 1886[2]) gdyż w pięcioleciu od roku 1886—1890 wynosiła 44·1‰

w pięcioleciu od roku	1886—1890	44·1‰
„ „ „	1891—1895	44·0‰
w roku 1896	—	44·9‰
„ „ 1897	—	44·3‰
„ „ 1898	—	42·5‰

Tylko w pięcioleciu od 1881—1895 r była niższą, wynosiła bowiem 40·1‰. Z zestawienia według powiatów okazuje się, że zmniejszenie to liczby urodzin dotyczy głównie Galicyi zachodniej, gdyż poniżej liczby przeciętnej dla całego kraju znajdujemy miasto Kraków i 40 powiatów, z tego $^3/_5$ powiatów z ludnością polską, a tylko $^2/_5$ z ruską. Powyżej liczby przeciętnej widzimy miasto Lwów i 37 powiatów, a z tych tylko 6 z ludnością polską, zaś 31 z ludnością ruską.

Pocieszającym jest fakt zmniejszania się ilości dzieci nieżywo urodzonych, która biorąc odsetkowo na 100 urodzin, spada z 2·75 na 2·24%.

Liczba dzieci nieślubnych wynosiła w Galicyi w r. 1898 36 835, tj. 5·57‰ ludności, a 12·1% ogółu urodzonych. W innych prowincyach państwa liczby te znacznie są niższe z tego powodu, że w Galicyi zalicza się do dzieci nieślubnych potomstwo małżeństw rytualnych izraelickich, gdyż małżeństwa takie prawnie nie są uznane za ważne. Dla przykładu przytaczamy liczby odpowiednie z r. 1897., gdyż dat z r. 1898 jeszcze nie mamy[3]).

	Ilość dzieci ślubnych wyz. chrześcian.	wyz. izrael.	Ilość dzieci nieślubnych chrześciańskich	izraelickich
w Czechach	183.756	1.918	29.966	32
w Galicyi żyw. urodz.	265.304	7.006	15.015	25.370

Liczba dzieci urodzonych przy pomocy położniczej (lekarza, lub położnej) wzrasta stale od r. 1895. w którym tę rubrykę po raz pierwszy wprowadzono. Porodów takich było w Galicyi w r. 1898 r. 70.474., czyli 23·2%, a więc mniej niż czwarta część wszystkich porodów; w r. 1897 liczba ta wynosiła 68 674. Dla porównania przytaczamy analogiczne liczby z r. 1897. z innych prowincyi państwa[4]) Na tysiąc porodów wogóle odbyło się przy pomocy położniczej przeszło 900 porodów w obu Austryach, Salzburgu i Tryeście z okręgami, w Tyrolu, Vorarlbergu, w Czechach, Morawie i Szlązku, między 800 a 900 porodów w Gorycyi i Gradysce, — między 700 a 800 porodów w Karyntyi i w kraju przylądkowym, — między 600 a 700 porodów w Krainie i Istryi, — 560 porodów w Styryi, 455 na Bukowinie, 312 w Dalmacyi; na Galicyę wypada najniższa liczba, bo tylko 230 porodów na tysiąc.

C. Śmiertelność

ludności zmniejsza się u nas stale od r. 1872. Wynosiła ona w pięcioleciu od r. 1872—1876 41·02‰ ludności

w pięcioleciu od r.	1872—1876	41·02‰	ludności
„ „ „ „	1877—1881	35·05‰	„
„ „ „ „	1882—1886	34·05‰	„
„ „ „ „	1887—1891	32·07‰	„
„ „ „ „	1892—1896	31·06‰	„
w roku	1897	30·05‰	„
„ „	1898	29·74‰	„

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że fakt ten zmniejszania się śmiertelności przypisać należy ciągle postępującej asanacyi w kraju, za co władzom naszym sanitarnym, Sejmowi i wszystkim czynnikom szczera należy się wdzięczność. Musimy jednak stwierdzić, że jest to najwyższa liczba z całej monarchii, — na dowód przytaczamy odnośne liczby za rok 1897[5]). I tak: na tysiąc mieszkańcow zmarło w Austryi dolnej 23·11 osób, wyższej 25·30, w Salzburgu 26·75, w Styryi 24 92, w Karyntyi 25·93, w Krainie 27·04, w Czechach 25 64, na Morawie 26·78, na Szlązku 28·98, na Bukowinie 27·88, w Dalmacyi 26·95, wreszcie w Galicyi 29.64. (Czerpiemy ze źródeł urzędowych powyższe liczby;

[2]) Patrz: Sprawozdanie c. k. Rady zdrowia o stosunkach sanitarnych w Galicyi w r. 1896, z poglądem na ubiegłe lat 25 (1872—1896).

[3]) Patrz: Bewegung der Bevölkerung der im Reichsrathe vertretenen Königreiche und Länder im Jahre 1897, bearbeitet von dem Bureau der k. k. statistischen Central-Comission Wien 1900. (Odpowiednia publikacya za r. 1898 jeszcze nie wyszła).

[4]) Patrz: Bewegung der Bevölkerung i t d. za rok 1897.

[5]) Bewegung der Bevölkerung i t. d.

nie umiemy jednak wytłómaczyć, dlaczego powyższa liczba dla Galicyi 29.64‰ jest niższą w publikacyi centralnej komisyi statystycznej, aniżeli podana w Sprawozdaniach galic. Rady zdrowia 30·05‰. W stosunku jednak do innych prowincyi niezmienia to w niczem faktu, że jest to liczba najwyższa ze wszystkich krajów.).

1. Śmiertelność podług wieku.

a) W pierwszym miesiącu życia zmarło w r. 1898 w Galicyi 26·055 dzieci, czyli 3·94‰ ludności (według spisu z r. 1890). Z ilości urodzonych w tymże samym roku 1898 zmarło w pierwszym miesiącu życia w całej Galicyi 8·6%, w Krakowie i powiecie Doliniańskim 5·4%, w powiecie Krosnieńskim 5·7%, Kolbuszowskim i Stryjskim po 6·2%, w mieście Lwowie 6·4%, w Krakowie więc były stosunki pod tym względem najkorzystniejsze. Znacznie gorzej przedstawiają się te liczby w innych, zwłaszcza wschodnich, powiatach, a najgorzej w powiecie Horodeńskim — 15·1%.

b) W pierwszym roku życia zmarło w r. 1898 w Galicyi 64 134 dzieci, czyli 9·7‰ ludności (z r. 1890). W stosunku jednak do ilości urodzonych w tym samym roku wynosi śmiertelność tych osesków za r. 1898. 22·3% a w r. 1897 była 21·5%. I tutaj, jak u dzieci jednomiesięcznych, największą śmiertelność wykazują powiaty wschodnie, okazujące także i wysoką liczbę urodzin.

c) Śmiertelność dzieci w pierwszych pięciu latach życia przedstawia za ostatnie 4 lata następująca tablica:

w r. 1895	umarło	121.380	czyli 18·3‰	ludności
„ „ 1896	„	112.801	„ 17·2‰	„
„ „ 1897	„	108 849	„ 16·4‰	„
„ „ 1898	„	105.558	„ 15·9‰	„

Najwyższą śmiertelność okazują znowu powiaty wchodnie z wysoką liczbą urodzin. — Sprawozdanie czyni słuszną uwagę, że mimo zmniejszania się śmiertelności dzieci do lat 5, od lat czterech, zawsze jeszcze liczby te są bardzo wysokie. W każdym razie śmiertelność dzieci do lat pięciu w Galicyi się zmniejsza; a są prowincye państwa, w których ona, będąc już wyższą niż u nas, jeszcze wzrasta. Na dowód przytaczamy tu ustęp ze wspomnianej już publikacyi centralnej komisyi statystycznej za r. 1897 (str. XLIII): „Verhältnisse der Kindersterblichkeit liegen somit in den einzelnen Ländern sehr verschieden; der Abnahme in den meisten Ländern steht eine ganz erhebliche Zunahme in Oberösterreich, Salzburg, Voralberg und Schlesien gegenüber“.

d) Śmiertelność w innych grupach wieku małym tylko uległa zmianom od r. zeszłego. Jedynie śmiertelność osób powyżej 50 lat jest w ostatnich dwóch latach zwiększoną.

Od r. 1895 nie znajdujemy w Sprawozdaniach Rady zdrowia rozdziału, który się poprzednio w tem miejscu znajdował p. t. „Przyrost naturalny ludności“. W ustępie tym zestawiano liczbę urodzonych z ilością zmarłych, — przez co otrzymywano liczbę rocznego przyrostu ludności. Nie roszcząc sobie prawa do nieomylności, staraliśmy się poniżej uczynić to zestawienie[6])

Na tysiąc mieszkańców Galicyi (według spisu z r. 1890).

w roku	urodz. się	zmarło	przybyło więc
1890	—	—	11·6‰
1891	—	—	14·2‰
1892	—	—	9·8‰
1893	—	—	16·7‰
1894	43·8‰	33·3‰	10·5‰
1895	47·48‰	32·9‰	14·58‰
1896	47·56‰	30·7‰	16·86‰
1897	47·3‰	30.05‰	17·25‰
1898	45·8‰	29·74‰	16·06‰

Jak widzimy wahania przyrostu były dość znaczne; ale od czterech lat liczba przyrostu statecznie wzrastała, dopiero w ostatnim roku nieco spadła. W publikacyach centralnej komisyi statystycznej liczba przyrostu zbliża się o tyle więcej do rzeczywistości, że uwzględnia się tam także liczbę emigrantów; lecz liczba ta obliczona jest nie dokładnie; np. w r. 1897 miało wyemigrować z Galicyi tylko 8·845. Jest to liczba niewątpliwie za mała. Tak więc i z publikacyi centralnej komisyi statystycznej nie moglibyśmy otrzymać całkiem pewnej liczby przyrostu ludności. (Ciąg dalszy nast.).

[6]) Liczby te za lata 1890—1894 wyjęliśmy ze »Sprawozdania Rady zdrowia za rok 1894«.

* * *

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 9 stycznia.

* Dowiadujemy się, że materyał słowny do Słownika lekarskiego został już wykończony Obecnie odbywa się ostateczna jego rewizya, po ukończeniu której niezwłocznie rozpocznie się druk tak że z końcem bieżącego, a najpóźniej z początkiem przyszłego roku Słownik ukaże się na półkach księgarskich.

* Tysiączną intubacyę wykonano w tych dniach w krakowskim szpitalu św. Ludwika dla dzieci; jest to statystyka prawdziwie wielkoszpitalna, dająca wszelkie prawo do decydujących wniosków o wartości tej operacyi.

* Lekarska Akademia paryska przyznała nagrodę im. Hugo za najlepszą pracę z zakresu historyi medycyny, ogłoszoną w ciągu ostatnich pięciu lat, dr. Melanii Lipińskiej, za jej dzieło p. t »Dzieje lekarzy-kobiet od czasów starożytnych do dni naszych«. Prócz nagrody pieniężnej, przysługuje pannie Lipińskiej prawo do tytułu: *Lauréat de l'Academie de médecine.*

* Donoszą nam, że p. Karol Jahr, dzierżawca apteki »pod Złotym orłem«, ofiarował na cele »Tow. samopomocy lekarzy« 50 kor., zamiast powinszowań noworocznych.

* »Gazette médicale de Paris« w Nr. 1-szym poświęca notatkę lekarzom w »Quo vadis«, w szczególności zaś Chilonowi Chilonidesowi, który praktykował za czasów Nerona, przepowiadał przyszłość i oddawał się wielu innym zajęciom, nie należącym do jego zawodu. Poważniejszym od Chilona miał być Glaucus. Gazeta zaznacza, że rozdziały powieści Sienkiewicza, w których jest mowa o lekarzach i o medycynie za czasów Nerona, godne są poznania

* Poseł Kindermann interpelował jeszcze w czerwcu ministra sprawiedliwości w sprawie nowej taryfy za czynności sądowo-lekarskie Odpowiedź ministra brzmiała jak następuje: 1) § 4. ustawy z r. 1891 obowiązuje Izby lekarskie do wydania na żądanie władzy opinii w sprawach, wchodzących w zakres ich działania, lecz wcale nie wyraża, ażeby rząd był obowiązany w każdej takiej sprawie zasięgać zdania Izb lekarskich. W przypadku dotyczącym wspomnianych taryf rząd udał się w myśl § 16 do Najwyższej Rady zdrowia, jako do organu orzekającego we wszystkich okolicznościach sanitarnych i w miarę możności zastosował się do jej wskazówek. 2) Udawanie się do trybunału 2-giej instancyi przy wymierzaniu należytości, przekraczających 10 K., nie sprzeciwia się prawu. 3) Ministeryum sprawiedliwości nie czuło żadnej potrzeby zmieniania taryfy, a miało na oku tylko chęć dogodzenia żądaniu stanu lekarskiego. Sędzia na podstawie swego bogatego doświadczenia jest kompetentny do ocenienia każdorazowej czynności sądowej lekarza, zarówno jak czynności znawcy w każdej innej dziedzinie. Zresztą ministeryum jest gotowe, jeśli w przeprowadzeniu tej taryfy znajdą się pojedyncze szkopuły, wziąść pod uwagę rzeczowo uzasadnione życzenia ogółu lekarskiego i pozytywne, w myśl § 4-go projekta Izb lekarskich.

Wątpić należy, by który z lekarzy uwierzył »in verba ministri«, że sędziemu wystarczy samo doświadczenie, ażeby ściśle mógł ocenić, ile pracy fizycznej i umysłowej wyłożyć musi lekarz w jednym lub drugim przypadku, gdzie idzie o wydanie orzeczenia, wymagającego zawiłych badań bakteryologicznych lub analitycznych; nie mniej nie trafi nikomu, znającemu rzecz, do przekonania, by w sprawie nowej taryfy za czynności sądowo-lekarskie należało zasięgać opinii nie Izb lekarskich, lecz najwyższej Rady zdrowia, dla której »aspera« życia prowincyonalnego lekarza, tak niejednakiego w różnych krajach koronnych, są absolutnie nie znane.

* Wobec zaniepokojenia młodzieży, uczęszczającej w Wiedniu i Pradze na Wydział lekarski, a sprzeciwiającej się jak wiadomo nowej

ustawie ministeryalnej o »rygorozach lekarskich« p. minister oświaty rozesłał okólnik do wszystkich dziekanów Wydziałów lekarskich, w którym wyłuszczył swe zapatrywania, mianowicie, że celem nowej ustawy rygorozalnej było poniekąd zniewolenie kandydatów przez zreformowanie metody egzaminacyjnej do studyów, mniej opartych na pamięciowej pracy książkowej, a więcej sa samoistnem myśleniu, i samodzielnem wnioskowaniu. Co się tyczy terminu, obowiązującego kandydata do składania egzaminu w oznaczonym okresie, to p. minister pozostawia dziekanom lojalne zużytkowanie przysługującego im prawa przedłużania tego terminu.

* »Časopis lékařů českých« rozszerza swoje ramy bez podniesienia przedpłaty. Redakcya dołączać będzie do czasopisma kwartalnik, poświęcony bibliografii słowiańskiej. p. t.: »Slovanská bibliografie lékařská a revue«. Pojedynczy zeszyt obejmować będzie do 10 arkuszy druku i zawierać będzie streszczenia wszystkich prac lekarskich, ogłoszonych w językach słowiańskich.

Tem więcej podnieść należy to wydawnictwo organu lekarzy czeskich, że jedyna bibliografia, która do pewnego stopnia uwzględniała prace słowiańskie, »Bibliografia medica« dra Baudouina, przestaje wychodzić dla braku poparcia.

* Związek niemieckiej prasy lekarskiej na ogólnem zgromadzeniu w Hamburgu powziął następujące uchwały: 1) Każda polemika ma być zakończona repliką zaczepionego autora; wyjątkowo po replice może być dany głos zaczepiającemu (duplika), lecz w każdym razie ostatnie słowo powinien mieć zaczepiony. 2) Replika i duplika mogą być odbite drobnym drukiem i pojawić się w dalszych rubrykach czasopisma. 3) Redakcyi przysługuje prawo przesłania rękopisu polemiki przed wydrukowaniem zaczepionemu autorowi.

* Podobnie jak to niedawno miało miejsce we Włoszech, zdarzyło się w St. Louis (Ameryka) 19 przypadków śmiertelnego tężca u dzieci, którym zastrzyknięto surowicę przeciwbłoniczą. Surowica posiadała wszelką rękojmię dobrego wyrobu. Zarządzone na świnkach szczepienie wywołało również tężec. Rzecz zaczęła się wyjaśniać, gdy koń, który dostarczył surowicy ostatni raz 24 sierpnia, dostał tężca 1-go października i zaraz został zabity. Sprawa ta jest w toku naukowego badania.

* Dwóch czeladników w rzeźni berlińskiej, których obowiązkiem było wycinać z mięsa części, uległe gruźlicy, zapadło na wilka obu pięści; sprawa chorobowa klinicznie przedstawia się, jako gruźlicza; badanie naukowe ma to podejrzenie potwierdzić, lub zaprzeczyć.

* Szczepienie ospy w Niemczech jest od r. 1874 obowiązkowe i ściśle przestrzegane: wynik tego zarządzenia jest taki, że w ciągu 25 lat (1874—1899), w 285 miastach niemieckich z ludnością 16 milionów, umarło z ospy tylko 4 osoby. We Francyi, gdzie obowiązek szczepienia nie przestrzega się ściśle, w 116 miastach z ludnością $8^1/_2$ milionów, w jednym roku 1900 zmarło z ospy osób 6 0.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Ruyter mian. profesorem tyt. w Berlinie. Doc. Jaeger mian. profesorem w Królewcu. Doc. Hahn otrzymał tytuł prof. nadzwycz. w Monachium. Tytuły profesorów otrzymali w Berlinie: dr. Meyer i dr. Sommerfeld. Prof. zwyczajnym okulistyki w Uniw. moskiewskim mian. został dr. Krinkow.

Nekrologia. Dr. Waleryan Wieliczko l. 78, zmarł w Warszawie. Dr. Axel Kay, b. prof. anatomii patol., zmarł w Stokholmie. Dr. Gugenheim, prof. laryngologii, zmarł w Paryżu.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 52. Brudziński: O działaniu bismutozy w chorobach przewodu pokarmowego niemowląt. Goldbaum: Kilka uwag krytycznych w sprawie rozpoznawania raka żołądka. Wesołowski: Przypadek kamienia skórnego z niezwykłem umiejscowieniem.

— *Kronika lekarska* Z. 24. Wojciechowski: Leczenie przymiotu za pomocą merkuriolu Blomquista w workach (dok.). Flatau i Koelichen: O zapaleniu rdzenia (dok.).

— *Przegląd felczerski* Nr. 1. M.: Walka z zakażeniem połogowem. Cetnarowicz: Organ wzroku a ospa. R.: Aseptyka i antyseptyka (c. d.). R.: Z dziedziny fizyki i chemii. L.: Tamowanie krwi (dok.). — Różniczkowe rozpoznawanie ciąży prawidłowej od innych stanów chorobowych i ciąży patologicznej. Kohn: Higiena ust.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 1. Rubeška: O upotřebeni kaučukových balonů v porodnictwi. Štýrb: Pavor diurnus a pavor nocturnus u děti.

— *La Presse médicale* Nr. 104. Mantoux: Przepuszczalność objawu Argyll-Robertsona w wiądzie rdzenia. Masselin i Moizard: Usposobienie osobnicze z punktu widzenia skłonności narządów do zakażeń. — Nr. 1. Raymond: Porażenie obwodowe n. twarzowego. Przypadek porażenia twarzowego z jednoczesnem porażeniem VI pary.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 1. Schlesinger i Weichselbaum: Choroba przewodu pokarmowego, wywołana liszkami much *(Myiasis intestinalis)*. Passini: O bakteryach w jelitach wytwarzających granulozę. Grassberger i Passini: Znaczenie reakcyi jodowej dla rozpoznania bakteryologicznego. Zuppinger: Przyczynek do etyologii odmy piersiowej u dzieci.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 52. Klemperer: O powstawaniu i zapobieganiu strącania się kw. szczawiowego w moczu. Wolff: O czynnej ruchliwości leukocytów. Lion: O nowej metodzie leczenia samoistnej padaczki. Lubliński: Leczenie obrzękłej muszli dolnej w przebiegu zapalenia błony śluzowej nosa na tle naczynioruchowem. — Nr. 1. Freund: Nieprawidłowości klatki piersiowej, jako czynnik usposobiający do suchot płucnych i rozedmy. Pfeiffer i Friedberger: O ciałach przeciwdziałających istotom bakteryolitycznym ochronnym wobec cholery. Appelbaum: Badania krwi suchotników. Menzer: O zapaleniu gardła, gośćcu stawowym, rumieniu węzłowatym i zapaleniu płuc, oraz uwagi nad etyologią chorób zakaźnych. Ehret i Stolz: O doświadczalnem zapaleniu przewodów żółciowych na tle samozakażenia.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 1. Kolle i Martini: O dżumie. Bendix i Bickel: Krytyczny przyczynek do nauki o glikolizie. Kürmöczi: Czy z obrazu hematologicznego można uczynić ściśle rozpoznanie niedokrewności złośliwej? Schmieden: O wartości teoryi urazowego pochodzenia guzów i o jednym wyleczonym przypadku środkowego mięsaka olbrzymiokomórkowego w kości goleniowej. Nehrkorn: Czasowa kolostomia w przebiegu czerwonki przewlekłej. Kellner: O obojnactwie bocznem.

Redakcya otrzymała: Franta: Boubele měchožilowe v těhotenstwi, za porodu a v šestineděli. M. L. Jakubowski: Kronika szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie (1876—1900). Higier: 1) Uwagi w sprawie »Myastheniae paroxysmalis angioscleroticae«. 2) Zur Klinik der Schweissanomalien bei Poliomyelitis anterior (spinale Kinderlähmung) und posterior (Herpes Zoster). 3) Weiteres zu Klinik der Tay-Sachs'schen familiären paralytisch-amaurotischen Idiotie. Freund: 1) Ein Instrument zur chirurgischen Naht. 2) Dermatomyiasis. 3) Die Verwendung der Spannungselectricität zur Behandlung von Hautkrankheiten. 4) Beitrag zur Physiologie der Epidermis mit Bezug auf deren Durchlässigkeit für Licht.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 15 stycznia, o godz. 6 wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie administracyjne.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 18 Stycznia 1902. Nr. 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych prof. Dra Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza.

Trzy przypadki tężca leczone surowicą przeciwtężcową Bujwida.

Podał
Dr. Tadeusz Żeleński.

W ciągu ubiegłych kilku miesięcy leczono na oddziele chorób wewnętrznych prof. Pareńskiego surowicą przeciwtężcową (antytetaniną) prof. Bujwida trzy przypadki tężca, z których dwa zakończyły się wynikiem pomyślnym. Jakkolwiek na podstawie tych przypadków nie mam bynajmniej zamiaru czynienia jakichś stanowczych wniosków o wartości tego sposobu leczenia, sądzę jednak, iż zasługują one na ogłoszenie, jako prosty materyał kazuistyczny, gdyż jedynie gruntowna i możliwie wyczerpująca statystyka może przyczynić się w przyszłości do rozstrzygnięcia tej sprawy.

Jak wiadomo, próby leczenia tężca surowicą datują się od r. 1890, w którym Behring i Kitasato wykonali na królikach swoje klasyczne doświadczenia. Dziesięć lat upłynęło; — przez ten czas, nieco później wynaleziona surowica przeciwbłonicza zyskała sobie niezaprzeczone miejsce w nowożytnej terapii i przeobraziła zupełnie rokowanie w błonicy; tymczasem leczenie tężca antytetaniną znajduje się ciągle w okresie prób i rozpraw i stosunkowo bardzo mały uczyniło postęp.

Jedna rzecz zdaje się nie ulegać wątpliwości: mianowicie sprawa skuteczności surowicy przeciwtężcowej, jako środka zapobiegawczego, t. j. używania jej bezpośrednio po przypuszczalnem zakażeniu, a przed wybuchem choroby. Metoda ta, o ile w rzadkich zresztą endemiach tężcowych może oddawać usługi[1]), o tyle z łatwo zrozumiałych przyczyn — na razie przynajmniej — nie posiada praktycznego zastosowania w przypadkach odosobnionych.

W przypadkach tężca opisanych dotychczas, a leczonych surowicą, nasuwa się spostrzeżenie, iż ten sposób leczenia daje przeważnie dobre wyniki w przypadkach z przebiegiem powolnym, natomiast przy wystąpieniu tężca ostrem nie odnosi żadnego prawie skutku. Otóż tutaj tkwi największa trudność w ocenianiu skuteczności tego sposobu leczenia, gdyż, jak wiadomo, przypadki tężca przebiegające powolniej, dają same przez się rokowanie względnie dobre, w każdym razie o wiele lepsze, niż przypadki z przebiegiem ostrym. Nasze dwa przypadki, zakończone pomyślnie, bardziej może od innych przemawiają na korzyść surowicy, gdyż, chociaż okazywały przewlekłe objawy, należały pod względem nasilenia do niezwykle ciężkich, jak to z ich opisu będzie można stwierdzić.

[1]) Dr. Kretz z Wiednia podaje przypadek endemii tężca w stajni dla koni, zupełnie wytępionej zapomocą wstrzykiwań zapobiegawczych, również w klinice położniczej w Wiedniu wyniszczono w ten sposób endemię tężca (Ostner).

Przebieg tych trzech przypadków był następujący:

I) S. L., wyrobnik z Żarek, liczący lat 38, przybył do szpitala dnia 1 kwietnia 1901 r. Od pięciu dni doznaje napadowych bólów kolących w okolicy krzyżów, wskutek czego musi pozostawać w pozycyi leżącej wyprostowanej. Podaje, iż w nocy mu się język przycina i kaleczy. Budowa i odżywienie mierne. C: 38·7°. Nie skaleczył się nigdzie na skórze; oprócz jednego strupka w okolicy sutka lewego, żadnych zmian; silnie spocony. W narządach oddechania i krążenia żadnych zboczeń; tętno 108 regularne, bardzo dobrze napięte. Łaknienie zachowane, jednak jedzenie z powodu szczękościsku niemożliwe. Mięśnie brzuszne silnie napięte. Mocz wysycony, białka ślad wyraźny, chlorki znacznie zmniejszone. Napady kurczów tężcowych mięśni grzbietu częste, krótkotrwałe. Przytomność zachowana. Naczynia szyi i głowy okresowo silnie nabiegają krwią. Źrenice bez zmian. Kończyny dolne wyprostowane, okolica krzyżów bolesna.

Podano chloral rano i wieczór po 2 gramy, dyeta płynna; 2-go kwietnia rano C. 38·5°. Napady kurczów bardzo częste i silne, zwłaszcza w nogach i mięśniach pleców. Tężec tylny *(Opisthotonus)* nieustający. Szczękościsk, usta dadzą się otworzyć zaledwie na $1^1/_2$ ctm.

O godzinie 10 rano wstrzyknięto 18 ctm. sześc. czterokrotnej surowicy przeciwtężcowej wyrobu prof. Bujwida. Godzina 6 wieczorem. C. 38·5°. Stan bez zmian. Tętno 120, miękie. Wstrzyknięto 25 ctm. sześc. czterokrotnej surowicy.

3-go kwietnia, rano C. 38·4. Tętno 120, nieco lepiej napięte. W nocy chory spał z przerwami. Napady kurczów tężcowych w jednakowem nasileniu. Stolec zaparty. Zalecono lewatywę. O godzinie $12^1/_2$ w południe wstrzyknięto po raz trzeci czterokrotną surowicę w ilości 28 ctm. sześc. Tętno 98. Wysypka na skórze górnej części brzucha i pod obu pachami w postaci guzków prosówkowatych czerwonych (prawdopodobnie objaw odczynowy po surowicy). Godzina 6 wieczór. C. 37·4°. Tętno 84, dość słabo napięte. Napady nieco rzadsze.

4-go kwietnia. C. 37·4°. Tętno 140 dość miękie, regularne. Napady kurczów nie tak gwałtowne. W nocy chory spał cośkolwiek. Źrenice wązkie. Podmiotowo stan bez zmian. Około godziny drugiej popołudniu wystąpiły objawy zapadu. Tętno nitkowate, przepuszczające, skóra bardzo spocona, kończyny zimne. Napady utrzymują się niezbyt silne. Akcya serca coraz słabsza; około godziny czwartej popołudniu chory życie zakończył.

Wynik sekcyi, oprócz przekrwienia narządów i przewlekłego nieżytu błony śluzowej żołądka, zupełnie ujemny.

II) W. N. rolnik, liczący lat 35, zamieszkały w Węgrzcach, przybył dnia 1 sierpnia 1901 r. Przed trzema tygodniami spadł z dachu i zranił się w nogę. Od tygodnia doświadcza silnych kurczów najpierw w kończynach dolnych, później i w tułowiu. Ciepłota 38°, tętno 80, skóra silnie spocona. Na stopie lewej rana nieczysta, częściowo zasklepiona; cała stopa obrzękła, bolesna przy dotyku. Narząd oddechowy i krążenia bez zmian. Mocz kwaśny bez białka, chlorki lżejsze. Sensorium nie zajęte. Przy najsłabszem dotknięciu, a nawet zbliżeniu się, chory doznaje silnych kurczów w kończynach dolnych i tułowiu. Kurcze te występują również samoistnie w nieregularnych odstępach. Chory bardzo osłabiony, żali się na bezsenność. Podano 3 grm. chloralu wieczorem, a prócz tego robiono 3 razy dziennie wstrzykiwania podskórne po jednym gramie 2% roztworu kwasu karbolowego (metodą Baccelliego) i w razie potrzeby wstrzykiwania morfinowe.

2-go sierpnia. Ciepł. 37·3°, tętno 96, ciągłe drgawki co kilka minut, bądź samoistnie, bądź za dotknięciem. Chory niezmiernie osłabiony: mocz i kał oddaje pod siebie. O godzinie 5 popoł. wstrzyknięto 30 ctm. sześc. czterokrotnej surowicy Bujwida. Ciepł. 37·8°. Od dnia 3-go do 8-go sierpnia stan bardzo powoli się polepsza. Ciepłota waha się między 36·4 a 37·7°; drgawki nie tak częste, w nocy po chloralu śpi nieźle.

Dnia 8 sierpnia z powodu postępującej ropówki *(phlegmone)* stopy rozszerzono ranę i założono sączki (w uśpieniu chloroformowem).

10 sierpnia: napady kurczów tężcowych coraz rzadsze, tylko przy silniejszej podniecie (podnoszenie się itp.). Stolec zaparty; podano środek przeczyszczający.

11 sierpnia. Ciepł. rano 36·2°, wieczorem 37°; tętno 100, drobne, słabo napięte; łaknienia brak. Kurczów prawie zupełnie nie ma.

13 sierpnia popołudniu. Ciepł. 38°. tętno 104, nieszczególnie napięte. Gruczoły pachwinowe obrzmiałe, bolesne. Kurcze tężcowe nie pojawiają się. Osłabienie.

Od tej chwili na pierwszy plan występuje ropówka kończyny dolnej lewej; obrzęk posuwa się ku górze, zajmuje prącie i moszna. Po ponownem rozszerzeniu nacięć i założeniu liczniejszych sączków (18 sierpnia). ciepłota chwilowo się podnosi, przez dwa dni wieczorem przekracza 39°, poczem opada do prawidłowej i obrzęk szybko schodzi. Od tego czasu siły wzmagają się z każdym dniem. Chory opuścił szpital dnia 24 sierpnia z sączkami w stopie lewej, zresztą zupełnie uleczony.

III) S. J., wyrobnik z Dubia, liczący lat 20. przybył do szpitala dnia 13 sierpnia 1901 r. Od 2 tygodni doświadczał bólów w plecach, pracował jednak nadal. Przed sześcioma tygodniami dołączyły się bóle w szczękach. Przed czterema tygodniami nagle przy wieczerzy wyprężył się i bezwładny upadł. W tem położeniu niezmiennie pozostaje dotąd. Drgawek nie miewa. Budowa średnia, odżywienie liche. Ciepłota 37°. Na brzuścu lewego kciuka gojąca się rana płatowa, na barku lewym zdrapanie naskórka. Jama ust z powodu szczękościsku niewybadalna. Tętno 80, pełne, silnie napięte, niezupełnie regularne. Łaknienie zachowane, brzuch deskowato twardy. Odruchy ścięgniste wygórowane. Chory leży nieruchomo, wygięty w kabłąk *(opisthotonus)*. Wyprostowanie bardzo silne, kark sztywny, mięśnie twarzy skurczone, twarz ma charakterystyczny dla tężca wyraz cierpienia i złości zarazem. Przytomność zachowana.

14 sierpnia. Ciepł. 36·7°, tętno 78, regularne. Wstrzyknięto 30 ctm. sześć. czterokrotnej surowicy Bujwida. oprócz tego zastosowano lewatywy chloralowe i wstrzykiwania kwasu karbolowego, jak w poprzednim przypadku.

Aż do 18 sierpnia stan bez zmian; tężec tylny *(opisthotonus)* trwa ciągle. Ciepłota waha się między 37·3° a 37·8°, szczękościsk ciągły, pożywienie tylko z trudnością można choremu wlewać do ust. Wstrzyknięto 26 ctm. sześc. czterokrotnej surowicy. Od tego czasu tężec tylny *(opisthotonus)* trwa prawie zupełnie bez zmiany około dwóch tygodni. Szczękościsk stopniowo ustępuje. mowa swobodniejsza. Ciepł. nie dochodzi 37°.

1 września: chory może nieco się poruszyć.

4 września: chory usiadł pierwszy raz przy pomocy.

7 września: chory coraz swobodniejszy, siada o własnej sile, natomiast występują napady kurczów, zwłaszcza w nocy, jednak nie zbyt silne.

9 września: chory zaczyna nieco chodzić.

12 września: chory swobodnie chodzi po pokoju.

17 września: oprócz miernego stopnia bólu w krzyżach, czuje się zupełnie zdrów; wszystkie ruchy wykonuje swobodnie; żąda wypuszczenia ze szpitala.

Oto w krótkości przebieg tych trzech przypadków; jak powiedzieliśmy, wszystkie trzy należały do bardzo poważnych.

Na zakończenie niech mi wolno będzie na tem miejscu podziękować JWPanu Drowi Profesorowi Pareńskiemu za łaskawe pozwolenie korzystania z materyału i za najżyczliwsze udzielenie swoich cennych wskazówek.

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Radcy Dworu Prof. Dr. H. Jordana w Krakowie.

O rozpoznawaniu i leczeniu operacyjnem ropni, wychodzących z części rodnych kobiecych.

(Według odczytu na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 19 czerwca 1901 r.).

Podał

Dr. Stanisław Dobrowolski

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

„W krakowskiej klinice ginekologicznej postępowanie wobec otoków trąbkowych było jak najbardziej wyczekujące; przed każdym zabiegiem wyczerpało się do możliwych granic wszelkie metody leczenia nie operacyjnego, a wyniki leczenia zachowawczego, o czem świadczy sprawozdanie Dr. W. Stankiewicza, złożone na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dnia 20/11 1900 r.*), były wcale zachęcające. Nic też dziwnego, że na bardzo dużą liczbę przypadków zmian w przydatkach, jakie zgłaszają się do leczenia, operowano w ciągu ośmiu lat zaledwie 15 razy. Najlepszy to chyba dowód, że wybierano bardzo w przypadkach operacyjnych, a jeżeli uwzględni się, że na tych 15 przypadków nie rozpoznano jeszcze nieraz przed zabiegiem otoku trąbkowego i operowano właściwie z innego wskazania, jak wykazują przytoczone historye chorób, to rzeczywiście ogólnie z powodu otoku operowano nadzwyczaj rzadko.

Obecnie dla wykazania wskazań operacyjnych, przebiegu operacyi i pooperacyjnego, przytoczę historye wszystkich operacyj otoku w porządku chronologicznym:

1) Chora M. W. l. 26, l. p. k. 29 z roku 1894, rodziła raz przed rokiem prawidłowo; połóg przebyła prawidłowo. Cierpienie swe odnosi do urazu, który miał miejsce na 6 miesięcy przed przybyciem do kliniki. Po urazie wystąpiły znaczne bóle dołem. wkrótce wystąpiła gorączka i dreszcze, jako też wystąpił guz nad spojeniem; na miesiąc przed przybyciem do kliniki zauważyła wydzielanie się ropy ze stolcem. Przedmiotowo stwierdzono obecność guza, sięgającego na 4 palce powyżej spojenia łonowego, zajmującego lewy odcinek podbrzusza. wykazującego wybitnie chełbotanie, zachodzącego do miednicy małej tak, że wypukla przednie sklepienie. Badanie przez odbytnicę wykazało powyżej zwieracza rzyci przetokę. przez którą wydzielała się ropa. Stan ogólny chorej i zachowanie się ciepłoty przemawiało za obecnością ropy w guzie chełbocącym.

Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono guz o ścianach cienkich. pozrastany z otoczeniem; w celu zapobieżenia pęknięciu guza i przedostania się ropy do otrzewnej, postanowiono operować ropień dwuczasowo. W tym celu wszyto torbę ropnia w ranę brzuszną, a dopiero po dwóch dniach, skoro wytworzyły się odpowiednie zlepy, otwarto ropień. Chora po zabiegu uzyskała natychmiast znaczną poprawę a w 5 miesięcy opuściła klinikę, jako zupełnie uleczona.

2) Chora M. S. lat 26, l. p. k. 131 z roku 1894, wieloródka, zgłasza się do kliniki z powodu bólów dołem, trwających od 8 miesięcy, a znacznie wzmagających się podczas miesiączki. Przedmiotowo stwierdzono guz chełboczący, sięgający na palec poniżej pępka, wychodzący z miednicy małej. Guz w całości daje się unieść ku górze i wtedy wyczuwa się grubą szypułę, gubiącą sie w miednicy małej. Przy badaniu wewnętrznem znaleziono macicę w przodopochyleniu; po stronie prawej znaleziono opór bolesny, nie dający się bliżej określić; sklepienie lewe było zajęte przez ciało, stawiające opór, prawdopodobnie stojące w związku z guzem od zewnątrz wybadalnym. nie dające się wyraźnie od macicy oddzielić, ciało elastyczne, chełboczące.

* Patrz »Przegląd lekarski« z r. 1901 Nr. 10, 11, 12.

Na podstawie tego badania rozpoznano *crystis parovarialis (?) intraligamentosa sinistra* i przystąpiono do operacyi. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono torbiel trąbko-jajnikowy lewy, ułożony międzyblaszkowo, pozrastany z otoczeniem i przewlekłe zmiany zapalne w trąbce prawej. Zabieg rozpoczęto od wyłuszczenia trąbki prawej, poczem pooddzielano częściowo zrosty między torbielem a otoczeniem, następnie w celu wyłuszczenia guza lewego z pośród blaszek nacięto na szczycie guza otrzewnę. Przy wyłuszczaniu guza pękła torba i wylała się obficie ropa do otrzewnej; worek wyłuszczono w całości wśród znacznych trudności i znacznego krwawienia, oczyszczono jamę otrzewnową i zaszyto powłoki. Chora zmarła po zabiegu w 24 godzin.

3) M. K., lat 30, l. p. k. 113 z roku 1895, zgłosiła się do kliniki z powodu atypowych krwawień i znacznych bólów dołem brzucha; rodziła raz przed 10-ciu laty siłami natury, połóg przebiegał z gorączką. Przedmiotowo stwierdzono guz gładki, twardy, w głębi jakby elastyczny, ograniczony, wychodzący z miednicy małej, sięgający dnem swem do pępka. Przy badaniu wewnętrznem stwierdzono tylko, że guz opisany stoi prawdopodobnie w bezpośrednim związku z częścią pochwową. Na podstawie badania przypuszczano, że w danym przypadku są włókniaki, z powodu których przystąpiono do wyłuszczenia macicy wedle sposobu R y d y g i e r - F r e u n d a. Pierwszy akt operacyi od pochwy przebiegał zupełnie typowo; przy laparotomii musiano otworzyć otrzewnę dopiero powyżej guza, gdyż na całej rozpiętości guza była z nim ściśle zrośnięta. Po otwarciu otrzewnej dopiero stwierdzono, że guz ten nie był włókniakiem, tylko trąbką prawą, rozszerzoną do objętości dwóch pięści, wypełnioną płynem, bardzo silnie pozrastaną z otoczeniem i jelitami; przydatki lewe również zmienione, a dopiero wśród tych zmienionych przydatków znaleziono ku tyłowi leżącą macicę. Przystąpiono do wyłuszczenia guza prawego; oddzielenie od otoczenia było nadzwyczaj trudne tak, że mimo największych ostrożności pękła trąbka i wylała się z niej ropa, jako też pękła ściana jelita do guza przyrośnięta. Wreszcie guz wyłuszczono, jelita zaszyto, otrzewnę oczyszczono. Chora zmarła w 3 dni, obdukcyi zwłok nie było.

4) P. W. lat 30, l. p. k. 164 z roku 1895, wieloródka, zgłasza się do kliniki z powodu krwawień miesiączkowych i bólów dołem brzucha. Przy badaniu przedmiotowem można było tylko z obu stron macicy stwierdzić obecność guzów elastycznych, których punktu wyjścia, jako też natury bliżej określić nie było można. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono otoki trąbkowe ropne obustronne i po stronie prawej torbiele rzekome. Przy oddzielaniu zrostów pękła trąbka lewa, przyczem wylała się ropa na otrzewnę; zresztą operacya przebiegała typowo. Przebieg pooperacyjny z gorączką z powodu wypociny szypułowej po stronie prawej.

5) M. D., lat 30, l. p. k. 170 z roku 1895, od trzech lat miewa znaczne bóle podczas miesiączki. Na 3 miesiące przed przybyciem do kliniki leżała w szpitalu przez 6 tygodni, gdzie gorączkowała i miewała dreszczyki; stwierdzono tam obustronne guzy w przydatkach. Przy badaniu przedmiotowem w klinice stwierdzono guzy po obu stronach macicy, z których prawy uważano za torbiel jajnikowy, lewy za guz trąbkowy. Podczas laparotomii stwierdzono obustronne otoki trąbkowe, zrośnięte z otoczeniem. Przy oddzielaniu zrostów pękły obie trąbki, przyczem ropa wydostała się na otrzewnę; zresztą przebieg operacyi jak i pooperacyjny był prawidłowy.

6) K. T., lat 21, l. p. k. 48 z roku 1896, zgłosiła się do kliniki z powodu bólów dołem brzucha i atypowych krwawień, jako też obfitych krwawień miesiączkowych. Przedmiotowo stwierdzono obustronne guzy trąbkowe. Skoro czteromiesięczne leczenie zachowawcze nie odniosło pożądanego skutku, przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Wycięto obie trąbki; przy oddzielaniu trąbki lewej pękła jej ściana i wydostała się ropa. Przebieg operacyjny z gorączką. Opuściła klinikę we dwa miesiące bez wypociny.

7) T. J., l. 28, l. p. k. 271 z roku 1897, wieloródka, przywieziona do kliniki z powodu krwotoku. Przedmiotowo stwierdzono tyłozgięcie macicy nieruchome, zmiany w przydatkach po stronie prawej; po stronie zaś lewej guz elastyczny, stojący z macicą w związku, wielkości pięści, otoczony wypociną zapalną. Dalsze spostrzeganie wykazało podniesienia się od czasu do czasu ciepłoty po dreszczykach. Nakłócie rozpoznawcze wykazało, że w guzie jest ropa, wobec czego guz nakłóto trójgrańcem, odpuszczono ropę. U chorej po trzechmiesięcznem spostrzeganiu ropa ponownie nie nagromadzała się i chora opuściła klinikę uleczona.

8) M. W., lat 30, l. p. k. 104 z roku 1897, zgłosiła się z powodu znacznych bólów dołem brzucha, wśród objawów podrażnienia otrzewnej. Przedmiotowo stwierdzono gorączkę, obecność dwóch guzów chełboczących, zlewających się ze sobą; guz prawy w całości badalny nad spojeniem i jest wielkości główki noworodka; guz lewy wchodzi w miednicę, gdzie przez silnie wypuklone sklepienie tylne jest łatwo dostępny. Nakłócie wykazało ropę. Wobec tego wykonano najpierw kolpotomię tylną przy pomocy przyżegadła Paquelina otwarto najpierw ropień niżej ułożony, a następnie przez ścianę tego ropnia, ropień prawy wyżej położony, zepchnięty ku dołowi. Ropy odpłynęła wielka ilośc, a w niej wykazano dwoinki rzeżączkowe. Wyleczenie.

9) J. J., l. 25, l. p. k. 109 z r. 1897, wieloródka, od ośmiu miesięcy nie miewa miesiączki, ma natomiast jej objawy zwiastunowe; od tego też czasu miewa bóle stale dołem brzucha i w krzyżach. Na trzy miesiące przed przybyciem do kliniki była leczona zachowawczo przez dłuższy czas w szpitalu. Przedmiotowo stwierdzono guz sięgający na cztery palce poniżej pępka, nieruchomy, zbity, bolesny; wypukla on przednie i prawe sklepienie. Po rozpoznaniu guza trąbki prawej przystąpiono do operacyi. Po otworzeniu jamy brzusznej przekonano się, że guz ten jest rzeczywiście guzem trąbkowym, silnie pozrastanym z otoczeniem, a nakłócie wykazało, że treścią guza jest ropa. Wobec tego i technicznej prawie niemożliwości wyłuszczenia guza bez przerwania ciągłości jego ścian, postanowiono wszyć guz w dolną powierzchnię rany brzusznej. Wszycie udało się tylko na małej przestrzeni, gdyż ściany były za kruche. Podczas wszywania poczęła wydostawać się ropa na otrzewnę wskutek przedarcia ścian otoku, co zmusiło do odstąpienia od operacyi radykalnej i do ograniczenia się na tamponadzie. Mimo to wystąpiło ogólne zakaźne zapalenie otrzewnej, z powodu którego chora w trzecim dniu po operacyi zmarła.

10) M. K., lat 33 l. p. k. 184 z roku 1897, wieloródka, miewa bóle od dwóch lat nad pachwiną prawą, od 4 miesięcy miewa bóle w tem samem miejscu o większem nasileniu; od trzech tygodni miewa codziennie dreszcze.

Przedmiotowo stwierdzono u osoby wyniszczonej rozlany opór nad spojeniem i nad obiema pachwinami. Brzy badaniu wewnętrznem stwierdzono obok macicy w sklepieniu prawem i tylnem guz chełboczący, w lewem zaś rozlany twardy naciek. Do operacyi obrano drogę pochwy, nacięto sklepienie przednie i po oddzieleniu pęcherza od szyjki macicy przekonano się, że to, co przy badaniu po stronie lewej uderzało, jako rozlany opór, było guzem ograniczonym o własnych ścianach, a obok niego od strony prawej rozciągał się jakiś rozlany naciek twardy. O wyłuszczeniu guza drogą pochwy nie było mowy z powodu znacznych zrostów, dlatego odstąpiono od drogi pierwotnej i zrobiono cięcie brzuszne. Po otwarciu jamy brzusznej przekonano się, że istnieją dwa guzy wśród ścisłych, a licznych zrostów z jelitami; guz po stronie lewej był rozszerzoną trąbką o treści ropnej, jak to nakłócie wykazało; guz prawy zaś był nowotworem jajnikowym złośliwym, przechodzącym na otoczenie. Wobec tego pozostawiono wszystko i zaszyto przecięte powłoki.

11) S. Szp., l. 38, l. p. k. 185 z roku 1897, wieloródka, cierpi od kilku lat z powodu atypowych obfitych krwawień. Przed siedmiu miesiącami przebywała w klinice, a wtedy, rozpoznając włókniaki, przeprowadzono leczenie objawowe, które jednakowoż nie odniosło trwałego skutku. Skoro ponownie zgłosiła się z krwawieniami, stwierdzono badaniem znacznie powiększoną, ale gładką macicę w przodozgięciu, koło macicy jakieś opory niewyraźne, jakby stare blizny. Wobec zwiększających się objawów niedokrewności i niemożności wstrzymania krwawień w jakikolwiek sposób, zdecydowano się na wyłuszczenie macicy drogą pochwową. Przy operacyi stwierdzono macicę powiększoną, ale nie włókniakową i zmiany obustronne w przydatkach, w obu trąbkach ropne. Wyjęto macicę wraz z przydatkami. Wyleczenie.

12) B. H., lat 29, l. p. k. 98 z roku 1900, wieloródka, od 6-ciu tygodni uczuwa bóle dołem brzucha i bóle w krzyżach; przed 3 tygodniami przebyła objawy podrażnienia otrzewnej. Nad spojeniem łonowem po stronie lewej stwierdzono torbiel o ścianach bardzo cienkich, zupełnie ruchomy, wielkości dwóch pięści. Sklepienie prawe znaleziono bardzo szerokie, bardzo znacznie wypuklone, podobnie i tylne przez dolny odcinek guza, leżącego po stronie prawej macicy, wypełniającego prawą połowę miednicy małej. Podczas pobytu w klinice bez wyraźnej przyczyny torbiel jajnikowy lewy w nocy pękł, co nie wywołało u chorej żadnych objawów. W kilka dni po pęknięciu torbiela zrobiono na-

kłócie od pochwy guza prawego i wydostano ropę. Wobec tego drogą tylnej kolpotomii otwarto guz zawierający ropę i jamę trąbki wysetonowano. W 2 tygodnie chora opuściła klinikę zupełnie wyleczona.

13) A. R., l. 35, l. p. k. 130 z roku 1900, wieloródka, od ostatniego porodu, t. j. od 3 lat, miewa bóle w podbrzuszu, zwłaszcza podczas miesiączki i bardzo obfite krwawienia miesiączkowe. Przedmiotowo stwierdzono macicę znacznie powiększoną, a po obu stronach guzy wielkości pięści, powierzchni nierównej, zbitości twardej, ruchome, niebolesne. W przypuszczeniu, że najprawdododobniej w przypadku tym są nowotwory jajnikowe, przystąpiono do operacyi. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono jednakowoż, że są to obustronne otoki trąbkowe, które z łatwością dały się od otoczenia oddzielić i wyłuszczyć w zupełnie typowy sposób. Wyleczenie.

14) M. A., l. 38, l. p. k. 31 r. 1901, nie była w ciąży, poprzednio zawsze zdrowa; cierpienie swe datuje od miesiączki, przebytej przed dwoma miesiącami: wtedy bez jakichkolwiek przyczyn dostała gwałtownych bólów dołem brzucha, dreszczy, gorączki i objawów podrażnienia otrzewnej; od tego czasu utrzymują się atypowe krwawienib i bóle dołem, od czasu do czasu występują dreszcze i podniesienie ciepłoty. Przedmiotowo można było stwierdzić wypocinę, zajmującą prawie całe podbrzusze aż na 3 palce niżej pępka, wyżej dochodzącą po stronie prawej, a wśród wypociny czuć jakiś niewyraźny guz, który schodząc do miednicy małej, zajmuje zatokę Douglasa, wypukla sklepienie prawe i daje wyraźne uczucie chełbotania. Chorą leczono zachowawczo przez cztery miesiące, przyczem wypocina ustąpiła, pozostał guz ściśle ograniczony, zrośnięty z otoczeniem, o ścianach grubych, chełboczący, ułożony po stronie prawej macicy. Przebieg choroby wykazał z zachowania się ciepłoty na pewno, że w guzie jest ropa. Wobec tego przystąpiono do operacyi drogą pochwową, wykonano kolpotomię przednią i stwierdzono, że guz ten ma własne grube ściany, które najpierw nakłóto, a następnie nacięto; wylała się duża ilość ropy, poczem jamę ropnia wytamponowano. Chora w 3 tygodnie opuściła klinikę zupełnie uleczona.

15) A. D., l. 36, l. p. k. 125 z 1901 roku, wieloródka, zgłasza się z powodu bólów, jakie od szeregu miesięcy odczuwa nad pachwinami i w krzyżach, a od 5 tygodni ma bóle przy oddawaniu moczu i stolca. Przedmiotowo znaleziono macicę w tyłozgięciu, od strony prawej szyi znaleziono guz, będący z szyją w ścisłym związku, wielkości pomarańczy, zbity, niebolesny; po stronie lewej macicy znaleziono zmienione przydatki. Wobec takiego wyniku badania rozpoznano włókniaki macicy i chciano macicę usunąć drogą pochwy przy pomocy rozkawałkowania. Przy operacyi dopiero przekonano się, że powiększenie macicy nie pochodziło od włókniaków, a guz do szyi macicy przylegający, to również nie włókniak, tylko otok ropny trąbki, otoczony wypociną. Macicę z przydatkami prawymi usunięto; lewych przydatków nie usunięto z powodu silnych zrostów, jakie je z otoczeniem łączyły. W przebiegu pooperacyjnym wytworzyła się wypocina około pozostawionych przydatków lewych, która jednakże w krótkim czasie ustąpiła.

Zestawienie powyższe przypadków otoków trąbkowych najlepiej świadczy, jak trudnem jest rozpoznanie, gdyż na 15 przypadków operowanych aż 7 razy mimo spostrzegania i badania klinicznego nie uczyniono rozpoznania właściwego i do operacyi przystąpiono wprost z innych wskazań. W sposobie operowania nie przebija żaden wyłączny system, nic dziwnego, gdyż przypadki powyższe były operowane w przeciągu lat ośmiu, dlatego operowano dla takich wskazań i w taki sposób, jaki w danej chwili prąd nauki wskazywał. Niezaprzeczenie rozmaite drogi próbowane w różnych przypadkach, pouczają najlepiej o wadach i zaletach pojedynczych sposobów operowania.

Sposobem najłagodniejszym leczenia otoków trąbkowych będzie z pewnością zwykłe nakłócie i wypuszczenie ropy drogą pochwy, bez jakiegokolwiek setonowania jamy ropnia. W pewnych przypadkach ropni przewlekłych jest to sposób zupełnie wystarczający, a dla chorej nadzwyczaj korzystny, jak najlepiej demonstruje to przypadek siódmy. Sposobu tego, mimo dobrych wyników, jakie on w leczeniu otoków trąbkowych daje, mało w ogóle się używa, a to dlatego, że rzadko kiedy można go zastosować. Nakłócie bowiem możemy robić bez obawy tylko wtedy, gdy trąbka zmieniona będzie wtłoczona, lub da się łatwo wtłoczyć do miednicy małej, a przez to łatwo od strony sklepień staje się dostępną, jeżeli przewlekły przebieg cierpienia będzie przemawiał, że ropa jest jałową, wreszcie jeżeli guz trąbkowy będzie tak usadowiony, że nie będziemy się musieli obawiać zranienia sąsiednich narządów, lub grubszych naczyń, biegnących do macicy.

Podobnie drogę bardzo dobrą, a zabieg dla chorej zupełnie łagodny, stanowi kolpotomia, otwarcie ropnia tą drogą i wytamponowanie jamy ropnia bez jakichkolwiek prób wyłuszczenia ścian ropnia. W ten sposób postąpiono w przypadku 8-ym, gdzie droga pochwy zupełnie wystarczyła do otwarcia dwóch ropni, z których jeden był wielkości główki noworodka, drugi wielkości pięści; takiż sam świetny wynik leczenia otrzymano w przypadku 12 i 14-ym. Wszędzie opróżnienie ropnia wystarczało do wyleczenia; jamy ropnia zawsze szybko się zaciągały tak, że najpóźniej w 2—3 tygodnie w miejscu ropni pozostawało tylko nieznaczne zgrubienie. Nigdy przy tym sposobie postępowania nie zauważono żadnych niespodziewanych powikłań; odpływ ropy był bardzo dobry, słowem, operowanie tą drogą dało zawsze wyniki świetne. Sposobu tego użyć będzie można zawsze tam, gdzie dostęp do guza od sklepień będzie łatwy i gdzie zrosty otaczające guz nie dozwolą wydzielającej się ropie przedostać na otrzewnę. Nie wystarczy wyłącznie ta droga w przypadku, gdzie prócz otoku trąbkowego będą inne zmiany, wychodzące z przydatków; postępowanie bowiem nasze nie może być jasne tam, gdzie rozpoznanie przy badaniu jest niemożliwem, gdzie koniecznie musimy zmiany chorobowe zbadać okiem, by ułożyć sobie plan postępowania. Tak było w naszym przypadku 10: kolpotomia przekonała, że prócz guza trąbkowego istnieje jeszcze jakiś rozlany naciek. Dopiero laparotomia przekonała, że naciek ten, to złośliwy nowotwór jajnika, który tak był daleko posunięty, że w ogóle do operacyi się nie nadawał. Taki sposób operowania uchronił operatora od połowiczego zabiegu i pozwolił mu nabyć jasnego, a tak ważnego dla odpowiedniego rokowania pojęcia o schorzeniu.

W przypadku 11 i 15 operowano drogą pochwy doszczętnie, to znaczy usunięto macicę wraz z przydatkami schorzałymi i to w przypadku 11. po obu stronach, w 15 zaś tylko po jednej stronie, gdyż wyjęcie przydatków strony drugiej było technicznie bardzo trudne. W obu przypadkach do tej doszczętnej operacyi nie były motywem zmiany w przydatkach, tylko pomyłki rozpoznawcze, gdyż w obu przypuszczano włókniaki. W każdym jednak razie, tak jeden jak i drugi przypadek wymagał koniecznie zabiegu, gdyż w pierwszym niczem nie dające się wstrzymać krwawienia, w drugim rozpoczynające się objawy ucisku na pęcherz i kiszkę stolcową były czynnikami do operacyi zmuszającymi. Przypadek 15 uległ powikłaniu, gdyż w przebiegu pooperacyjnym wytworzyła się wypocina około pozostawionych przydatków, najlepsza wskazówka, że w podobnych przypadkach należy usunąć przydatki drugiej strony, jeżeli tylko okazują jakieś zmiany, gdyż tło ich schorzenia będzie z pewnością to samo, co otoku trąbkowego; naturalnie, jeżeli nie napotykamy przy tem tak znacznych trudno-

ści technicznych, któreby robiły zabieg dla chorej niebezpiecznym z jakiegokolwiek względu.

W innych przypadkach otoków trąbkowych operowano drogą jamy brzusznej; przy tej drodze operowania zmarły aż trzy chore; w każdym z tych przypadków przy oddzielaniu guzów trąbkowych od otoczenia pękła torba guza i ropa dostała się na otrzewnę. Jakkolwiek i w innych przypadkach to się przydarzało, ale tam była ropa jałową i powikłanie to operacyjne było dla chorych obojętne. Schauta przy otokach trąbkowych, operowanych drogą jamy brzusznej, poleca postępować w ten sposób, żeby tymczasowo otok wszyć w ranę brzuszną, nakłóciem wydobytą ropę zbadać mikroskopowo, czy zawiera drobnoustroje, w razie gdy się znajdą ropne, poleca on otok, wszyty w powłoki dwuczasowo naciąć tylko i wydrenować; w przypadkach zaś, gdzie przy tym sposobie badania okaże się ropa jałową, należy, zdaniem Schauty, przystąpić do doszczętnego usunięcia guza, gdyż w razie, gdyby przy oddzielaniu zrostów nawet otok pękł, to i tak chorej z tego powodu nie grozi żadne niebezpieczeństwo. Zasada ta byłaby naturalnie idealną, gdyby podobny sposób badania wystarczał dla udowodnienia jadowitości ropy i gdyby można rzeczywiście łatwo otok trąbkowy unieść i wszyć w powłoki. W przypadkach, gdzie wszycie takie będzie wykonalne, naturalnie, że takie postępowanie jest dobre i bezpieczne i tak też operowano w naszym przypadku pierwszym, operowano dwuczasowo, a wynik operacyi dla chorej był bardzo korzystny, z tą chyba jedną wadą, że zaciąganie się jamy ropnia trwało bardzo długo, bez porównania dłużej, aniżeli przy otwarciu ropnia drogą rany kolpotomijnej.

W każdym razie wyniki, osiągnięte u nas przy operowaniu otoków drogą jamy brzusznej, są bardzo niekorzystne i wprost tego sposobu operowania nie można równać z operowaniem drogą pochwy, bo skoro przy operacyach drogą pochwy nie umarła żadna chora, a przebieg pooperacyjny zwykle był bardzo dobry, to przy laparotomiach na ośm przypadków zmarły aż trzy chore, cztery uleczono tylko niezupełnie, gdyż wystąpiły u nich wypociny, a tylko trzy można uważać za zupełnie uleczone, nie uwzględniając przytem następstw, jakie obustronne usunięcie przydatków za sobą pociąga.

Zestawienie powyższej nieznacznej liczby przypadków operowanych samo przez się przemawia jasno o wskazaniach do operacyi i o technice, którą przy otokach najlepiej stosować. Były to w każdym razie wszystko przypadki nadzwyczaj uporczywych i ciężkich zmian w przydatkach, przypadki nie operowane z wskazań błahych, lecz przypadki, operowane najczęściej dopiero po wyczerpaniu wszelkich możliwych sposobów leczenia zachowawczego, przypadki wprost desperackie.

Takie tylko właśnie mogą nas skłaniać do zabiegów operacyjnych, a jeżeli już na operacyę będziemy zniewoleni się zgodzić, to z pewnością na pierwszem miejscu postawimy operowanie drogą pochwy, o ile możności jak najbardziej zachowawczo. Przydatki schorzałe po jednej stronie nadadzą się naturalnie do jednostronnej operacyi doszczętnej. Inaczej musimy postąpić, gdy schorzenie przydatków będzie obustronnem; tam musimy usunąć przydatki po obu stronach. Na tem jednak najlepiej nie poprzestać i równocześnie z przydatkami usunąć macicę. Pozostawiając macicę, zostawiamy, zwłaszcza w rzeżączce, ciągle tlejące źródło pierwotnego zakażenia, które bez ustanku będzie się wyżej posuwać i wywoływać ciągle świeże zapalenie w otoczeniu macicy, a chora po operacyi, polegającej tylko na obustronnem usunięciu przydatków, będzie przedstawiać obraz takiego samego kalectwa, jak przed operacyą; jej rozpaczliwy stan prędzej czy później zniewoli nas do następowego usunięcia macicy. Operacya doszczętna leczy wprawdzie chorą z cierpienia, ale równocześnie pozbawia kobietę życia płciowego; wielka przestroga, by operować tak tylko pod groźbą bardzo ważnych wskazań.

Na ostatniem miejscu dopiero postawimy drogę cięcia brzusznego, gdyż ona kryje w sobie prócz obawy o dalsze następstwa dla chorej po operacyi, jeszcze bardzo poważne bezpośrednie niebezpieczeństwo zakażenia przy operacyi i śmierci z tego powodu. (Dok. nast.).

III. Z kliniki wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu Prof. Dr. Pasternackiego.

Zasadowość krwi w stanach fizyologicznych i patologicznych ustroju.

(Badania doświadczalno-kliniczne).

Podał

Dr. med. Witold Eugeniusz Orłowski,
ordynator kliniki.

(Dokończenie).

VI.

Znaczne obniżenie zasadowości krwi w charłactwie rakowem, oraz w mocznicy i cukrzycy, zależy, jak dowodzą tego wyżej przytoczone badania, od nagromadzenia się we krwi przetworów kwaśnych, które obniżają zasadowość osocza. Wielu z badaczy przypuszcza w tych stanach nawet samozatrucie ustroju kwasami, a co się tyczy śpiączki cukrzycznej, to pogląd ten jest prawie ogólnie przyjęty; na tej zasadzie opiera się leczenie jej przetworami alkalicznymi. Wobec tego jest rzeczą bardzo ważną zbadać, jak się zmienia zasadowość krwi przy wprowadzeniu do ustroju alkaliów przez usta i przez odbytnicę. Doświadczenia te przeprowadziłem na 5 osobnikach zdrowych i 2 chorych na ciężką postać cukrzycy. Każdy z badanych dostawał w ciągu 7 dni 3 razy dziennie po łyżeczce od kawy dwuwęglanu sodowego w szklance wody; zrana naczczo o godz. 7, na godzinę przed obiadem (o godz. $11^1/_2$) i przed kolacyą (o godz. 5 wieczorem). Przed pierwszą dawką sody oznaczałem zasadowość krwi; w niektórych doświadczeniach oznaczałem zasadowość po upływie 30, 60, 90 minut po pierwszej dawce dwuwęglanu sodowego, aby wytworzyć sobie pojęcie o wpływie dawki pojedynczej. Po upływie 8 dni, nazajutrz o 9 godz. zrana, więc w 16 godzin po ostatniej dawce, znowu oznaczałem alkaliczność krwi; za stanem jej śledziłem i w ciągu dni następnych, oznaczając ją codzień o godz. 9 zrana, więc po upływie 40 i 64 godzin po ostatniej dawce. Gdy zasadowość krwi powracała do pierwotnej wysokości, stosowałem badanym dwuwęglan sodowy w lawatywach w tej samej dawce, rozpuszczony w szklance wody przekroplonej, o ciepłocie 37·5° C, także 3 razy dziennie; lawatywy wchłaniały się dobrze. Po upływie 7 dni oznaczałem znowu zasadowość krwi po 16, 40 i 64. godz. po ostatniej lawatywie.

Wyniki doświadczeń przytaczam w następującej *tablicy III.*

TABLICA III.

Pierwotna alkaliczność krwi	Zasadowość krwi po wewnętrznem zażywaniu dwuwęglanu sodowego: Po jednorazowem użyciu, po upływie ½ godz.	1 godz.	1½ godz.	Po 7-dobowem użyciu 3 razy dziennie po łyżeczce od kawy, po upływie 16 godz.	40 godz.	64 godz.	Zasadowość krwi po ciepłych lawatywach alkalicznych w ciągu dni 7, po upływie 16 godz.	40 godz.	64 godz.
267	—	240	—	280	240	—	320	254	—
240	253	213	—	280	240	—	293	240	—
240	—	—	—	267	240	—	320	267	240
254	—	—	—	280	240	—	293	240	—
227	213	267	227	—	—	—	—	—	—
				Po 14-dobowem użyciu					
240	—	—	—	312	254	240	267	267	—

Z liczb tych wynika, że:

1) Jednorazowa dawka dwuwęglanu sodowego sprowadza stosunkowo nieznaczne i krótkotrwałe podniesienie alkaliczności krwi. 2) Ciepłe lawatywy zasadowe podnoszą w wyższym stopniu zasadowość krwi, niż podanie zasad przez usta. 3) Podniesienie zasadowości krwi pod wpływem lawatyw alkalicznych, lub po podaniu alkaliów przez usta w ciągu tygodnia, jest niewysokie i krótkotrwałe.

TABLICA IV.

Okresy	Dzień badania	Dobowa ilość moczu	Ciężar właściwy moczu	% cukru w moczu	Dobowa ilość cukru	Zasadowość krwi (%)	% hemoglobiny	Liczba krwinek czerwonych w 1 mlm.³	Liczba krwinek białych w 1 mlm.³
Wstępny	10—11/I	7700	1·033	8	596	133	72	5.100.000	—
1-szy sodowy (przez usta; 8 dni)	20/I	8310*)	1·031*)	5·8*)	483*)	160	70	4.872.000	4525
Następczy (3 dni)	23/I	7300	1·035	6·8	496·4	93	70	4.440.000	8927
2-gi sodowy (w lawatywach; 7 dni)	30/I	6300*)	1·034*)	6·54*)	406*)	240	66	3.890.000	7780
Następczy (3 dni)	2/II	7000	1·032	8	560	120	65	3.720.000	8100

*) Przytoczona liczba jest przeciętną z 2 ostatnich dni okresu.

TABLICA V.

Okresy	Dzień badania	Dobowa ilość moczu	Ciężar właściwy moczu	% cukru w moczu	Dobowa ilość cukru	Zasadowość krwi (%)	% hemoglobiny	Liczba krwinek czerwonych w 1 mlm.³	Liczba krwinek białych w 1 mlm.³
Wstępny	15—16/I	8000	1·036	8	640	200	65	4.240.000	6237
1-szy sodowy (przez usta; 7 dni)	24/I	7600*)	1·0345*)	6·75*)	514*)	133	62	3.960.000	6000
Następczy (2 dni)	26/I	7200	1·035	8·1	583	178	61	3.972.000	6563
2-gi sodowy (w lawatywach; 7 dni)	2/II	6450*)	1·037*)	6·56*)	423*)	200	65	4.012.500	7337
Następczy (3 dni)	5/II	6900	1·035*)	7·2	497	144	64	3.980.000	7200

*) Przytoczona liczba jest przeciętną z 2 ostatnich dni okresu.

Pierwszy wniosek zgadza się w zupełności z spostrzeżeniem Löwyego i Richtera[1]), że zasadowość krwi podnosi się tylko nieznacznie i na bardzo krótki czas nawet po wprowadzaniu bardzo dużych ilości alkaliów wprost do krwi królików; u psów podobne zachowanie się krwi występuje jeszcze dobitniej.

Dla zbadania zmienności wpływu alkaliów u osobników, u których zasadowość osocza krwi nie jest prawidłową (jak w wyżej przytoczonych doświadczeniach) lecz obniżoną, przystąpiłem w klinicznym oddziale Prof. Dra. Pasternackiego do analogicznych badań na chorych cukrzycowych.

I) L-w, lat 26, uskarża się od pół roku na silne pragnienie i ciągłe uczucie głodu. Badanie wykazało: chory średniego wzrostu, miernej budowy, odżywienie nieco podupadłe, odruchy kolanowe znacznie osłabione; nad obojczykiem lewym i łopatką nieznaczne przytłumienie odgłosu wypukowego i oddech szorstki; w innych narządach nic nieprawidłowego; w plwocinie śluzowej prątków Kocha niema; w moczu (patrz *tabl. IV)* zawiera się cukier i ślady acetonu; białka i kwasu acetooctowego niema.

Tablica ta poucza, że 7-dobowe zażywanie dwuwęglanu sodowego przez usta wywołało podniesienie alkaliczności krwi o 27 mlgr., co stanowi 20·3%; ponieważ zaś liczba krwinek

czerwonych jednocześnie się obniżyła o 228000 w 1 mlm³ (4·47%), więc podniesienie alkaliczności krwi, względnie jej osocza, pod wpływem zażywania dwuwęglanu sodowego przez usta można przyjąć = 24·77%. Pod wpływem 7-dobowych lawatyw alkalicznych zasadowość krwi podniosła się o 158% (147 mlgr.); ponieważ zaś liczba krwinek czerwonych jednocześnie obniżyła się o 12·5% (550.000 w 1 mlm. ³), więc podniesienie alkaliczności osocza krwi można przyjąć = 170·5%, t. j. o 145·73% więcej, niż pod wpływem 7-dobowych zażywań dwuwęglanu sodowego przez usta. Z zaprzestaniem stosowania sody alkaliczność zaczęła się obniżać; obniżenie po upływie 88 godzin po ostatniej lawatywie dosięgło prawie 50%.

III S-a, lat 25: cierpi na silne pragnienie i uczucie głodu; pomimo dobrego łaknienia chudnie i słabnie. Przedmiotowe badanie wykazało: chora średniego wzrostu, miernej budowy, z podupadłem odżywieniem; nieznaczne obrzęki na stopach i goleniach (wystąpiły przed 4 miesiącami); w narządach wewnętrznych nic nieprawidłowego. W moczu (patrz *tabl. V*) zawiera się cukier; białka, acetonu i kwasu acetooctowego niema.

Z tej tablicy wynika, że po 7-dobowem zażywaniu dwuwęglanu sodowego przez usta alkaliczność krwi w porównaniu z pierwotną okazała się niższą o 33·5% (67 mlgr.); ponieważ liczba krwinek czerwonych jednocześnie obniżyła się o 6·6% (280.000 w 1 sz mlm.), przeto obniżenie alkaliczności osocza krwi należy przyjąć = 26·9%. To obniżenie zasadowości osocza krwi należy przypisać, rzecz prosta, nie działaniu dwuwęglanu sodowego, lecz sprawie chorobowej w dalszym rozwoju, która wywołała większe nagromadzenie we krwi przetworów kwaśnych, niż to mogło zobojętnić zastosowanie wyżej podanej ilości sody: istotnie w tym okresie dawała się czasem spostrzegać w moczu obecność acetonu. Pod wpływem 7-dobowych lawatyw alkalicznych zasadowość krwi podniosła się o 56·25% (72 mlgr.); ponieważ jednocześnie podniosła się i liczba krwinek czerwonych o 1·02% (46500 w 1 mlm.³), przeto podniesienie alkaliczności osocza krwi wynosi 55·23%. Lecz już po upływie 88 godzin po ostatniej lawatywie alkaliczność osocza krwi obniżyła się o 28% (56 mlgr.; liczba krwinek czerwonych została prawie bez zmiany).

Widzimy więc, że w cukrzycy:

1) Wprowadzenie zasad do ustroju podnosi w większym stopniu alkaliczność krwi, niż u osobników zdrowych 2) Ciepłe lawatywy zasadowe podnoszą w większym stopniu zasadowość krwi, niż podanie zasad przez usta. 3) Przy podaniu zasad przez odbytnicę podniesienie zasadowości krwi, jakkolwiek krótkotrwałe, trwa dłużej, niż przy zażywaniu ich przez usta.

Wyniki te mają ważne znaczenie w praktyce lekarskiej, wskazują bowiem, że przy pierwszych objawach śpiączki cukrzycowej prędzej możemy osiągnąć cel leczniczy, mianowicie zobojętnienie kwasu β — tlenomaślanego, tej mniemanej przyczyny śpiączki, przez podanie alkaliów w postaci ciepłych lawatyw, niż przez usta; leczenie alkaliami powinno trwać jakiś czas po wyjściu z pierwszego niebezpieczeństwa, inaczej bowiem alkaliczność krwi powraca szybko do poprzedniej nizkiej liczby.

Piśmiennictwo. 1) Salkowski: Ber. d. deut. chem Gesellsch. Bd. V S. 637 i Virch. Arch. Bd. 58 S. 1—34. — 2) Walter: Untersuch. über d. Wirkung der Säuren auf den Thierorganismus. Arch· f. exp. Path. und Pharm. 1877 Bd. 7. — 3) Coranda: Ueber das Verhalten des Ammoniaks im menschl. Organismus Ibid 1880 Bb. 12. — 4) Hallervorden: Ueber Ausscheidung von Ammoniak im Urin bei pathol. Zuständen. Ibid. — 5) v. Limbeck: Ueber den Einfluss von Säurezufuhr auf den Stoffwechsel des gesunden Menschen. Therap. Woch. 1897 M. 3 i Beiträge zur Lehre von der Säurevergiftung Zeitsch. f. kl. Med. 1898 Bd 38. — 6) Gäthgens: Ueber Ammoniakausscheidung. Hoppe-Seyler's Zeitschr. f. physiol. Ch. 1880 Bd. 4. — 7) Biernacki: Säureintoxication u. Blutalkalescenz als therap. Indication. Münch. med. Woch. 1896 N. 28—29. — 8) Behring: Ueber die Ursache der Immunität von Ratten gegen Milzbrand. Centralbl. f. kl. Med. 1888, N. 38 i Beiträge zur Aetiologie des Milzbrandes. Zeitsch f. Hyg. 1889 Bd. VI. — 9) Fränkel: Die Einwirkung der Kohlensäure auf die Lebensthätigkeit der Mikroorganismen. Zeitsch. f. Hyg. 1888 Bd. 5. — 10) Gamaleia: Etude sur la vaccination charbonneuse. Annal. de l'Institut Pasteur 1888 N. 10. — 11) Löwy u. Richter: Ueber Aenderungen der Blutalcalescenz bei Aenderungen im Verhalten der Leucocyten. Deut med. Woch. 1895 N. 33. — 12) Buchner und Orthenberger: Untersuch. über. die bacterienfeindlichen Wirkungen des Blutes und Blutserums. Arch. für Hyg. 1890 Bd. 10. — 13) v. Jaksch: Die Vergiftungen. Nothnagel's Spec. Path. u. Ther. Bd. 1. — 14) Stadelmann: Schmiedeberg's Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1883. Bd. 17. — 15) Kraus: Pathol. d. Autointoxic. Ergebnisse der allg. path. Morphol. u Phys. d Mensch. u. d. Thier. herausgeg. v. Lubarsch u. Ostertag Wiesbaden 1895. — 16) Orłowski: Samozatrucie ustroju kwasami, jako czynnik etyologiczny w patologii chorób wewnętrznych, ze szczególnem uwzględnieniem mocznicy. Przegląd lekarski 1901 N. 29—30. — 17) v. Jaksch: Zeitschr. f. kl. Med. 1887 Bd. 13. — 18) Canard: Ibid. — 19) Peiper: Alcalimetr Untersuch. des Blutes etc. Virch. Arch. 1889 Bd. 116. 20) Rumpf: Centralbl. f in. Med. 1891. — 21) Kraus: Ueber die Alcalescenz des Blutes bei Krankheiten. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1888 Bd. 26 i Zeitschr. f. Heilkunde 1889 Bd. 10. — 22) v. Limbeck: Arch. f. exp. Path u. Pharm. 1890 Bd. 30. — 23) Löwy: Untersuch. zur Alcalescenz des Blutes. Pflüger's Arch. f. d. gesammt. Phys. 1894 Bd. 58. — 24) Löwy: Ueber die Alcalescenzverhältnisse des menschl. Blutes in Krankheiten. Centralbl. f d. med. Wissensch. 1894 N. 45. — 25) v. Limbeck und Steindler: Ueber die Alcalescenzabnahmen des Blutes im Fieber. Centralbl. f. in Med. 1895 N. 27. — 26) Karfunkel: Zur Blutalcalescenzbestimmung am Krankenbett. Münch. m. Woch. 1896 N. 29. — 27) Strauss: Ueber das Verhalten der Blutalcalescenz etc. Zeitschr. f. kl. Med. 1896 Bd 30. — 28) Brandenburg: Ueber die Alcalescenz des Blutes. Zeitschr. f. kl Med. 1899 Bd. 36. — 29) Magnus-Löwy: Ueber Gicht ibid. — 30) Meyer: Studien über die Alcalescenz des Blutes. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1883 Bd. 17. — 31) Minkowski: Ueber d. Kohlensäuregehalt des Blutes etc. Mitteil. aus d. med Klinik zu Königsberg Leipzig 1888 i Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1884. — 32) Świątecki: Hoppe-Seyler's Zeitschr f. physiol. Ch. 1891 Bd 14 S. 49. — 33) Cohnstein: Ueber die Aenderungen der Blutalcalescenz durch Muskelarbeit. Virch. Arch. 1892 Bd. 130. — 34) Hladik: Zeitschr. f. kl. Med. 1900 Bd 39. — 35) Lehmann: Verhandl. d phys. Geselsch. zu Berlin 1893 N· 14; patrz także artykuł Zunza: Ueber die Natur und die Bindung der Basen und Säuren im Blute. Du Bois-Reymond's Arch. f. Anat. u. Phys. Abth. 1893, S. 356. — 36) Hamburger: Ueber den Einfluss von Säuren und Alcali auf defibriniertes Blut. Ibid 1892 S 513 i Ueber den Einfluss von Säuren und Alkali auf d. Permeabilität d. lebendigen Blutkörperchen etc. Ibid. 1893 Phys. Abth. Supplement-Band. — 37) Lehmann: Untersuch. über d. Alcalescenz des Blutes und speciell die Einwirkung der Kohlensäure darauf. Pfl. Arch. 1894 Bd. 58. — 38) Löwy und Zuntz: Ueber d. Bindung der Alkalien in Serum und Blutkörperchen. Pfl. Arch. 1894 Bd. 58. — 39) Zuntz: C. f. d med. Wiss. 1867 Bd. 5 N. 51. — 40) Danilewski: Przytaczam według artykułu Drobnago: Izsledowanija krwi pry ostrych i chroniczeskich zabolewanijach Russkij Archiw patol. kl. med. i bakteryol. 1896. — 41) Landois· Real Encyclop. 1885 42) Löwy: Zur Methode der Bluttitration C. f. kl Med. 1892, N. 34. — 43) Schultz-Schultzenstein: Vorläufige Mitteil. über eine neue klin. Meth. etc. C. f. d. med. Wiss. 1894, N. 46. — 44) Berend: Ueber eine neue klin. Meth. zur Bestim. der Blutalcalesc. etc. Zeitschr. f Heilkunde 1896 Bd. 17. — 45) v. Limbeck: Grundriss einer klin. Path. des Blutes. Jena 1896. — 46) Engel: Zur klin. Bestim. der Alcalescenz des Blutes Berl. kl. Woch. 1898 N. 14. — 47) Przytaczam podług Buzmina: Szczełoczność krwi pri niekotorych bolezniach. Wracz 1895 Nr. 22 i Zeitschr. f. kl. Med. 1900. — 48) Janowski: Materyały k woprosu o patologiczeskom znaczenii powyszenia stojkości krasnych krowionnych tielec. Izwiestija Impierat. Wojenno-Medicinskoj Akademii 1901 t. II. N. 1. — 49) Niedrygajłow: Srawnitielnoje izsledowanije stojkości krasnych krwianych szarykow pri briusznom tifie etc. Diss. Petersb. 1897. — 50) Passyn: K woprosu o stojkości krowi pri chłorozie i anemii. Diss Petersb. 1900. — 51) Baumholz: K woprosu ob izmienienii krowi pri legocznoj bugorczatkie Dissert Peterb. 1899. — 52) Troicki: Bolnicz. gazeta Botkina 1900 N. 44. — 53) Hamburger: Ueber d. Einfluss chem. Verbind. auf Blutkörperchen in Zusammenhang mit ihren Molecularlgewichten. Du Bois-Reymond's Arch. f. Anat. u. Phys Abth. 1886. — 54) Abbé: Ueber Blutkörperchenzählung. Sitzungsber. d. Gesellsch. f. Med. u. Naturwiss. in Jena 1878. — 55) Thomas: Ueber die Wirkung einiger narkot. Stoffe etc. Schmiedelberg's Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1898 Bd. 41.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. H. U. Kobert. **Das Wirbeltierblut in mikrokristallografischer Hinsicht. Mit 26 in den Text gedruckten Figuren.** (Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke 1901, 8⁰, str. 118).

Słusznie zaznacza prof. Kobert w przedmowie do tej pracy, iż brakowało dotąd podręcznika, któryby lekarzy, zwłaszcza zaś lekarzy i chemików sądowych, zaznajamiał w sposób przystępny nietylko z różnemi formami kryształów, jakie z krwi otrzymać można, lecz, co ważniejsze, ze sposobami ich otrzymywania i to z tymi, które najlepiej do celu prowadzą.

Brakowi temu czyni w zupełności zadość praca H. U. Koberta. Spotykamy w niej nietylko obszernie zebrane piśmiennictwo tego przedmiotu i dobre rysunki, lecz nadto wyczerpujące wskazówki do sposobów otrzymywania kryształów krwi, wskazówki tem cenniejsze, że oparte na doświadczeniu tak poszczególnych badaczy, jak i na doświadczeniu porównawczem autora.

Omówiwszy pokrótce hemocyaninę i otrzymywane z niej bezbarwne a bliżej dotąd niezbadane kryształy, dowodzi Kobert istnienia arteryny, flebiny i tlenkowęglowej flebiny, wykazuje jej odrębność od oksyhemoglobiny i hemoglobiny, podaje wreszcie sposoby otrzymywania ciał tych w stanie krystalicznym. Wykazane dowodnie istnienie tych ciał dozwala, zdaniem autora, na otrzymanie tylko w tym przypadku czystych kryształów oksyhemoglobiny i hemoglobiny, jeśli otrzymało się poprzednio wolną hemoglobinę, względnie oksyhemoglobinę. Przyznaje, iż kształtem różnią się kryształy hemoglobiny różnych zwierząt od siebie, nie zgadza się jednak na zdanie Feigla, jakoby tylko hemoglobina ludzka krystalizowała w słupkach. Z kolei omawia igiełkowate, pryzmatyczne itd. kryształy methemoglobiny, oraz nie krystalizujące sulfmethemoglobinę, methemoglobinę sinową [1]), methemoglobinę dwutlenko-dwuwodową, azotynową methemoglobinę i acidhemoglobinę. Zwraca tu uwagę na ważną pod względem sądowo-lekarskim okoliczność, iż wytworzona w znaczniejszej ilości za życia methemoglobina, nie może być wykazaną po śmierci z powodu przemiany w hemoglobinę, której ulega dzięki procesom redukcyjnym przy rozpoczynającem się gniciu. Jak pod tym względem zachowuje się methemoglobina w stanie krystalicznym, niewiadomo; wykazano natomiast, iż czyste hodowle niektórych bakteryj są zdolne naodwrót rozczyny oksyhemoglobiny zamienić w methemoglobinę.

Powstająca pod wpływem działania promieni słonecznych fotomethemoglobina, charakterystyczna smugą pochłonną w pasie zielonym, podobnie jak hemoglobina redukowana, lecz przesunięta więcej ku niebieskiemu końcowi widma, daje kryształy pryzmatyczne, ułożone w pęczki i kępki podobne do kryształów hemoglobiny, a identyczne formą z kryształami methemoglobiny.

Przy otrzymaniu wymienionych dotychczas kryształów, a więc kryształów oksyhemoglobiny, hemoglobiny, arteryny, flebiny, wreszcie methemoglobiny i fotomethemoglobiny powstają także kryształy inne, będące następstwem wysychaniu przy nieszczelnem nakryciu szkiełka *(Eintrocknungskristalle)*. Kryształy te igiełkowate, promienisto z jednego punktu się rozchodzące, były niejednokrotnie mylnie tłómaczone, jako właściwe kryształy krwi.

Parahemoglobiną nazwali Nencki i Sieberowa istotę, powstającą przy zadziałaniu na kryształy oksyhemoglobiny silnym wyskokiem. Wówczas kształt kryształów, własności optyczne, zabarwienie, oraz ich skład chemiczny, pozostają niezmienione; ulega natomiast wybitnej zmianie rozpuszczalność kryształów. I tak, podczas gdy kryształy oksyhemoglobiny i hemoglobiny są w wodzie zupełnie rozpuszczalne, to nie są w niej rozpuszczalne kryształy parahemoglobiny. Tego rodzaju kryształy spotkać można w preparatach mikroskopowych, jeśli używa się jako stwardniającego środka wyskoku. Hoppe Seyler uważa je jako kryształy rzekome. Zdaniem Koberta są one w preparatach mikroskopowych, w przypadkach, w których powstają z utrzymanych krwinek czerwonych, przekształceniem arteryny, względnie flebiny; natomiast, jeśli otrzymuje się je sposobem Nenckiego, mianowicie działaniem wyskoku na chemicznie czyste kryształy oksyhemoglobiny lub hemoglobiny, są one produktami przemiany, względnie pseudomorfozami oksyhemoglobiny, względnie hemoglobiny.

Z kolei przystępuje autor do obszernego omówienia najważniejszego dla celów sądowo-lekarskich pochodnego barwika krwi, mianowicie hematyny, przyjmując istnienie jej w trzech odmianach, mianowicie hematyny kwaśnej, zasadowej i obojętnej; co do tej ostatniej opiera się na badaniach Arnolda. (Badania te powtórzył Wachholz i wykazał, że hematyna obojętna jest co do zachowania się swego identyczną z hemochromogeną [Przegl. lek., 1900). W ostatnich czasach zajmowali się hematyną obojętną Formanek i Van Klaveren, z których pierwszy uważa hematynę obojętną za oksyhemoglobinę, lecz trudno rozpuszczalną, drugi zaś twierdzi, iż jest to proteid różniący się od hemoglobiny tylko mniejszą zawartością żelaza i nazywa ją kathemoglobiną. [Hoppe-Seylers Zeitschrift für phys. Chemie T. 29 i 33]. *(Przypisek sprawozdawcy)*. Dla krystalograficznego wykazania hematyny zaleca K. w razie, gdy plama krwawa nie da się zeskrobać, szereg płynów wyciągowych, polecając przedewszystkiem zgęszczony rozczyn wodnika chloralu i 10% rozczyn sinku potasowego. Dla otrzymania kryształów heminy używa K. trzech soli, mianowicie: chlorku, bromku lub jodku sodowego; ten ostatni zdaniem jego najlepiej do celu tego się nadaje.

Z fluorkiem sodowym kryształów otrzymać nie można, natomiast można je otrzymać nawet bez dodatku soli, dzięki dostatecznej ilości chlorku sodowego, jaki prawidłowa krew zawiera. Autor miał sposobność stwierdzić niejednokrotnie, że obecność formaliny nie przeszkadza do otrzymania kryształów Teichmana (co do hematoidyny stwierdził to pierwszy Browicz, co do heminy — Wachholz). Otrzymywał również autor kryształy te z nieurodzonych jeszcze płodów zwierząt ssących i niewylęgniętych ptaków. Znaczenie przymieszki różnych innych ciał, których obecność zdaniem Lewina i Rosensteina przeszkadza powstaniu kryształków Teichmana, pomija autor milczeniem, zaznaczając tylko, iż wedle jego doświadczeń wolny jod *in substantia*, lub też w alkoholowym rozczynie, względnie w rozczynie jodku potasowego w większej ilości, czyni otrzymanie kryształów heminy niemożliwem. Milczenie to autora o tyle dziwić musi, o ile powołuje się on kilkakrotnie na pracę Wachholza o kryształach heminy, w której ten autor porusza właśnie ten szczegół obszernie. Niezdecydowane stanowisko zajmuje autor również o wpływie wyższej ciepłoty na tworzenie się kryształów. Dalej zwraca Kobert uwagę na możliwość otrzymania kryształów z plam, nie mających z ewentualną zbrodnią nic wspólnego, a będących wydzieliną pluskiew, pcheł i much. Co do tych ostatnich jednak badania autora dały wynik ujemny. Wykazanie krwi w stolcach i w moczu przy pomocy próby Teichmana nie napotyka na żadne trudności, a próba ta nadaje się także zdaniem Koberta do badania preparatów, będących w handlu, a sporządzonych z krwi. Z sposobów zalecanych dla otrzymania kryształów Teichmana podaje sposób Cloëtta, Strzyżowskiego, przytacza dosłownie sposób Wachholza, wreszcie sposób Nenckiego.

[1]) W stanie krystalicznym otrzymał ją Zeynek (v. »Ueber krystallisirtes Cyanhämoglobin« Zeitschr. f. physiologische Chemie T. XXXIII. Z. 5 i 6. 1901. *Przyp. spraw.)*.

[2]) Fotomethemoglobina jest wedle badań Zeyneka, a także Ziemkego i Müllera, hemoglobiną sinową, powstałą pod wpływem rozkładu nadżelazinku potasowego, użytego dla otrzymania methemoglobiny. *(Przyp. spraw.)*. Ziemke und Müller: »Beiträge zur Spectroskopie des Blutes«, 1901.

Dla otrzymania kryształów hemochromogeny nadaje się najlepiej sposób Donaganyego, polegający na zmięszaniu kropli odwłóknionej krwi z kroplą pyridyny. Kryształy te mają kształt gwiazdkowaty i są rubinowo czerwone. Do mięszaniny tej dodać można jeszcze siarczku amonowego, kryształy wówczas powstają prędzej, lecz są mniej trwałe. W jaki sposób wpływa pyridyna, nie mająca ani własności redukcyjnych, ani nie działająca silniej chemicznie, a tylko rozpuszczająca krwinki czerwone, nie umie autor objaśnić. Zdaniem jego nie jest niemożliwem, iż hemochromogena pozostaje w pewnym związku z mięśniami i że możnaby z niezawierających krwi mięśni, chroniąc je przed dostępem tlenu, otrzymać kryształy hemochromogeny. Niewiadomo bowiem dotychczas, jakiemu ciału należy przypisać zabarwienie mięśni pozbawionych krwi. Niektórzy przyjmują swoisty barwik, t. zw. myohematynę, inni znów utrzymują, iż zabarwienie pochodzi od obecności hemochromogeny, która powstaje z OHb. przez rozkład i redukcyę.

Mówiąc o hematoporfirynie, nie pomija Kobert doniosłego odkrycia Marchlewskiego, wykazującego jej wielkie podobieństwo z fyloporfiryną, oraz badań w tym kierunku Nenckiego, wspomina też o bromofyloporfirynie Arnolda.

W przeciwieństwie do hematoporfiryny, która w ustroju nigdy się nie krystalizuje, zachowuje się hematoidyna, którą w stanie krystalicznym w komórce otrzymał Browicz z rozlanego barwika żółtego, zapomocą kwasu solnego. *(Przyp. ref.).* Co do melaninu, który Browicz wyprowadza z barwika krwi, to może on w ustroju występować w stanie krystalicznym; nie udało się go jednak autorowi otrzymać w stanie tym drogą sztuczną; nie daje też on według autora kryształów Teichmana i Nenckiego.

Omówienie kryształów Charcot-Leydena, Florencea, hemosteryny, kryształów otrzymanych z surowicy krwi, a wreszcie kryształów, powstających pod wpływem formaliny, kończy powyższą pracę. W rozdziale o tych ostatnich podaje niezgodnie, jakoby Heile pierwszy zwracał na nie uwagę, a Kobert pierwszy objaśnił, iż powstają one w przypadkach, w których krew, czy to skutkiem otrucia, czy też innych spraw, ulega zmianie. Zasługę tę ma Browicz, który w roku 1898 zdanie swe w tym kierunku wypowiedział.

Z powyższego pobieżnego sprawozdania można ocenić, że zadaniu swemu autor w zupełności podołał; czytając zaś tę pracę, stwierdza się z radością i dumą, że największe zasługi w nauce o krwi położyli polscy badacze. (Arnold, Białobrzeski, Browicz, Dzierżgowski, Feigel, Grużewska, Marchlewski, Nencki, Strzyżowski, Teichman, Wachholz, Zaleski). *Horoszkiewicz.*

* * *

V. Wyciągi.

Cohnheim Otto. **Przeróbka białka przez ściankę jelit.** (*Zeitschrift f. physiol. Ch.* XXXIII, str. 451). Salvioli, a później Hofmeister znaleźli, że pepton w obecności błony śluzowej jelit niknie, t. j. że ulega pewnej przemianie, poczem już zapomocą zwykłych odczynników odnaleziony być nie może. Hofmeister wyciągnął ztąd wniosek, że peptony przy wchłanianiu są przyswajane przez ciałka białe ścianki jelit, przerabiane znowu na białko i już jako białko, a nawet jako białko ustrojowe, roznoszone po narządach. Fakt znikania peptonów pod wpływem żyjącej błony śluzowej jelit został potwierdzony przez Neumeistra; brakło tylko wyraźnego dowodu, że z tych peptonów powstaje właśnie białko. Autor przedsięwziął badania w celu wydzielenia syntezowanych w ten sposób ciał białkowatych, lecz co się okazało: albumozy i peptony rzeczywiście w obecności ścianki jelit nikną, ale nie są odtwarzane jako białka, lecz przeciwnie rozszczepiane dalej do substancyj krystalicznych. Otrzymawszy rozczyn peptonów przez trawienie pepsynowe mięsa, autor w zupełności potwierdził doświadczenie Neumeistra, mianowicie pepton niknie z rozczynu w ciepłocie ciała w obecności błony śluzowej jelit świeżo zabitego psa, kota: jeśli po pewnym czasie mięszaninę poddać skrzepnięciu przez zagotowanie z kwasem octowym i solą kuchenną i przesączyć, to przesącz nie daje odczynu biuretowego. Ten sam przesącz jednakże daje obfity krystalicznie wyglądający osad z kwasem fosforowowolframowym i oznaczenie azotu metodą Kjeldahla wykazuje, że cały azot, dodany w postaci peptonu, znajduje się w przesączu. Oczywiście nie mogło tu być mowy o odtworzeniu peptonów do białka, lecz przeciwnie, należało przypuścić działanie jakiegoś czynnika, rozszczepiającego pepton dalej. Rzeczywiście, dalsze badania wykazały, że błona śluzowa jelit wyrabia nieznany dotąd enzym, nazwany przez autora erepsyną od ἐρείπω — rozwalam. Tak samo, jak kawałki jelit, działa i wyciąg z błony śluzowej, który autor przygotowywał przez wyciąganie w ciągu ½—12 godzin zapomocą alkalicznego roztworu fizyologicznego zeskrobanej ostrem szkłem błony śluzowej jelit świeżo zabitego psa i przez wyciskanie pod prasą. Jeśli do przygotowanego w ten sposób wyciągu dolać rozczynu peptonu, poddać skrzepnięciu przez zagotowanie w obecności kwasu octowego i soli kuchennej i mięszaninę zaraz lub po kilku minutach przesączyć; to przesącz daje piękny odczyn biuretowy, słabszy lub silniejszy, zależnie od ilości dodanego peptonu. Jeśli jednak mięszanina postoi przez pewien czas (parę godzin) przy ciepłocie ciała, to po skrzepnięciu i przesączeniu już się odczyn biuretowy nie otrzymuje, w przesączu kwas fosforowowolframowy daje obfity krystalicznie wyglądający osad i cały azot, który się znajdował w dodanym peptonie, da się odnaleźć w przesączu. Z wyciągu błony śluzowej jelit można wydzielić erepsynę zapomocą stężonego siarkanu amonowego, dolanego w ilości 3 cz. na 2 cz. wyciągu. Powstaje przytem gruby osad, który zawieszony w wodzie i dyalizowany, oddziela się w ciągu 3—4 dni od siarkanu amonowego, przyczem mała część białka i enzym przechodzą do roztworu. Część enzymu zostaje w osadzie. Roztwór ten rozszczepia pepton doszczętnie i szybko. Następujące liczby mogą służyć za przykład: 50 c. sz. rozczynu erepsyny zmięszano z 3 sz. rozczynu peptonu, postawiono w cieple na parę godzin, poddano skrzepnięciu przez zagotowanie z kwasem octowym i NaCl i w przesączu, niedającym więcej odczynu biuretowego, oznaczono metodą Kjeldahla azot. Znaleziono w ten sposób raz 55, drugi raz 56 miligramów azotu, podczas gdy 3 c. sz. rozczynu peptonu zawierały 58 mg. N, a przesącz poddanego skrzepnięciu dla kontroli rozczynu erepsyny bez dolania peptonu dawał 1,75 mg. N. Po osadzeniu płynu niedającego odczynu biuretowego kwasem fosforowolframowym, autor w przesączu znalazł leucynę i tyrozynę (sam płyn, nie dający odczynu biuretowego, daje odczyn Milona); badania zasad heksonowych w osadzie nie skończył, tryptofanu nie znalazł. Mając przed sobą enzym, rozszczepiający pepton, należało rozstrzygnąć pytanie, czy to nie jest czasem trypsyna. Badania dały autorowi odpowiedź przeczącą, nowy enzym bowiem zupełnie nie działa na włóknik, serumalbuminę, serumglobulinę. Erepsyna rozszczepia zupełnie peptony, otrzymane przez trawienie pepsynowe mięśnia, sernika, surowicy. Zdaje się, że protoalbumoz erepsyna nie trawi; deuteroalbumozy natomiast rozszczepia doszczętnie, te ostatnie dane wszakże są tylko tymczasowe. Wspólne działanie trypsyny i erepsyny jest tedy bardzo dobrym sposobem, by szybko i bez gwałtownych środków w zupełności rozłożyć obecne ciała białkowate. Zagotowanie zabija erypsynę, ogrzewanie przez dwie godziny przy 63° silnie ją osłabia. Erepsyna działa w odczynie słabo alkalicznym lub obojętnym; w słabo kwaśnym nie działa. Czy erepsyna, wytwarzana przez błonę śluzową kiszek, pozostaje w błonie, czy też jest wydzielana, autor jeszcze nie rozstrzygnął. Fakt istnienia enzymu, rozszczepiającego dalej peptony, rzuca zupełnie nowe światło na procesy przyswajania białka przez ustrój. *W. Szumowski* (Heidelberg).

Prof. Senator (Berlin). **Choroba Bantiego (niedokrewność śledzionowa w połączeniu z puchliną brzuszną).** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 46, 1901). Banti opisuje 3 okresy tej choroby: 1) okres niedokrewności, znamionujący się obrzękiem śledziony, a trwający od 3 do 5-ciu lat, czasami także 10 i 11 lat. Okres przejściowy, w którym mocz jest skąpy, zawiera znaczniejszą ilość moczanów, urobilinę, niekiedy i barwiki żółciowe, — ten stan trwa tylko kilka miesięcy i przechodzi w trzeci okres puchliny. Brzuszna puchlina rozwija się zwolna i bez boleści, objawy niedokrewności wzmagają się, a ciepłota wieczorna cokolwiek się podnosi; ilość ciałek czerwonych i hemoglobiny zmniejsza się, zarówno jak i białych ciałek; — po 5—7 miesięcy trwania tego okresu następuje śmierć. Z tego krótkiego naszkicowania łatwo poznać można, że pierwszy okres choroby nie jest niczem innem, jak cierpieniem znanem dawniej pod nazwą białaczki rzekomej, lub niedokrewności śledzionowej: — dalsze okresy były po większej części opisywane jako atypowe postacie marskości wątroby, tem więcej ciekawe, że nie dawały się podciągnąć pod żaden dotychczas znany typ chorób wątroby. Znamionowały się bowiem nadmierną wielkością śledziony, niezwykłą niedokrewnością, lub wreszcie skłonnością

do krwotoków kiszkowych, nie dających się wytłomaczyć ani zastojem, ani pęknięciem żylaków, ani ostatecznie żółtaczką, skutkiem czego nadawano tym postaciom najrozmaitsze nazwy: „marskość wątroby z spleno- lub hipersplenomegalią, marskość wątroby z niedokrewnością śledzionową, marskość wątroby z skazą krwotoczną“ i t. d. Jest więc zasługą Bantiego, że połączył te wszystkie postacie chorobowe w jedną całość, ich związek w zrozumiały sposób wytłómaczył, w szczególności zaś jest uwagi godnem jego twierdzenie, że marskość wątroby z puchliną brzuszną rozwijają się w ciągu lat, jako następstwo obrzęku śledziony, a nie jak dotychczas pojmowano, że obrzęk śledziony jest, jeśli już nie następstwem marskości wątroby, to przynajmniej równoznacznym skutkiem jednej wspólnej przyczyny.

Trudno podać w krótkiem streszczeniu cały wywód anatomopatologiczny, wyjaśniający zapatrywania Bantiego: w każdym razie nadmienić wypada, że autor, jako pierwotną siedzibę tej zresztą zakaźnej choroby, przyjmuje śledzionę, w której tworzą się trujące substancye, a te, dostawszy się do krwi, wywołują w pierwszym rzędzie niedokrowność, później, — skutkiem ustawicznego drażnienia, — przerost tkanki łącznej w wątrobie, podobnie jak drogą jelit wessany wyskok.

Rozpoznanie choroby Bantiego powinno się opierać na pierwotnym przewlekłym obrzęku śledziony, dla którego (wykluczywszy skrobiawicę, gruźlicę, nowotwory) nie można wykazać żadnej innej zakaźnej przyczyny. W błąd mogłoby wprowadzić zakażenie zimnicze, wykazanie atoli znamiennych plasmodyów wyjaśni sprawę, — aczkolwiek nie jest wykluczonem, aby na tle zakażenia zimniczego nie mogła się rozwinąć choroba Bantiego. W okresie puchliny nasuwa się myśl o marskości wątroby pochodzenia z żyły wrotnej (albowiem *cirrhosis hepatis biliaris* i *hypertroph.-icterica* różnią się w swych typowych postaciach brakiem puchliny brzusznej), atoli obrzęk śledziony nie dochodzi tutaj do takich rozmiarów, jak w chorobie Bantiego, a powtóre, że pierwej się pojawił, aniżeli cierpienie wątroby, wreszcie wejrzenie chorego niedokrewne (nie ikteryczne), krwawienia i badanie krwi przyczynią się do wyjaśnienia sytuacyi.

Etyologia, — ze względu na ostateczną przyczynę, — jest dotychczas nieznana, zarówno jak i okoliczności usposabiające nie dadzą się ściśle określić; wprawdzie niektórzy chorzy podają, że przechodzili zimnicę i bardzo być może, że ta ostatnia stoi poniekąd w pewnym związku przyczynowym z niedokrewnością śledzionową i chorobą Bantiego, — w większości jednak przypadków zimnicy nie stwierdzono. Kiła i nadużywanie napojów wyskokowych nie mają wielkiego wpływu na rozwój choroby. Rokowanie o tyle ma znaczenie, o ile można brać pod uwagę wyłuszczenie śledziony, jako pierwotnej siedziby choroby. Maragliano podaje, że w 11-tu przypadkach choroby Bantiego usunął śledzionę: 9 chorych wyzdrowiało, a 2 zmarło skutkiem gwałtownego krwotoku. Leczenie winno uwzględnić splenektomię i wszystkie znane środki stosowane w niedokrewności (arsen, żelazo, jod i t. d.), nie pomijając zasad higieniczno-dyetetycznych. *Dr. Henryk Pisek.*

Herzfeld. **Ropień mózgowy płatu czołowego pochodzenia nosowego.** (*Berliner klin. Wochs.* 1901, Nr. 47). Ropnie mózgowe pochodzenia nosowego spostrzegano o wiele rzadziej, niż ropnie mózgowe pochodzenia usznego. H. opisuje przypadek ropnia mózgowego w płacie czołowym lewym, który powstał w przebiegu ropnego zapalenia zatoki czołowej lewej. Kiedy wystąpiły objawy ze strony mózgu i wysoka ciepłota, H .wykonał operacyę, polegającą na otwarciu zatoki czołowej przez odłutowanie przedniej ściany. Po otwarciu przekonał się, że tylna ściana zatoki jest zniszczona i że z czaszki wydobywa się ropa. H. rozszerzył otwór w tylnej ścianie, oraz w oponie twardej, i wtedy zobaczył w mózgu miejsce, z którego wychodziła ropa. H. rozszerzył miejsce to kleszczykami i opróżnił ropień dość duży, gdyż można było do jamy wprowadzić dwa członki palca wskazującego. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy i po pięciu tygodniach rana zagoiła się zupełnie. Badanie bakteryologiczne wykazało *diplococcus pneumoniae lanceolatus.*

H. mówi, że ropnie płatów czołowych mózgu często nie są rozpoznawane przed operacyą lub sekcyą z powodu, że nie dają objawów charakterystycznych. Jedynymi objawami w przypadku opisanym była wysoka ciepłota (39,8°), zwolnienie tętna (50), a bezpośrednio przed operacyą sztywność karku. *Dr. Teofil Zalewski.*

Dr. E. Riegler. **O oznaczeniu cukru zapomocą metody gazowo-objętościowej.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 20, 1901). Jeżeli ogrzewamy tlenek miedziawy (Cu_2O) wobec zasady wolnej z siarkanem hidrazyny, natenczas wytwarza się pewna ilość azotu, a tlenek miedziawy zostaje odtlenionym na metaliczną miedź: $N_2H_4SO_4H_2 + 2Cu_2O + 2NaOH = SO_4Na_2 + 2H_2O + N_2 + 4Cu$. Z objętości wydzielonego azotu możemy obliczyć równoważną mu ilość miedzi metal. (1 cz. azotu = 9·07 cz. miedzi), a z tej, przy pomocy tabeli Allihna, ilość cukru gronowego. Do wykonania tego oznaczenia służy ten sam przyrząd, jaki Riegler opisał i użył do oznaczenia mocznika w moczu. Do kolbki Erlenmayera pojemności 200 ctm.³ odmierzamy 15 ctm.³ rozczynu soli Seignetta w ługu potasowym (czyli 30 ctm.³ świeżego rozczynu Fehlinga), a w końcu 50 ctm.³ wody. Mięszaninę tę ogrzewamy na siatce do wrzenia, i gdy to nastąpi, dolewamy 10 ctm.³ badanego moczu odpowiednio rozcieńczonego (zwykle 1: 10): ciecz tę utrzymujemy we wrzeniu przez dwie minuty, poczem odstawiamy. Wydzielony osad czerwonej barwy (Cu_2O) zbiera się i przeprowadza przy pomocy 10 ctm.³ wody do rurki przyrządu Rieglera; następnie dodaje się do rurki około 0·5 grm. siarkanu hidrazyny i 10 ctm.³ alkalicznego rozczynu soli Seignetta, łączy rurkę z biuretą i ogrzewa ciecz do wrzenia. Z ilości azotu wydzielonego i zebranego w biurecie oblicza się cukier gronowy. *Dr. Ig. L.*

Winckel. **O czasie trwania ciąży.** (*Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts* 1901. Lief. 7). Od roku 1867 ogłoszono wogóle tylko 20 t. zw. porodów spóźnionych, które zasługują na dokładniejsze rozważenie: z tych jednakże 9 nie wytrzymuje krytyki tak, że zostaje tylko 11. Z 30.000 porodów, które miał W. od r. 1872 do 1900, było 1007, w których dzieci ważyły powyżej 4000 grm. Z tego autor wnioskuje, że przy płodach ciężkich i wielkich ciąża trwa dłużej, niż zwykle, przeciętnie 286·7 dni od pierwszego dnia ostatniej regularności, 275·0 dni od czasu poczęcia (zwykle 280 dni od ostatniej regularności, 270 dni od czasu poczęcia). Jako *minimum* od ostatniej regularności wypadło dni 240; jako *medium* dni 286·7, i jako *maximum* dni 334; od czasu poczęcia minimum wyniosło 245 (?), *medium* 275, *maximum* 321 dni. Zdarzają się zatem bezwątpienia ciąże przedłużone, *resp.* porody spóźnione. W 31 bardzo dokładnie spostrzeganych przypadkach tego rodzaju przedłużenie trwało od dnia regularności 31 dni, od czasu poczęcia 220 dni, przy przeciętnej długości dziecka 53·8 ctm. i wadze 4276 grm. Dzieci, ważące powyżej 5500 grm., należą do wielkich rzadkości; autor z 30.000 porodów nie zauważył ani jednego takiego przypad ku, natomiast przytacza 8 przypadków innych autorów, w którychpłody bezpośrednio po porodzie ważyły powyżej 5500, a nawet powyżej 6000, a raz nawet 7470 grm. bez mózgu, krwi i smółki (przypadek Martina) i w których udowodniono przedłużone trwanie ciąży. Z powyższych zestawień wynika, że 302 dni jako górna granica czasu poczęcia (według kodeksu cywilnego dla państwa niemieckiego) jest za mała. Jeżeli się przyjmie za granicę 310 dni, to są już objęte 8·5% najważniejszych przypadków przedłużenia ciąży. Oprócz tego jednak należy dopuścić dowód możliwości trwania ciąży przez 320 dni. Z tych 1007 porodów wywnioskował autor jeszcze osobliwy, dotychczas nieznany fakt, że mianowicie u dzieci ważących powyżej 4000 grm. jest gwałtowna przewaga chłopców nad dziewczętami: 100 dziewcząt: 226 chłopców, $2^1/_4$ raza więcej, podczas gdy zwykle stosunek dziewcząt do chłopców jest 100: 105—106, a w dokładnie spostrzeganych 31 porodach było 27 chłopców i 4 dziewcząt, więc 100: 675. *Dr. Fels.*

Chantemesse. **Surowicze leczenie duru.** (*La Presse medicale* 1901, Nr. 93). Badania autora nad surowiczem leczeniem duru brzusznego sięgają roku 1892, kiedy wspólnie z Widalem zaczął stosować wstrzykiwania surowicy przeciwdurowej. Wyniki były ujemne, gdyż uodpornianie zwierząt, dokonywane zapomocą prątków żywych lub martwych, pozwalało otrzymywać tylko surowicę zapobiegawczą, ale nie antytoksyczną. Dopiero od roku 1897, w którym mu się udało sporządzić rozpuszczalną toksynę durową i zbadać jej właściwości, mógł uodpornić konie i otrzymać skuteczną surowicę.

Statystyka szpitali paryskich razem wziętych wykazuje około 25% śmiertelności z duru. Chantemesse przedstawia swoje spostrzeżenia chorych, leczonych surowicą swoistą, a przebywających po różnych szpitalach paryskich, przeto wśród tego samego środowiska, które przy leczeniu niesurowiczem dawało 25% śmiertelności. Statystyka jego obejmuje ogółem 100 przypadków. Chorzy, u których leczenie rozpoczęto stosować przed 10-tym dniem choroby, wyzdrowieli wszyscy. Ogółem zmarło sześciu, z tych trzech na przebicie jelita z następowem zapaleniem otrzewnej, czwarty i piąty chorzy rozpoczęli leczenie w 21-ym i 25-tym dniu choroby, a szósty przypadek śmiertelny dotyczył kobiety otyłej, której nie można było kąpać, a która miała już przed wstrzykiwaniem rozległą odleżynę zgorzelinową w okolicy kości krzyżowej. Do powyższych sześciu niepomyślnie zakończonych przybywają jeszcze dwa przypadki, w których surowicę wstrzykiwano już w stanie beznadziejnym, mianowicie: u jednego, przybyłego do szpitala z zapaleniem otrzewnej po pęknięciu wrzodu, zastosowano wstrzyknięcie przed laparotomią i zszyciem jelita i u drugiego, który przybył do szpitala z durem i zapaleniem płuc, trwającem od dwóch dni, a znajdującem się, jak to autopsya wykazała, w okresie zwątrobienia szarego.

Obrazy chorobowe leczonych surowicą przeciwdurową przedstawiają się rozmaicie. Najlepiej przebiega sprawa u osobników młodych i silnych, u których wstrzyknięcie miało miejsce wcześnie, np. 6-go lub 7-go dnia choroby. W przeciągu czterech dni następował powrót do stanu prawidłowego. Jeżeli wstrzyknięcie nastąpi po 8-mym dniu dopiero, to zakażenie jest już silnie rozwinięte, a jednorazowe wstrzykiwanie nie wystarcza do zniszczenia zarazków choroby. W tych przypadkach po chwilowem polepszeniu choroba powraca, a powtórne wstrzyknięcie wywołuje już nie szybki, lecz stopniowy powrót do stanu prawidłowego. Wszelako i w tych przypadkach można się spodziewać rychłego ustąpienia choroby, co zależy od jej nasilenia, od odporności chorego, oraz od ilości surowicy. Biegunka nie utrzymuje się zazwyczaj dłużej nad 2—4 dni po wstrzyknięciu. Wpływ na tętno i parcie krwi jest wybitny. Wkrótce po wstrzyknięciu następuje obfite moczenie, wynoszące 3, 4 i więcej litrów na dobę. Białkomoczu, występującego po wstrzykiwaniach, nie spostrzegano nigdy. Autor poleca w celu przyspieszenia spadku gorączki obfite podawanie napojów. Obraz krwi, w której zwykle podczas duru jest hipoleukocytoza, brak eozynofilów i obecność do 16% myelocytów neutrofilnych, znacznie się zmienia już w 24—48 godzin po wstrzyknięciu. Zrazu występuje wybitna hiperleukocytoza, następnie zmniejsza się ilość myelocytów, a pojawiają się na nowo eozynofile. Najwybitniej występują te zmiany we krwi w dniu zupełnego ustąpienia gorączki. Z powikłań spostrzegał autor krwotoki kiszkowe, zapalenia ucha środkowego i zapalenia żyły podskórnej odgoleniowej (*venae saphenae*), wszystkie pomyślnie zakończone.

Działanie surowicy tłómaczy Chantemesse w ten sposób, że jest ona czynnikiem pobudzającym fagocytozę, a przytem zapobiegawczym, przeciwzakaźnym i antytoksycznym. Odczyn po wstrzykiwaniach tłómaczy się zabójczem działaniem na bakterye i powstawaniem przez to we krwi pierwiastków drażniących. Przez obniżanie ciepłoty kąpielami i przez obfite doprowadzanie płynów pomagamy ustrojowi w tej walce i ułatwiamy wydzielanie się substancyj trujących.

Wstrzykiwania, które autor robił pod skórę przedramienia, są niebolesne. Należy użyć na raz 10—12 ctm.³, a w razie potrzeby po 8—10 dniach powtórzyć wstrzyknięcie 4—10 ctm.³. Tylko w dwóch przypadkach spostrzegał Ch. następowe rumienie i to bez podwyższenia gorączki. *Dr. M. Blassberg.*

Chavasse. **Torbiel skórzasty kąta wewnętrznego oczodołu o zawartości oliwnej.** (*Arch. d'Ophtalm.* 10, 1901). U człowieka młodego zauważył autor guz w kącie wewnętrznym oczodołu, elastyczny, chełbocący, przesuwalny, niebolesny. Guz ten raz już nakłóty, znikł, aby w kilka miesięcy potem znowu się wytworzyć. Guz ten do oczodołu nie wchodzi, nie powiększa się przy uderzeniach serca, lub przy oddechu, nie da się także wtłoczyć w kość, nad którą jest usadowiony: przeświecanie zupełne. Po wyłuszczeniu guza, z którego poprzednio wydobyto strzykawką całą treść, która istotnie była płynną. — ranka zgoiła się dobrze, a badanie mikroskopowe wykazało, że istotnie był to torbiel skórzasty, w którego ścianach nie było jednak ani cebulek włosowych, ani gruczołów potnych, a za to ogromna ilość gruczołów łojowych dobrze rozwiniętych.

Treść torbiela, na razie po wydobyciu płynna, ścięła się, jak oliwa na mrozie, a rozbiór chemiczny wykazał, że składa się z palmityny, (56%), i z oleiny (46%) — i jest topliwą w ciepłocie 27°—28°.

Płyn ten nie jest niczem innem, jak wydzieliną gruczołów ściany guza, jest płynnym w ciepłocie ciała, ścina się w niższej ciepłocie. Jest jednak płynny tylko wtedy, jeśli zawartość oleiny przemaga. Jeśli jednak złuszczone przybłonki są obfite, albo gdy treść się nieco zmieni, to płyn się zmienia w magna. Torbiele te możnaby pomięszać z przepukliną oponową, lecz nie zmieniając swej objętości w czasie oddechu, ani nie okazując tętnienia, mogą być łatwo rozpoznane. *Dr. Brudzewski.*

Fromaget. **Guzy gruczołu łzowego.** (*Arch. d'Opht.* 11, 1901). Guzy gruczołu łzowego należą do rzadkich i w piśmiennictwie znajdujemy skąpe tylko wzmianki. F. miał sposobność operować świeżo trzy przypadki z dobrym wynikiem: z tych jeden usadowiony był w gruczole powiekowym, dwa inne w oczodołowym. W pierwszym przypadku u 24-letniego młodzieńca guz był usadowiony tuż pod powieką, ruchomy, niebolesny, robił wrażenie jęczmyka stwardniałego (*chalazion*), z tą tylko różnicą, że przy dotykaniu krył się w głąb oczodołu. Zresztą oko samo było prawidłowe. Po nacięciu powieki, przez ranę w skórze, poprowadzoną równolegle do brwi, wydobyto guz, — a badanie wykazało, że był to guz gruczołu łzowego, a mianowicie włókniak mięsako-śluzakowy. W drugim przypadku u człowieka 56-letniego, u którego było częściowe opadnięcie powiek, znaczne wysadzenie oczów, oraz porażenie mięśni zewnętrznych oka, dał się wyczuć w głębi oczodołu guz twardy, nieprzesuwalny, niebolesny, usadowiony w dole łzowym. Guz ten usunięto przez cięcie, poprowadzone w spojówce: nie był on nigdzie zrośnięty i był otoczony torebką włóknistą. Drobnowid wykazał utkanie nabłoniaka cewkowego, przyczem wykazać można było wśród tkanki nowotworowej resztki tkanki gruczołu łzowego.

Wreszcie przypadek trzeci, będący bąblowcem dwukomorowym, należy do bardzo rzadkich guzów. Przy badaniu można już było wykazać, że guz ten jest torbielem o wyraźnem chełbotaniu. Cięcie zostało poprowadzone w środku brwi i tą drogą wydalono torbiel. Towarzyszące objawy, jak opadnięcie powiek, porażenie mięśni ocznych, oraz wysadzenie oczów, po operacyi ustąpiły zupełnie, jak również i bóle, które były bardzo znaczne. *Dr. Brudzewski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XXIII. Posiedzenie naukowe dnia 20 grudnia 1901.

Przewodniczący kol. Beck, członków obecnych 36-ciu.

Przewodniczący odczytuje list od prof. Browicza, zawierający podziękowanie za udział członków Tow. w jego jubileuszowej uroczystości.

Kol. Gluziński zdaje sprawę z uchwały Komisyi przemysłowo-lekarskiej i zarządu Tow., popierającej wyroby Rzący i Chmurskiego w Krakowie.

Zarząd Tow. proponuje listę członków »Komisyi Matki«; listę bez zmiany przyjęto.

Kol. Barącz przedstawia chorą z dodatkowemi żebrami szyjnemi, okazuje zdjęcia röntgenograficzne z niej otrzymane; omawia stosunki anatomiczne, objawy kliniczne, wskazania do zabiegu i sam zabieg chirurgiczny w przypadkach tej wady utworowej.

»Żebra szyjne spostrzegali najpierw anatomowie, następnie chirurdzy. Utworowa ta wada albo nie wywołuje wcale żadnych objawów, albo też może wywołać objawy uciskowe na splot barkowy i na tętnicę podobojczykową, wzmagające się do tego stopnia, że zmuszają chorych do poddania się operacyi i resekcyi żeber nieprawidłowych. Objawy uciskowe splotu barkowego są: mrowienia w odpowiedniej kończynie górnej, bóle rozpromieniające się do palców. Objawy ucisku tętnicy podobojczykowej: brak tętna w odpowiedniej tętnicy sprychowej, a podmiotowo częste ziębnięcie rąk; zauważono też poczynającą zgorzel końców palców po urazie i tętniak tętnicy podobojczykowej (Karg) powyżej miejsca ucisku; Schnitzler zauważył w jednym przypadku zwichnięcie nawykowe końca mostkowego obojczyka.

Żebra szyjne spostrzegano zazwyczaj tylko na siódmym kręgu szyjnym; znane są tylko 2 przypadki, w których istniało równocześnie 6-te żebro szyjne. Anatomicznie zauważono według Blancharda następujące stopnie wykształcenia żeber szyjnych: 1) zupełne wykształcenie żebra; 2) żebra, których chrząstka łączyła się z chrzęstną częścią 1-go żebra piersiowego: 3) żebra o obu końcach wykształconych, których środkową część zastępowało pasmo ścięgniste; 4) rozwój żebra tylko na obu końcach bez pasma pośredniego; 5) żebra nadliczbowe o rozwiniętej tylko nasadzie kręgowej.

Tylko żebra niezupełnie wykształcone dawały objawy uciskowe, zmuszające do ich wyłuszczania; splot barkowy i tętnica podobojczykowa przebiegały zazwyczaj ponad nieprawidłowo wykształconem żebrem, jak to przy autopsyi podczas operacyi stwierdzono.

Objawy uciskowe występują zazwyczaj nagle, trwają przez pewien czas i mogą ustąpić na przeciąg kilku lat. Nagłe wystąpienie objawów uciskowych tłómaczono sobie przez zadziałanie urazu, albo też zanikiem tłuszczu w dołku nadobojczykowym po chorobach wyniszczających (Tilmann). Wyłuszczenie żeber nadliczbowych może być albo zabiegiem łatwym, albo też przedstawiać bardzo znaczne trudności (bliskość tętnicy podobojczykowej, bliskość szczytu opłucnej).

W przypadku przedstawionym dają się obustronnie wymacać i wykazać na zdjęciu röntgenograficznem po 2 żebra szyjne, nie wywołujące dotychczas żadnych objawów uciskowych. Żebra te odkryto przypadkowo, macając za gruczołami w dołkach nadobojczykowych. Po stronie prawej żebra są więcej wykształcone, niż po lewej i tu można zauważyć niezupełne zwichnięcie końca mostkowego obojczyka.

Objawy uciskowe występują przy każdorazowym ucisku na żebra

nadliczbowe prawostronne, a tętno sprychowe bardzo słabe po tej stronie znika przy tym ucisku.« (Streszczenie własne).

Nawiązując rzecz do przedstawionego i omówionego powyżej przypadku, kol. Kadyi okazuje kościec (kręgosłup i żebra) z podobną zmianą utworową. Na kośćcu tym widać żebra dodatkowe na 7 kręgu szyjnym, brak zupełny żeber dwunastego kręgu piersiowego; żeber jest razem 12 par, pozornie więc 6 kręgów szyjnych i 6 kręgów lędźwiowych.

Kol. Jasiński: »Mózg jako narząd wyobraźni«. Prelegent swój wykład, oparty na tle psychologii, ilustrował licznymi przykładami z życia.

Kol. Mars: »O wycinaniu macicy przez pochwę«. Na wstępie podaje prelegent daty statystyczne przypadków operowanych w klinice położ.-ginekol. Na 50 przypadków wycięcia macicy, 25 razy operowano metodą Doyena, a 8 razy metodą Döderleina.

Opisawszy pokrótce oba sposoby, prelegent okazuje preparaty z macic wyciętych metodą Döderleina i zastanawia się nad zaletami tej metody. Korzyści, dla których Döderlein podał swój sposób, t. j. uniknięcia zakażenia pola operacyjnego treścią jamy macicy, w metodzie tej Mars nie widzi; metoda jednak jest bardzo dobrą, gdyż daje wygodny dostęp, a zwłaszcza że niema obawy uszkodzenia tylnej ściany pęcherza z powodu cięcia w tylnem sklepieniu. Metodą tą daje się z łatwością operować bardzo znaczne guzy macicy, a kol. Mars radzi jej używać we wszystkich tych przypadkach, gdzie guz da się jeszcze wtłoczyć do miednicy małej.

Na zapytanie kol. Barącza, jakich używa narzędzi i jak zaopatruje jamę otrzewną, kol. Mars odpowiada, że operuje narzędziami zwykłemi, prostemi, zaopatrzenie zaś jamy otrzewnej (zaszycie otrzewnej, lub sączkowanie) zależy od poszczególnych przypadków i oceny operującego.

Dr. J. Krzyszkowski, sekretarz.

Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie z dnia 21. listopada 1901.

Przewodniczący Radca Dworu Prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych dziesięciu.

1) Przewodniczący wzywa do oddania czci dwom zmarłym fabrykantom przetworów leczniczych, a mianowicie Maryanowi Zahradnikowi w Złoczowie, który fabrykacyę kapsułek leczniczych doprowadził do tej doskonałości, że znalazły popyt znaczny po za granicami kraju i ś. p. Karolowi Rzący, który niestrudzoną pracą doprowadził do doskonałości wyrób wód leczniczych sztucznych. Obydwaj producenci zasięgali zawsze porady u komisyi przemysłowo-lekarskiej i poddawali się chętnie jej kontroli.

2) Przewodniczący zawiadamia, że Towarzystwo lekarskie na posiedzeniu w dniu 23. I. 1901. z powodów formalnych nie przychyliło się do wniosku, ażeby polecić alkohol bezwodny, wyrabiany przez jedną z fabryk krajowych. Ponieważ bez mała cała ilość alkoholu bezwodnego, zapotrzebowanego w pokaźnej ilości przez pracownie naukowe, sprowadzaną bywa z zakładów aptecznych pozakrajowych, przewodniczący wyraża zdanie, że byłoby rzeczą pożądaną, żeby krajowi producenci celem wyrugowania przetworów obcych zgłosili ponownie okazy wyskoku bezwodnego do jednej z istniejących w kraju komisyj przemysłowo-lekarskich.

3) Co do pastylek z chlorku sodu i węglanu sodowego wyrobu ś. p. M. Zahradnika, które służyć mają do sporządzania normalnych rozczynów do wlewań podskórnych, przyjęto do wiadomości orzeczenie Prof. Dra. Rosnera, że postać ta jest bardzo praktyczna i orzeczenie Dra Latkowskiego, z którego to orzeczenia wynika, że pastylki te zawierają w sobie składniki chemicznie zupełnie czyste. To też Komisya uchwaliła zachęcić spadkobierców ś. p. Zahradnika do wyrabiania w sposób fabryczny tychże pastylek.

4) Na podstawie opinii Prof. Dra Łazarskiego uznano, że mydło glicerynowe, wyrabiane przez jednego z aptekarzy, nie nadaje się do polecenia, jakiego od Komisyi przemysłowo-lekarskiej żąda, a to z powodu, że mydło to jest rozczynem wyskokowym mydła szarego o znacznej alkaliczności, zaprawionym gliceryną i olejkami eterycznymi.

5) Takież same orzeczenia wydano co do wina i koniaku z somatozą, którego próbę nadesłał jeden z aptekarzy, a to z powodu, że wyrabianie tych przetworów w sposób fabryczny jest zbyteczne, a każda apteka przetwory te bez trudu wyrabiać może.

6) Uchwalono zawezwać Zarząd Zakładu kefirowego w Krakowie, żeby dbał o większe przestrzeganie jednostajności wyrabianego przetworu.

7) Odczytano list Prof. Dra. Wicherkiewicza, w którym oceniając na prośbę Komisyi sposób wyrabiania narzędzi okulistycznych w pracowni P. Ornatowskiego w Krakowie, wyraża się korzystnie o wyrobie tychże narzędzi. — Jest rzeczą pożądaną, ażeby na przyszłość wyrób innych narzędzi odbywał się w sposób więcej jednolity.

8) Przyjęto wniosek Doc. Dra Lembergera, ażeby ujednostajnić wyrabianie boroglicerynolanoliny, które dotąd prawie każda apteka wyrabia w sposób, jaki jej wydaje się za najodpowiedniejszy. Sprawę tę przyobiecał przedstawić senior gremium aptekarskiego, P. Heller na najbliższem gremium.

9) Uznano za stosowne, ażeby w klinice chorób wewnętrznych przedsiębrane zostały jeszcze dalsze doświadczenia z kreosalbiną wyrobu Dra. Leona Karwackiego.

10) Uznano za konieczne, by lód krystaliczny, wyrabiany przez fabrykę krakowską, bywał poddawany badaniom, któreby odnosiły się do składu chemicznego i bakteryologicznego.

11) Wobec bardzo starannego wyrobu przetworów organoterapeutycznych aptekarza P. Hellera w Krakowie komisya uchwaliła zachęcić go, aby wyroby swe rozszerzył także i na inne przetwory organo-terapeutyczne. Uchwalono najnowszy przetwór pod nazwą »splenina«, zamożny w organiczne sole żeleziste, poruczyć klinice chorób wewnętrznych do zbadania.

12) W sprawie wyrobu konserw jarzynowych i owocowych z fabryki H. Kempfego w Lubyczy Królewskiej przyjęto tymczasowy referat pisemny Prof. Dra Bujwida w następującej osnowie: »Badanie wykazało, że warzywa: groszek, fasola, szparagi, przygotowane są bez dodania żadnych substacyj przeciwgnilnych, jedynie w wodzie ugotowane w dobrze uszczelnionych pudełkach blaszanych. Konserwy zachowują się wybornie w przeciągu ośmiu miesięcy bez żadnej zmiany. Próby bakteryologiczne wykazały, że produkta są zupełnie jałowe, bez bakteryj. Smak konserw nie jest zmieniony, i są one podobne, a raczej w niczem nie ustępują świeżo przyrządzonym. Przed ostatecznem wydaniem opinii jest rzeczą konieczną, ażeby i tegoroczna fabrykacya poddaną została ponownemu badaniu. Potrzebny po temu materyał fabrykant dostarczyć winien«.

13) W sprawie tylokrotnie poruszanego wyrobu wina borówkowego uchwalono odnieść się do Izby handlowo-przemysłowej w Krakowie, ażeby starała się o zmianę ustaw skarbowych, gdyż bez tej zmiany tak wielce dla producentów uciążliwych przepisów skarbowych, żaden z fabrykantów nie chce się podjąć fabrykacyi tego przetworu na większą skalę.

14) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie Prof. Kadera o obecnym stanie fabrykacyi przetworów opatrunkowych M. L. Dobrowolskiego w Podgórzu. Komisya podziela zdanie referenta, że na etykietach waty i gazy nie powinno się umieszczać napisów, że przetwory te są sterylizowane, gdyż to nie jednego lekarza w błąd wprowadzić może.

15) Inne sprawy, jak szczepienie bydła tuberkuliną, popieranie miodów pitnych, porterów krajowych, jarzyn i owoców suszonych, wreszcie pieczywa leczniczego, odłożono na później by módz dokończyć rozpoczęte badania.

16) Uchwalono jednomyślnie nie przyjąć rezygnacyi Prof. Dra Bujwida, który zgłosił wystąpienie z Komisyi z powodu licznych zajęć i braku czasu; przyjęto natomiast jednogłośnie wniosek przewodniczącego, ażeby osobnem pismem skłonić Prof. Bujwida do pozostania w Komisyi.

17) Przewodniczący z dowodami w ręku wyraża zdziwienie, jak chętnie i łatwo lekarze polscy udzielają pisemnych atestów wodom leczniczym zagranicznym. Atesty te wprowadzają w błąd publiczność i w wysokim stopniu szkodzą zdrojowiskom krajowym. Przewodniczący wnosi, ażeby w protokóle z niniejszego posiedzenia zwrócić uwagę kolegów, ażeby byli ostrożniejsi w wystawianiu poświadczeń dla wód obcych, w przeciwnym razie Komisya byłaby zmuszoną sprawie tej nadać większy rozgłos. Wniosek ten jednogłośnie uchwalono.

18) Przewodniczący przedkłada cenniki składów warszawskich, z których okazuje się, że wody mineralne galicyjskie sprzedawane bywają w Warszawie po cenach nadmiernie wysokich, co bardzo nieko-

rzystnie oddziaływać musi na eksport tych wód mineralnych galicyjskich nie tylko do Królestwa Polskiego, ale i do Cesarstwa Rosyjskiego. Nad tą sprawą rozwinęła się bardzo ożywiona dyskusya, z której wyłonił się wniosek, ażeby wszelkimi środkami starać się o obniżenie cen wód galicyjskich w warszawskich składach wód mineralnych. Senior gremium aptekarskiego p. Heller podjął się przy najbliższej bytności w Warszawie rzecz zbadać i zawiadomić Komisyę o wyniku swych starań.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Michał Śliwiński, sekretarz Komisyi.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy.

Sprawozdanie z XV. posiedzenia Wydziału, odbytego dnia 12, grudnia 1901 r.

Po powitaniu przez przewodniczącego nowo wybranego na II. walnem zgromadzeniu Wydziału, rozpoczęto obrady nad korespondencyą Dra Piórki w sprawie projektu o przymusowem ubezpieczeniu lekarzy. Uchwalono, że odpowiedź na tę korespondencyę zredaguje i ogłosi w »Przeglądzie lekarskim« referent projektu, prof. Jordan. Odczytano pismo komitetu II. Zjazdu lekarzy okręgowych, w którem zebrani na Zjeździe zawiadamiają Wydział, że w zupełności solidaryzują się z projektem przymusowego ubezpieczenia, uchwalonem przez II. walne zgromadzenie. Uchwalono odpowiedzieć dziękczynnie za wyrażone w piśmie tem słowa życzliwej zachęty. Następnie w myśl wniosku Dra Zasackiego, przysłanego na piśmie, wybrano z łona Wydziału komisyę redakcyjną, do której weszli kol. Ciechanowski, Langie i Weinsberg, a która ma za zadanie poruszać w regularnych odstępach czasu kwestye ogólno-lekarskie w pismach publicznych, nie fachowych lekarskich. Wreszcie uchwalono kredyt na wszelkie wydatki, połączone z opracowaniem prawniczem petycyi i projektu ubezpieczenia, mających być przesłanych do c. k. Rządu i parlamentu. (Streszczenie protokółu). *Dr. Langie*, I. sekretarz.

Sprawozdanie z XVI. posiedzenia Wydziału, odbytego dnia 30. grudnia 1901 r.

Na prośbę pani B., wdowy po lekarzu, uchwalono wyasygnować jej tytułem jednorazowej zapomogi 200 koron.

Przyjęto ofiarowane 50 koron na cele Towarzystwa przez dzierżawcę apteki »pod Złotym orłem« w Krakowie p. Karola Jahra, zamiast powinszowań noworocznych.

Skarbnik przedstawił stan kasy od ostatniego zamknięcia rachunków. Sekretarz zawiadomił, że od II. Walnego zgromadzenia przystąpiło 14 nowych członków do Towarzystwa. W końcu rozdzielono między poszczególnych referentów wszystkie wnioski, przekazane Wydziałowi przez Walne zgromadzenie, oraz nadesłane pisemnie przez członków. (Streszczenie protokołu). *Dr. Langie*, I. sekretarz.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1898.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

2. Śmiertelność według przyczyn.

1. *Na wrodzony brak sił żywotnych* podano w r. 1898 zmarłych w Galicyi 4.101 dzieci; w r. 1897: 7029, — w r. 1896: 15.154. — Liczba ta więc maleje znacznie z tej przyczyny, że lekarze urzędowi coraz to więcej trzymają się przy rewizyi wyciągów metrykalnych przepisów instrukcyi z r. 1895., podług której należą do tej rubryki tylko dzieci przedwcześnie urodzone i potwory.

2. *Gruźlica.* Dział bajecznie krótki; — dowiadujemy się z niego, że w r. 1898 wykazano w Galicyi 23.101 zmarłych na gruźlicę, czyli 3·49‰ ludności (1890) a 11·7% wszystkich zmarłych; w r. 1897 było: 22.668, czyli 3·47‰; w r. 1896: 23.504, czyli 3·5‰ — w r. 1895: 24.348 czyli 3·7‰. — Następuje tablica, wykazująca śmiertelność w pojedynczych powiatach, dalej uwaga, że największą śmiertelnością odznaczają się od lat miasta Lwów i Kraków i ich okolice, a przyczyną tego złe mieszkania i nędza. Najmniejszą śmiertelność wykazują powiat Liski, Łańcucki i Dąbrowski. Cały ustęp o śmiertelności z gruźlicy obejmuje, — pomijając tablicę powiatów, — 32 wiersze druku. Zdaje nam się, że jak na obecną chwilę, kiedy dla zwalczenia gruźlicy zwołuje się liczne kongresy, pisze tomy całe o jej postępach, układa się najrozmaitsze tablice statystyczne i t. d., jest to nieco mało. — Pożądanemi byłyby tu wiadomości: o stosunku perlicy u bydła do gruźlicy u ludzi, — zestawienie ilości zmarłych na gruźlicę ze względu na wiek, — porównanie śmiertelności ludności rolnej a fabrycznej, — porównanie (choć w przybliżeniu) liczby chorych do liczby zmarłych (wykazy szpitalne), — porównanie Galicyi z innemi prowincyami (które, mówiąc nawiasem, wypada nie najgorzej dla Galicyi), — wiadomość od zarządów kas chorych o liczbie chorych, leczonych na gruźlicę na ich koszt, — wreszcie, co najważniejsze, — wiadomości o zarządzeniach władzy celem powstrzymania szerzenia się gruźlicy, a więc w pierwszym rzędzie, czy gruźlica została zaliczoną do chorób zakaźnych, o których lekarz ma obowiazek donosić władzy i które czynią uczęszczanie chorych na gruźlicę razem ze zdrowymi do szkół publicznych niemożliwem?

Postulatów tych nie moglibyśmy stawiać, gdyby przy innych chorobach, — zwłaszcza zakaźnych. — spraw tych nie omawiano i gdyby chodziło o cierpienie mniej ważne, mniej zabierające ofiar i mniej niebezpieczne dla otoczenia.

3. *Na zapalenie płuc* zmarło w r. 1898 — 23.038 osób, t. j. 3·48‰ ludności, a 11·66% wszystkich zmarłych, — liczby prawie jednakie od paru lat. Zdaje się, że wiele przypadków gruźlicy zostało fałszywie zaliczonych do tej rubryki. Tak n. p. powiat Dąbrowski, który okazywał najniższą śmiertelność z gruźlicy (1·3‰), okazuje bardzo wysoką śmiertelność z zapalenia płuc, aż 7·1‰.

4. *Na błonicę* zmarło w r. 1898 w Galicyi 9.396 osób, t. j. 1·42‰ ludności, a 4·77% wszystkich zmarłych. Od r. 1895, w którym zaczęto używać w leczeniu surowicy przeciwbłoniczej, zmniejsza się śmiertelność znacznie, a mianowicie:

w r. 1895	zmarło na błonicę	13.987	osób	t. j.	2·1‰	lud.
„ 1896	„ „ „	13.171	„	„	1·99‰	„
„ 1897	„ „ „	12.167	„	„	1·9‰	„
„ 1998	„ „ „	9.396	„	„	1·42‰	„

Nie ulega wątpliwości, że lata następne wykażą dalsze postępy w tym kierunku. O ile doszło do wiadomości władz używano w 365 przypadkach surowicy prof. Bujwida, w 206 Paltaufa, a w 12 Behringa. Surowicą leczono we Lwowie 350 chorych, z których 84% wyzdrowiało. Natomiast w Krakowie leczono 218 chorych, z których wyzdrowiało tylko 72.4%. Tę znaczną różnicę wytłómaczyć można chyba tem, że lekarze krakowscy prawdopodobnie nie wszystkie przypadki błonicy, leczone w praktyce prywatnej, podali do wiadomości władzy; a właśnie chorzy, leczeni w praktyce prywatnej, dają o wiele lepsze wyniki, niż w szpitalu, gdzie dostają się przeważnie przypadki zaniedbane i ciężkie. Stwierdza to dobitnie przytoczony w sprawozdaniu przykład Lwowa, gdzie na 178 leczonych w szpitalu wyzdrowiało 75·3% a na 172 leczonych prywatnie wyzdrowiało 94·1%.

Ale wspomniawszy raz o tem, że lekarze nie zawsze spełniają swój obowiązek donoszenia władzy o każdym przypadku choroby zakaźnej, musimy podnieść, że — przynajmniej odnośnie do błonicy, — zaniedbanie tego obowiązku jest chyba bardzo częste; gdyż na innej drodze wytłómaczyć sobie nie można faktu następującego: Sprawozdanie podaje liczbę zmarłych w r. 1898 w Galicyi na błonię 9.396 osób.

Kilka zaś wierszy niżej czytamy: „Podług wykazów lekarzy urzędowych stwierdzono urzędownie błonicę w 272 miejscowościach... (a więc zapadnięcie na błonicę, nie śmierć). Na 2.399 chorych było dzieci do lat 10 wieku 2 207... i t d.“ Z tego wniosek logiczny wysnuć się daje, że władze urzędownie wiedziały tylko o tych 2 399 chorych na błonicę, z których zmarło 851 osób, — a więc, że tylko o tych przypadkach zasłabnięcia władzy doniesiono. Dopiero z wykazów śmierci dowiedziały się władze, że w Galicyi w r. 1898 zmarło nie 851, lecz 9.396 osób! Przyjąwszy śmiertelność z błonicy na 22$^0/_0$ chorych[7]), obliczyć można w przybliżeniu, że jeśli w r. 1898 zmarło w Galicyi na błonicę 9.396 osób, to chorych było około 41.700 osób, podczas gdy władze wiedziały tylko o 2.399 chorych. Czy można w tych warunkach żądać, by władze mogły skutecznie zapobiegać szerzeniu się błonicy, by dzieci zdrowe z rodzin tą chorobą dotkniętych nie uczęszczały do szkoły, by zarządziły desinfekcyę w mieszkaniach, gdzie leżał chory na błonicę, i t. d.?

W każdym razie sprawozdanie winno było podnieść tę okoliczność i zaznaczyć, jakie środki przedsięwzięto, by temu złemu zaradzić. — Lecz sprawa to w ogóle nie jasna: w Sprawozdaniu czytamy (dosłownie):... „w mieście Lwowie było 265 chorych z śmiertelnością 24·1$^0/_0$...“, a dziesięć wierszy niżej: „Surowicą przeciwbłoniczą leczono w mieście Lwowie 350 chorych...“ — Mimo woli nasuwa się uwaga, że jeśli władze wiedziały, że leczono na błonicę 350 chorych, toż musiały wiedzieć, że tyleż, — a nie tylko 265, — było chorych. Jak to wytłómaczyć, kogo o błąd obwiniać, zgadnąć trudno; — samo zaś Sprawozdanie sprawy wcale nie wyjaśnia.

Podobnież stosunek zmarłych na inne choroby zakaźne do ilości urzędownie stwierdzonych zasłabnięć nasuwa też same uwagi, których też w dalszym ciągu powtarzać nie będziemy.

5) *Na krztusiec* zmarło w r. 1898 w Galicyi 7.383 osób, t. j. 1·11$^0/_{00}$ ludności, a więc mniej niż kiedykolwiek od 27 lat.

6) *Na ospę* zmarło w r. 1898 w Galicyi 2.003 osób, t. j. 0·33$^0/_{00}$ ludności. Jeśli liczby te porównamy z liczbami z r. 1873, — a mianowicie 26.132 osób, t. j. 4·82$^0/_{00}$ ludności, — wtedy możemy ocenić ogromny postęp, jaki osiągnęliśmy. Ale podczas gdy do r. 1880 liczba przeciętna w całej monarchii była wyższą, niż w Galicyi, to od roku 1890 liczba w Galicyi jest większą; — a w ostatnich 3 latach stale i znacznie się powiększa:

w r. 1896 zm. w Galicyi 594 os. w cał. Austr. 77 os. na Bukow. 202
„ 1897 „ „ 1.161 „ „ „ 49 „ „ „ 206
„ 1898 „ „ 2.003 „ „ „ ? „ „ „ ?

Najwięcej przypadków było w powiecie podhajeckim, gdzie od r. 1896 stale się szerzy; dalej w rzeszowskim, w powiatach graniczących z Bukowiną, a wreszcie w stanisławowskim. — Ogółem leczono osób szczepionych 3.834 ze śmiertelnością 6·1$^0/_0$, zaś 3.162 nieszczepionych ze śmiertelnością 31·3$^0/_0$.

7) *Na płonicę* zmarło w r. 1898 w Galicyi 10.340 osób, t. j. 1·56$^0/_{00}$ ludności. Jest to od r. 1873, od którego mamy dokładniejsze daty śmiertelności, najwyższa liczba. Bo też nie było w Galicyi powiatu, gdzieby nie stwierdzono płonicy; najsilniej występowała w powiatach: nowotarskim, krakowskim, doliniańskim, borszczowskim, lwowskim i t. d. Leczono w ogóle 22.624 chorych, t. j. 13·2$^0/_{00}$ całej ludności; z tych zmarło 5.421 osób. (O śmierci drugich 5.000 dowiedziały się władze widocznie dopiero z wykazów śmierci).

8) *Na odrę* zmarło w r. 1898 w Galicyi 8.018 osób, t. j. 1·21$^0/_{00}$ ludności (w 1896 r. 0·5$^0/_{00}$, w 1897 r. 0·47$^0/_{00}$). Tylko trzy powiaty miały być wolne od odry. Zgłoszono 47 862 chorych. Mimo woli nasuwa się tu wątpliwość, czy wszystkie zgłoszone przypadki były odrą, bo zgłoszeń innych chorób zakaźnych było znacznie mniej (błonicy 2·399, krztuśca 26.132, płonicy 22.624 chorych i t. d.)

[7]) Patrz: »Sprawozdanie Tow. opieki szpitalnej w Krakowie z r. 1898«.

9. *Na dur plamisty* zmarło w r. 1898 w Galicyi 521 osób, t. j. 0·07$^0/_{00}$ ludności (w 1896 r. 0.15$^0/_{00}$, w 1896 r. 0·06$^0/_{00}$). Choroba ta pojawia się i utrzymuje głównie we wschodnich powiatach, zwłaszcza w tych, które były nawiedzone klęską głodową (Trembowla, Śniatyn, Żydaczów). — „Co się tyczy przyczyny powstania duru w ogóle, trzeba podnieść przedewszystkiem, jak już w poprzednich latach wspomniano, endemiczne niejako pojawianie się tej choroby w wielu powiatach wschodnich, z drugiej strony zaś częste dosyć zawlekanie z Rossyi...“ Ustęp powyższy umieściliśmy dosłownie i dodajemy do niego uwagi następujące: przypadków śmierci z duru plamistego stwierdzono

w r. 1895 w cał. Austr. (z Bukow.) 25, — w Galicyi sam. 1088
„ 1896 „ „ „ 35, (29*) „ „ 992 (980*)
„ 1897 „ „ „ 30*) — „ „ 435 (423*)
„ 1898 „ „ „ ? — „ „ 521

W r. 1899 pokazał się w Styczniu dur plamisty w Czechach naraz w 12 powiatach z 103 chorymi. Do kwietnia epidemia ta została zupełnie stłumioną. Po bardzo interesujące szczegóły tej walki z epidemią odsełamy ciekawych do „Ostr. Sanitätswesen“ z r. 1899 Nr. 36 albo do „Przegl. lek.“ z r. 1899 Nr. 37. — U nas każdego roku na 76 powiatów jest zaledwie kilka wolnych od epidemii, natomiast kilkadziesiąt takich, w których jest epidemia o mniejszem lub większem nasileniu. Co więcej: ze sprawozdań Rady zdrowia zebraliśmy 10 powiatów, — a nie można wykluczyć, czy ich nie było więcej — w których od r. 1894 do 1898 dur plamisty stale się gnieździ. Są to zapewne te, w których, jak mówi Sprawozdanie, — choroba ta „pojawia się niejako endemicznie“; są to powiaty: drohobycki, jaworowski, kamienecki, mościski, nadwórniański, podhajecki, rawski, stryjski, złoczowski i żydaczowski, — a także miasta Lwów i Kraków.

Zestawienia te nie wypadają niestety na korzyść Galicyi. Nie ulega jednak wątpliwości, że wobec niezawiadamiania władz o pojawianiu się pierwszych przypadków, wobec braku szpitali, a zwłaszcza pawilonów izolacyjnych, wobec nędzy i ciemnoty naszego ludu i t. d., nie można czynić odpowiedzialnymi za wykazane wyżej niedostatki tylko władze sanitarne Galicyi.

10) *Na dur brzuszny* wykazano w r. 1898 w Galicyi 3.220 zmarłych, t. j. 0.48$^0/_{00}$ ludności. Liczba zmarłych maleje od r. 1892 statecznie, spadając z 7.707 w r. 1892 do liczby obecnej, najniższej w ogóle od r. 1873. — Polepszenie to przypisuje Sprawozdanie głównie lepszemu zaopatrzeniu gmin w wodę do picia.

11) *Z czerwonki* była w r. 1898 śmiertelność również najmniejsza od r. 1873, wykazano tylko 2.172 zmarłych, t. j. 0·32$^0/_{00}$ ludności.

12) *Cholery azyatyckiej* nie było u nas od 22/I 1896 r.

13) *Na cholerę dzieci* wykazano 2.707 zmarłych, w tem z miasta Krakowa 191, ze Lwowa tylko 1 przypadek, co wyraźnie dowodzi różności zapatrywań lekarzy na rozpoznanie.

14) *Na cholerę swojską* wykazano w r. 1898 tylko 141 zmarłych.

15) *Na gorączkę połogową* wykazano 1.011 zmarłych (w 1897 r. 1.229, — w 1896 r. 1.363, — w 1895 r. 1.288). Jednak w Sprawozdaniu czytamy: „Jak długo przyczyna śmierci w wszystkich przypadkach nie będzie stwierdzaną przez lekarzy, tak długo nie można ufać liczbom zawartym w tej rubryce; gdyż z jednej strony wszystkie przypadki śmierci podczas porodu i połogu bywają wciągane do tej rubryki, — z drugiej strony jest prawie pewnem, że wiele przypadków gorączki połogowej, powstałej z winy nieukwalifikowanych akuszerek, bywa zatajanych i w innych rubrykach wykazanych“. — Kilka wierszy dalej czytamy: „W Bochni umarły dwie położnice, obsługiwane przez jedną aku-

*) Liczby podane w nawiasach czerpiemy z publikacyi centr Komisyi statyst. za lata odpowiednie. Nie znamy przyczyn, z jakich liczby te nieco od liczby Sprawozdania się różnią. Ale różnice te są tylko drobne.

szerkę, która w 18 godzin po śmierci jednej udała się do drugiej. Zarządzone z polecenia Namiestnictwa dochodzenie pozostało bez skutku, ponieważ śledztwo sądowe zostało wstrzymane z polecenia prokuratoryi"(!).

16) *Choroby zakaźne przyrANNE.* Zaliczyć tu należy (według instrukcyi): różę, ropówkę (*phlegmone*), zapalenie naczyń chłonnych (*lymphangoitis*).. ropnicę, posocznicę i tężec. Wątpić jednak można, czy lekarze idą za tą wskazówką. Tak na 477 przypadków śmierci tu wykazanych aż 116 pochodzi z Krakowa, zaś tylko 19 ze Lwowa.

17) *Z innych chorób zakaźnych* wykazano w r. 1898 w Galicyi 568 zmarłych (grypa 193, zapalenie błon mózgowo-rdzoniowych epid. 91, zimnica 169 i po kilka, „posocznica, tęża, róża" i t. d.)

18) Z chorób zakaźnych przeniesionych ze zwierząt (*Zoonoses*) było w 1898 r. 53 zmarłych (z wąglika 43, wścieklizny 8).

W zakładzie dla szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie, utrzymywanym przez prof. Bujwida w Krakowie, szczepiono 385 osób (dwie zmarły), z tych 288 z Galicyi.

19) *Na udar mózgowy* zmarło w r. 1898 w Galicyi 1457 osób.

20) *Na organiczne wady serca i choroby naczyń krwionośnych* 2.416 osób.

21) *Na nowotwory złośliwe* 1.947 (w 1895 r. 1.604., w 1896 r. 1.758 w 1897 r 1851)

22) Wskutek *innych naturalnych przyczyn* zmarło w r. 1898 aż 90.409 osób t. j. 13.68‰ ludności, a 45.9% wszystkich zmarłych. Od r. 1895 liczby w tej rubryce stale się wzmagają (!)

23) Z powodu *przypadkowego śmiertelnego uszkodzenia* zmarło 1.611 osób, najczęściej z powodu utonięcia (461), oparzenia (326), zranienia (111), zabicia drzewem w lesie (100), rażenia piorunem (59) i t. d. Jak widzimy przemysł nie odgrywa tu prawie żadnej roli.

24) Liczba samobójstw zmniejsza się; w r. 1898 wynosiła 363.

25) Liczba zabójstw i morderstw również maleje; w r. 1898 było 122. (Ciąg dalszy nast.)

Wydział Tow. Samopomocy lekarzy otrzymał następujące pismo:

„Lekarze okręgowi, zebrani na Zjeździe II-gim w dniu 23 listopada 1901 r. we Lwowie, w zupełności solidaryzują się z projektem Radcy Dworu prof. Dra Jordana o przymusowem ubezpieczeniu lekarzy w Austryi, — a uznając działalność tego Towarzystwa, które w tak krótkim czasie poruszyło wiele ważnych w interesie lekarzy spraw, — upoważnili mnie do złożenia oświadczenia w ręce Wydziału Tow. Samopomocy lek. że dołożą starań, by jak najwięcej członków temu Towarzystwu przysporzyć. Również w imieniu komitetu II Zjazdu lekarzy okręgowych zaznaczam, że lekarze ci zawiadomieni byli tydzień przed 23 listopada o mającym się odbyć Zjeździe we Lwowie i dla tego też termina obydwu Zjazdów wypadły tak blizko siebie. Komitet nie wiedział bowiem, że 24 listopada odbędzie się Walne zgromadzenie Tow. Samopomocy, a potem późno już było na odwołanie Zjazdu; w przyszłości jednak zawsze przed oznaczeniem terminu Zjazdu Komitet znosić się będzie w tej mierze z Wydziałem Tow. Samop. lekarzy".

Dr. Józef Bednarski m. p.
członek komitetu Zjazdu lek. okręgowych.

Na powyższe pismo odpowiedział Wydział Tow. Samop. lek., wyrażając Prezydyum Zjazdów lekarzy okręgowych serdeczne podziękowanie za solidarne popieranie jego usiłowań, oraz za tak życzliwe i pełne zachęty wyrazy. Zarazem zaznaczył Wydział, że cele Tow. Samopomocy i Zjazdów lek. okręg. są wspólne, toteż razem i zgodnie działając, a popierając się wzajemnie w pracy około polepszenia smutnej doli kolegów, najprędzej zadaniu temu sprostać będzie można. Wydział Tow. Samopomocy lek. pragnie gorąco, aby węzeł solidarności, zadzierzgnięty obecnie przez Komitet Zjazdu lekarzy okręgowych, nigdy się nie rozluźnił, — dołoży przeto ze swej strony wszelkich starań, żeby go wzmocnić i utrwalić na zawsze.

Dr. Langie, sekretarz Tow. Samop. lek.

Sprawozdanie

Zakładu szczepień ochronnych przeciwko wodowstrętowi w Krakowie za miesiąc grudzień 1901

W miesiącu tym leczono ogółem osób 69; w liczbie tej 6 osób pozostałych w leczeniu z miesiąca listopada, 19 osób pozostaje nadal w leczeniu na miesiąc styczeń 1902.

Od początku roku 1901 do dnia 31 grudnia 1901 leczono **ogółem 647 osób.**

Wykaz 63 osób, leczonych w miesiącu grudniu, ze względu na rodzaj pokąsania:

POKĄSANIE	A. Wściekliznę stwierdzono przez: szczepienie próbne cząstki mózgu (sub duram) królikowi	B. sekcyę weterynarską	C. Zwierzęta podejrzane	Ogółem
w twarz i głowę	—	3	1	4
w kończyny górne i tułów	—	32	12	44
w kończyny dolne	—	8	7	15
w ciało gołe	—	21	10	31
przez ubranie	—	22	10	32
Ogółem	—	43	20	63

Zwierzęta kąsające były w 62 przypadkach psy, w 1 przypadku człowiek chory na wodowstręt. 1 psa szczepiono ochronnie.

Kraków, dnia 1 stycznia 1902 r.

O. Bujwid, Dyrektor Zakładu, m. p.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 16 stycznia.

Z Towarzystwa Samopomocy lekarzy otrzymujemy następującą odezwę z prośbą o ogłoszenie:

»Koledzy! Na wniosek jednego z członków Towarzystwa Samopomocy lekarzy zawiązała się w łonie Wydziału tegoż Towarzystwa osobna »Komisya prasowa«, której zadaniem jest starać się o to, aby w obronie interesów ogólno lekarskich pojawiały się od czasu do czasu artykuły w dziennikach publicznych, nie zawodowych. lwowskich i krakowskich. Przypuszczać należy, że działanie takiej Komisyi prasowej, jako jednolite i świadome celu, a często się powtarzające, większy może wywrzeć skutek, niż rozprószone i nieliczne zresztą dotychczas w tych sprawach głosy dziennikarskie.

W tym też celu zwraca się obecnie Komisya prasowa Towarz. Samopomocy lekarzy do wszystkich Kolegów, bez względu na to, czy są członkami Towarzystwa czy nie, z uprzejmą prośbą o dostarczanie jej materyału w formie krótszych lub dłuższych korespondencyi. Korespondencye te powinny być treściwe i nie potrzebują być obrobione przez piszącego po literacku, gdyż tem zajmie się już Komisya, dla której mają one tylko służyć jako źródła i wskazówki, co piszący pragnąłby, aby w prasie codziennej zostało poruszone i w jakim duchu. Wyraźnie jednak zaznaczamy, że tylko te korespondencye będą zużytkowane, które omawiać będą ogólne interesa całego stanu lekarskiego, lub też poszczególnych jego grup. jak lekarzy okręgowych, gminnych, miejskich, rządowych, kolejowych, szpitalnych i t. d. i t. d., — nigdy zaś pisma w sprawach czysto prywatnych lub osobistych. Rozumie się też samo przez się, że ani korespondencyi bezimiennych, ani skarg i zarzutów, czynionych choćby w interesie pewnej grupy lekarzy, lecz nie popartych dostatecznymi dowodami, Komisya uwzględniać nie może. Nazwisko autorów, niezbędnie potrzebne do wiadomości samej tylko Komisyi, pozostaje ścisłą tajemnicą.

Wszelkie korespondencye nadsyłać należy pod adresem I-go sekretarza Tow. Samopomocy lekarzy, Dra Adama Langiego *(Kraków, ul. Sławkowska, 31)*, z wyraźnym dopiskiem »przeznaczone dla Komisyi prasowej«. *Langie, Weinsberg, Ciechanowski.*

Kraków w styczniu 1902 r.

Od Prof. Ed. Korczyńskiego otrzymaliśmy następujące wezwanie do ogłoszenia:

»Pragnąc uzupełnić bibliotekę balneologiczną, której zawiązek znajduje się w klinice chorób wewnętrznych, upraszam P. P. lekarzy zdrojowych i Zarządy zdrojowo-kąpielowe o nadesłanie w darze roz-

praw, sprawozdań i wykazów statystycznych w ostatnich latach 20 ze zdrojowisk i uzdrowisk krajowych drukiem ogłoszonych. Czasopisma lekarskie polskie proszą o łaskawe powtórzenie tej odezwy.«

Kraków dnia 13 stycznia 1902.

Prof. Dr. Edward Korczyński.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie administracyjne, na którem urzędnicy Towarzystwa zdal sprawę z swej całorocznej działalności.

* Sekcya lekarska XI-go Zjazdu lekarzy i przyrodników rosyjskich uchwaliła na wniosek swego przewodniczącego prof. Łukijanowa przesłać na ręce dziekana Wydziału lekar. Uniw. Jag. szczere podziękowanie za wyrażone Zjazdowi przez licznych pojedynczych członków Wydziału życzenia obfitego plonu naukowego.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień LI (od 15 do 21—XII). Ogólna liczba mieszkańców wraz z wojskiem wynosi 91.323. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 3. urodziło się dzieci 42, zmarło osób 59, mianowicie: z gruźlicy 15 (5 zamiejscowych), z zapalenia płuc 4, z błonicy i dławca 2 (1 zam.), z krztuśćca 1, z płonicy 2 (1 zam.), z duru brzusznego 2 (1 zam.), z cholery niemowląt 2.

Tydzień LII (od 22 do 28—XII): zawarto małżeństw 6, urodziło się dzieci 106, zmarło osób 36, mianowicie: z gruźlicy 10 (4 zam.), z zapalenia płuc 3 (1 zam.), z dławca i błonicy 1, z krztuśćca 1. z płonicy 3 (2 zam.), z odry 1.

* Zarząd Uniwersytetu w Halli podał do wiadomości następujące rozporządzenie: zawiadamia się słuchaczy płci żeńskiej, że począwszy od przyszłego półrocza świadectwa dojrzałości z gimnazyów rosyjskich nie będą uważane za wystarczające. Zarządzenie to nastąpiło wskutek petycyi do ministra oświaty studentek, posiadających niemieckie świadectwa dojrzałości, oświadczających się przeciw przypuszczeniu rosyanek niedostatecznie przygotowanych do studyów lekarskich. Podobną skargę wnieśli i słuchacze płci męzkiej do Wydziału lekarskiego.

* Zjazd balneologiczny odbędzie się w Stuttgardzie pod przewodnictwem Liebreicha od 7 do 11 marca b. r.

* Londyński bankier Cassel ofiarował 200.000 funtow szterlingów na założenie sanatoryum dla chorych na gruźlicę.

* »Kijewskoje Słowo« donosi, że w Humaniu powstaje Towarzystwo lekarskie; władza zatwierdziła już przedłożony jej statut.

* Nagroda Astley Coopera w kwocie 300 funtów ang. ma być nadawana co trzy lata autorowi najlepszej pracy »O patologii raka«. Rozprawa ma mieć tylko jednego autora; rękopis należy odesłać przed 1 stycznia 1904 r. do zarządu lekarskiego szpitala Guy w Londynie.

* Przyszły Zjazd lekarzy i przyrodników rosyjskich odbędzie się w Odesie 13 sierpnia 1904 roku.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Sendter i dr. Walkhoff otrzymali tytuł profesorski w Monachium. Docenci: Acher i Howald zostali mian. profesorami w Bernie. Profesorem terapii w Paryżu mian. został Gilbert. Prof. nadzw. dr. Drasch mian. został profesorem zwycz. histologii w Gracu.

Nekrologia. Dr. Pernice, prof. ginekologii, umarł w Gryfii. Kierownik kliniki lekar. w Brukseli, prof. Destrée, umarł w 43 roku życia. W Gandawie zmarł b. prof. Soupart, niegdyś głośny chirurg, w 91 r. życia.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 1. Gluziński: O wczesnem rozpoznawaniu raka żołądka. Wróblewski: Znieczulanie 25%-wym roztworem wyskokowym kokainy przy operacyach w nosie, gardzieli i krtani. — Nr. 2. Łapiński: Współczesne stanowisko, postępy i zakres ortopedyi. Gluziński: O wczesnem rozpoznawaniu raka żołądka (ciąg dalszy).

— *Kronika lekarska* Nr. 1. Higier: W sprawie zaburzeń potowo-wydzielniczych w »poliomyelitis anterior i posterior«. Niedzielski: W sprawie leczenia owrzodzeń podudzia.

— *Medycyna* Nr. 1 Goldflam: Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (dr. E. Flatau). Karwacki: Znaczenie rozpoznawcze pierwiastków morfotycznych płynu rdzeniowego. — Nr. 2. Karwacki: Znaczenie rozpoznawcze pierwiastków morfotycznych płynu rdzeniowego (c. d.). Goldflam. Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (dr. E. Flatau) (c. d.)

— *Nowiny lekarskie* Nr. 1. Dydyński: O porażeniu Landryego. Wróblewski: O wyłyżeczkowaniu macicy po poronieniach, jako operacya dla lekarza praktycznego.

— *Zdrowie* Nr. 1. Szyc: Nauczyciel wobec dzisiejszych wymagań higieny. W. Zawadzki: Higiena jubilerów. Żórawski: Gruźlica w świetle doświadczeń prof. Kocha. Gałecki: Suchoty płucne. Istota choroby, środki zapobiegawcze i zasady leczenia.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 2. Rubeška: O upotřebeni kaučukových balonů v porodnictwi (c. d.). Štýrb: Pavor diurnus a pavor nocturnus u dětí (dok.). Kopfstein: Zpráva o činnosti všeob. veř okresni nemocnice cisaře Františka Josefa I. w Mladé Boleslavi v prvémpětileti od r. 1897—1901 a operacich zde provedených.

— *La Presse médicale* Nr. 2. Brock: Uwagi ogólne o chorobach skórnych. Mignon: Rola przewodów nosowych w gruźlicy. Le Buchu: Leczenie rzeżączki. — Nr. 3. Delpeuch: Starożytność krzywicy. Dowody zaczerpnięte z sztuki i filologii. Constensoux: O przywróceniu tabetykom zdolności ruchowych tułowia.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 1. Badania serca za pomocą »ortodiagrafu«. Mathes: Przyczynek doświadczalny do sprawy o hematolizie. Lange: Dalsze doświadczenia nad ścięgnami z jedwabiu. Holtschmidt: Podskórne wstrzykiwania żelatyny w czerniaczce noworodków. Wiener: Przyczynek do leczenia pęknięć macicy. Rosenfeld: Biologia tłuszczu. Kelling: O ezofagoskopii, gastroskopii i kelioskopii. Bruns: Zastosowanie wózków do biegania (Laufwagen) w porażeniach kończyn dolnych. Cloetta: O nauczaniu farmakologii.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 2. Gussenbauer: Leczenie rozpadlin rzyci. Finger: Wrzód miękí a kiła. Landsteiner i Sturli: O hemaglutyninie surowicy prawidłowej. Schlesinger i Weichselbaum: Choroba przewodu pokarmowego, wywołana liszkami much *(Myiasis intestinalis)*. (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 2. Brat: Znaczenie kleju jako pożywki i o nowym środku spożywczym, zwanym »Gluton«. Weissbein: O niektórych nowych środkach spożywczych. Haasler: O schorzeniach następowych po czerwonce. Kolle i Martini. O dżumie. (c. d.). Jüttner: Uwagi krytyczne nad badaniem chemicznofizycznem wód mineralnych (c. d.).

Redakcya otrzymała: Rosner: 1) O powstawaniu ciąży bliźniaczej monochorialnej. 2) O opatrywaniu szypuły guzów brzusznych, wychodzących z części rodnych kobiecych. 3) W sprawie zabezpieczenia niektórych rodzących przed zakażeniem. 4) W sprawie etyologii złośliwego nowotworu nabłonków kosmkowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 22 stycznia, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy*, posiedzenie zwyczajne, na którem: 1) kol. prof. Kader przedstawi kilku chorych; 2) kol. dr. Frommer okaże nowy przyrząd chirurgiczny; 3) kol. dr. Bier mówić będzie „O nowoczesnych sposobach odkażania mieszkań". Część I. z demonstracyą przyrządów.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 25 Stycznia 1902. Nr. 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Kilka uwag nad wycinaniem macicy przez pochwę z uwzględnieniem metody Döderleina.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

Usiłowania, zmierzające do wycinania macicy przez pochwę, sięgają odległych czasów; atoli dopiero w ostatnich podał Czerny właściwy sposób postępowania i od tej chwili rozpoczął się szybki rozwój techniki tej operacyi, wykonywanej powszechnie, a prace późniejsze operatorów doprowadziły postępowanie to do wysokiej doskonałości. Operacya wycięcia macicy przez pochwę daje się wykonać z nadzwyczajną szybkością i zaliczyć się ją musi do zabiegów bardzo mało niebezpiecznych.

W miarę, jak się sposoby operowania rozwijały, wycinałem macicę przez pochwę za pomocą różnych metod. I tak pierwotną metodą według Czernego, wydobywałem ciało macicy raz przez tylne, to znowu przez przednie sklepienie, połowiłem ją sposobem Müllera, stosowałem cięcie Schchardta, wycinałem przydatki macicy, albo je zostawiałem, zaopatrywałem więzy szerokie podwiązkami, stosowałem kleszczyki Richelota, operowałem najwięcej metodą Doyena, a w końcu sposobem Döderleina.

Ogólnie powiedzieć mogę, że aczkolwiek pierwotne sposoby postępowania nasuwały różne trudności i obawy, to mimo to operowałem niemal zawsze szczęśliwie i chociaż się nie mogę wykazać zbyt liczną seryą operowanych przypadków, to przecież na 50 osób operowanych straciłem tylko jedną i to nie z powodu zabiegu operacyjnego. W przypadku, który straciłem, wyciąłem macicę, obarczoną włókniakami; operacya przebiegała gładko bez powikłań, a chora zmarła dnia 3-go z objawami niedomogi serca.

Zestawiając wynik oględzin pośmiertnych z przebiegiem pooperacyjnym tego przypadku, muszę przypisać zejście śmiertelne wpływowi narkozy chloroformowej na mięsień sercowy.

W czasach, gdy do zaopatrywania więzów szerokich używałem podwiązek, dwa razy widziałem, że znaczniejsza część więzu przeszła w obumarcie, a kikut wydzielił się wraz z podwiązkami. W jednym z tych przypadków chora gorączkowała dni kilkanaście, a w drugim wystąpiło zapalenie żył macicznych *(metrophlebitis)* z obrzmieniem kończyny dolnej. Obie pacyentki operowane były prywatnie.

Nadmienić muszę, że moje przypadki przeważnie operowane były w szkole akuszerek w Krakowie i w klinice lwowskiej, a tylko kilka prywatnie. Prócz kilku, wykonanych przez moich asystentów w mej obecności i przy mojej pomocy, resztę sam operowałem.

17 przypadków operowano różnemi metodami;
25 — metodą Doyena;
8 — sposobem podanym przez Döderleina.

Po ogłoszeniu przez Doyena jego metody, przekonawszy się z jaką szybkością i łatwością on to czynił, jak łatwo dają się więzy szerokie zaopatrywać, przydatki oglądnąć, operowałem tą jego metodą w ostatnich latach prawie wyłącznie i najwięcej przypadków. Metoda ta co do techniki operacyjnej zadowalniała mnie zupełnie, a wszystkie przypadki, operowane tą metodą, z wyjątkiem jednego przebiegały gładko i bezgorączkowo. Moczowodu nie nadwerężyłem nigdy. Raz w przypadku, gdzie rak przechodził na ścianę pęcherza moczowego, a przynajmniej zniszczył przednią ścianę szyi macicy, otwarłem pęcherz moczowy, który zaraz zaszyłem. Rana w pęcherzu się zgoiła, a przebieg pooperacyjny był niezamącony.

Postępowanie moje pooperacyjne było zgodne z postępowaniem przez wielu przyjętem i polecanem. Kleszczyki zdejmowałem zawsze z wyszukanemi ostrożnościami w 48 godzin. Gazę jodoformową, wprowadzoną do jamy brzucha, usuwano w dni 6—8 po operacyi i to nigdy odrazu, tylko zawsze o tyle, o ile dała się lekko wysunąć. Jeżeli przy pociąganiu napotykałem na opór, odcinałem kawałek wydobyty i pozostawiałem resztę do dni następnych, chociażby to i dłużej trwało.

Odnośnie do przebiegu pooperacyjnego tych przypadków wypada mi zanotować, że nigdy mi niewypadły jelita do pochwy po wydobyciu gazy użytej do opatrunku. Natomiast w jednym przypadku w ciągu następowego leczenia powstała przetoka jelitowo-pochwowa, najprawdopodobniej skutkiem ucisku na kiszkę zbyt wysoko założonych kleszczyków. W przypadku tym gaza niebyła dość wysoko założona do jamy brzucha, końce kleszczyków musiały sterczeć po nad gazą. Od tego czasu zwracam zawsze szczególniejszą uwagę na to, aby gazę wsunąć do jamy brzusznej wyżej, aniżeli sięgają końce kleszczyków.

Raz w jednym przypadku raka macicy, w którym więzy szerokie były bardzo wiotkie, a przydatki macicy dawały się ściągnąć przed części rodne łatwiej niż zwykle, pozostawiłem oba jajniki. W przypadku tym po wydobyciu gazy okazało się, że oba jajniki leżały w pochwie, a nad nimi znachodził się zaciągnięty otwór do jamy brzucha. Jajniki te musiałem następowo wyciąć, co przy opatrywaniu chorej prawie bez jej wiedzy zrobiono.

Używając kleszczyków do zaopatrywania więzów szerokich, zwracałem zawsze przed każdą operacyą szczególniejszą uwagę na stan, w jakim się znajdują i czy dobrze domykają i chwytają. Do operacyi brano tylko te, które

płótno w pojedyncze chwycone dobrze trzymały, a płótno się z nich przez pociąganie wysunąć nie dawało.

Zawsze używałem oryginalnych kleszczyków francuskich. Dwa razy zdejmując kleszczyki przekonałem się, że ramię było odłamane, co sądzę nastąpiło dlatego, że zbyt grubą warstwę tkaniny niemi ująłem. Mimo to w obu tych przypadkach żadnego krwotoku nie było, a gaza wydobyta wyglądała jak zwykle. Kleszczyki te miały ramiona na 3 ctm. długie; od tego czasu używam kleszczyków silniejszych.

Obawiając się, aby zaciśnięte kleszczyki nie popuściły w zamku przy przenoszeniu i ruchach chorej, wiązano jeszcze każde kleszczyki tuż przy uszkach do trzymania silną podwiązką jedwabną, jak to później polecił Zweifel. Ostrożność ta okazała się bardzo praktyczną, bo raz mieliśmy się sposobność przekonać, że kleszczyki, które były podczas operacyi na pewno zamknięte, później w zamknięciu się rozwiedły i byłaby może chora krwawiła, gdyby nie były podwiązką związane.

Raz tylko widziałem obfity następowy krwotok, ale w 21 dni po operacyi, gdy chora, prawie zupełnie ozdrowiona, miała już iść do domu. Przy badaniu dokładniejszem okazało się, że w szczycie pochwy była nieznaczna ściągnięta ranka, pokryta zdrową ziarniną, a na prawo od niej znajdował się lejkowaty zaułek, z którego krew jak z tętnicy spływała. U osoby tej niebawem przed krwotokiem podczas przestrzykiwania odszedł mały strzępek obumarłej tkanki. Sądzę, że odpadły obumarły kawałek tkanki obejmować musiał zakończenie przeciętej tętnicy macicznej lub jej większej gałązki i to w pobliżu rozgałęzienia, czyli w miejscu, w którem wytworzenie się czopa było utrudnione. W przypadku tym krwotok był znaczny; po dokładnem atoli zatamponowaniu ustał, a chora poszła niebawem zdrowa do domu. Naturalnem jest, że krwawienia tego niemożna łączyć w związek przyczynowy z użyciem kleszczyków.

Jak już wyżej zaznaczyłem, z metody operacyjnej Doyena byłem zadowolony, a przebieg pooperacyjny po użyciu kleszczyków bywał zawsze korzystniejszy, aniżeli w przypadkach, w których używałem podwiązek, gdyż był prawie zawsze bezgorączkowy. Dlatego też nie kwapiłem się do metody Döderleina, ogłoszonej w 63 tomie *Archiv. f. Gyn.* Gdym jednak słyszał Döderleina na Zjeździe ginekologów niemieckich w Giessen w maju b. r., zachwalającego swoją metodę, którą rysunkami szczegółowo objaśniał, postanowiłem się przekonać, jak się ma rzecz ze sprawą dobrowolnego oddzielania się pęcherza moczowego, co autor z naciskiem podnosił.

W sposobie operowania tak wydoskonalonym, jak przy wycinaniu macicy przez pochwę, Döderlein wprowadza zasadnicze nowości, a nadto wraca do sposobów zaniechanych i nadaje zabiegowi tok odmienny, wprowadzając tym sposobem znakomitą poprawę w postępowaniu. Do nowości należy to, że zaczyna operacyę odrazu od przepołowienia macicy, a okrojenie części pochwowej i oswobodzenie szyi macicy przekłada na sam koniec zabiegu. Tym sposobem stara się uniknąć zetknięcia się wydzielin macicznych z raną operacyjną w ścianach pochwy. Dalej przepołowienie zaczyna na tylnej ścianie macicy, podobnie jak to czyni Doyen na przedniej ścianie, czyli inaczej, postępowanie Doyena przenosi na tylną ścianę i działa wśród zabiegu od tylnego sklepienia pochwowego. Za tem też idzie, że powraca do zaniechanego postępowania, które podał Schroeder t. j. że wydobywa ciało macicy przez tylne sklepienie. (W pracy swej nadmienia, że przed nim Doyen w podobny sposób także operował). Najważniejszą nowością jest, że po przepołowieniu tylnej ściany macicy i po wydobyciu jej przed części sromowe przepołowia ją dalej i następowo przecina przednią ścianę macicy. (Müller przepołowiał macicę także, ale czynił to w sposób zupełnie odmienny). Z tego odmiennego postępowania wynika bardzo doniosła korzyść, bo dobrowolne oddzielenie się pęcherza moczowego od szyi macicy, co następuje pod wpływem nadmiernego odgięcia macicy ku tyłowi. Pęcherz moczowy tak oddzielony unosi się ku górze po za spojenie kości łonowych. Jest to korzyść bardzo doniosła, bo jak każdy przyzna, oddzielanie pęcherza moczowego palcem w sposób, praktykowany przy operowaniu przez przednie sklepienie, zawsze było nieprzyjemne. Z zupełnego przepołowienia macicy wynika znaczne ułatwienie przystępu do zaopatrywania więzów szerokich, które w dowolny sposób zaopatrzyć można. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki lekarskiej Prof. Dr. A. Glużińskiego we Lwowie.

Surowica rozpuszczająca ciałka białe krwi, otrzymana z chorego dotkniętego białaczką *(Leucaemia lymphatica)*.

(Tymczasowe doniesienie).

Podał

Dr. Maryan Franke,

lekarz pomocniczy kliniki lek. Uniw. lwowskiego.

W dniu 15. listopada 1901. przyjęto do kliniki chorego, u którego rozpoznano białaczkę. Gruczoły chłonne: szyjne, karkowe, pachowe, pachwinowe, otrzewnowe tworzyły pakiety wielkości około pięści. Była to zatem forma gruczołowa białaczki. Badanie krwi wykazało następujące stosunki:

Liczba w 1 mm. sześć. ciałek białych . 392,500.
„ „ „ „ „ ciałek czerwonych 3.568,700.

Stosunek białych do czerwonych 1 : 9. Poszczególne formy ciałek białych zachowywały się jak następuje:

Leukocyty wielojądrzaste o neutrofilnej granulacyi 4%
„ jednojądrzaste małe 78%
„ jednojądrzaste wielkie 17%
Formy przejściowe . . . . 1%.

W myśl teoryi lyzyn, której początek dała praca Bordeta (1898), postanowiono otrzymać surowicę leukolytyczną (leukotoksyczną), którąby więc działała rozpuszczająco na ciałka białe krwi spostrzeganego przypadku białaczki.

W tym celu przy zachowaniu wszelkich zasad aseptyki wyłuszczono choremu pakiet gruczołów chłonnych w pasze lewej[1]). Gruczoły te, po przepłókaniu ich w 6‰ roczczynie soli kuchennej, roztarto w moździerzu porcelanowym na masę papkowatą, masę tę następnie rozcieńczono roczczynem soli kuch. 6‰ i przecedzono przez wyjałowiony muszlin. W ten sposób otrzymaną zawiesinę gruczołów wstrzykiwano królikom do jamy otrzewnowej w dawkach 5—8—10 ctm.³ w odstępach trzydniowych, a w pięć dni po ostatniem, t. j. piątem wstrzyknięciu zabito króliki przez skrwawienie. Krew

[1]) Operacyi dokonał w klinice chirurgiczej Dr. Ruff, za co składam mu tutaj serdeczne podziękowanie.

z królików zebrano i po wycentryfugowaniu jej otrzymano surowicę, która powinna mieć własności rozpuszczania ciałek białych krwi tegoż chorego na białaczkę.

Chcąc się o tem przekonać, badałem w pierwszym rzędzie, jak się zachowuje pod mikroskopem krew tegoż chorego przy zetknięciu się z surowicą przez nas otrzymaną, a badałem to w wiszącej kropli na stoliczku ogrzanym przy ciepłocie 37° C. Wynik był następujący: jeżeli zmięszaliśmy krew naszego chorego z równą ilością otrzymanej surowicy, wtedy zauważyć było można, że ciałka białe stają się mało wyraźne, przejrzyste jak cienie, nieco pokurczone, o brzegach jakby wygryzionych. W pierwszej chwili po zmięszaniu ulegały tym zmianom tylko formy małe leukocytów (jednojądrzaste?), podczas gdy formy wielkie (wielojądrzaste?) były z początku bardzo wyraźnie widoczne. Obserwując przez dłuższy czas taką krew wraz z surowicą, można było stwierdzić, że ciałka białe stają się coraz mniej widoczne, przeźroczyste o ledwie zaznaczonym obrysie, który wreszcie znika zupełnie, a na miejscu ciałek białych spotykamy teraz rozlaną masę ziarnistą. Rozpadowi takiemu ulegały formy małe leukocytów w godzin 6—8, podczas gdy formy wielkie znikały dopiero po godzinach 12.

Mógłby ktoś zrobić zarzut, że zmiany opisane są tylko naturalnym objawem obumierania ciałek białych, a nie wynikiem działania dodanej surowicy. Zarzut ten jednak upada, gdy dodam, że w spostrzeganej równocześnie kropli krwi tego samego chorego, lecz bez dodania surowicy, można było stwierdzić, iż po 12—14 godz. przy ciepłocie 37° C. ciałka białe utrzymują się w stanie zupełnie niezmienionym, są wyraźnie widoczne o obrysach ostro zaznaczonych i dobrze widocznem jądrze.

W celu wykluczenia także możliwości, że już sama surowica królika zupełnie zdrowego mogłaby wywoływać opisane zmiany przy zmieszaniu jej z krwią białaczkową, badano pod mikroskopem krew tegoż chorego po zmieszaniu jej z równą ilością surowicy królika zupełnie zdrowego, lecz żadnych zmian w ciałkach białych nawet po 12 godz. wykazać nie było można; zachowywała się ona tak, jak krew bez jakiejkolwiek domieszki.

Zatem surowica przez nas otrzymana posiadała własności leukolytyczne dla ciałek białych krwi naszego chorego.

Wyniki te kazały mi dalej badać zachowanie się krwi naszego chorego pod wpływem wstrzykiwań podskórnych otrzymanej surowicy, by się przekonać, czy ona zatrzymuje swoje własności lytyczne także wobec ciałek białych w ustroju i czy nie wywoła rozpadu obrzękłych gruczołów, słowem, czy tą drogą nie dałoby się osiągnąć jakiego wpływu leczniczego. Doświadczenia w tym kierunku musiały jednak uledz zwłoce z powodu złego stanu chorego [2]. Doświadczenia dalsze z tą surowicą podejmiemy, jak tylko zgłosi się do kliniki chory z białaczką o formie podobnej. Również są w toku badania nad zachowaniem się krwi innych chorych wobec tej leukolytycznej surowicy, zwłaszcza poszukiwania, jak zachowują się poszczególne formy ciałek białych.

W powyższy sposób będziemy także wstrzykiwać królikom zawiesinę otrzymaną ze świeżo wyciętych mięsaków, w tej myśli, czy też surowica tą drogą otrzymana nie będzie miała jakiegokolwiek wpływu na chorych dotkniętych mięsakami. Do jakiego wyniku dojdziemy, to przyszłość okaże.

[2]) Chory zakończył życie d. 9 stycznia 1902 r.

III. Z zakładów higieny Prof. Dra Bujwida w Krakowie i Radcy Dworu Prof. Dra M. Grubera w Wiedniu.

O antysputolu

(proszku odkażającym i odwaniającym do spluwaczek).

Podał

Dr. Norbert Gertler w Krakowie.

Powszechnie wiadomą jest rzeczą, że każde niemal mieszkanie daje sposobność nietylko do przebywania, ale i do szerzenia się różnych drobnoustrojów tak chorobotwórczych, jakoteż i pasorzytniczych.

W pierwszym rzędzie wspomnieć tu należy drobnoustroje, wywołujące błonicę, gruźlicę płuc, płonicę, dur brzuszny, zapalenie płuc, grypę [1]) i t. p. Drobnoustroje te przebywają w ciemnych i niedokładnie czyszczonych, a szczególnie mokrych kątach mieszkania, lub w szczelinach podłóg, na meblach, sprzętach, firankach zabawkach dziecięcych, a najbardziej w niehigienicznych spluwaczkach, gdzie drobnoustroje mogą nietylko przez długi czas zachowywać swoją żywotność, ale nawet rozwinąć się i w ten sposób wytworzyć ognisko do dalszego zakażenia [2]).

Szczególniej wymienić tu należy gruźlicę, której $^1/_7$ część ludzi ulega; według doświadczalnych prac Kocha i jego ucznia Corneta [3]) powstaje ona najczęściej przez wdechanie kurzu, zmięszanego z zaschłemi i mechanicznie roztartemi cząstkami plwocin gruźliczych.

Cornet [3]) pracował przez kilka lat w zakładzie Kocha nad wyśledzeniem miejsc, gdzie prątek gruźliczy poza ustrojem ludzkim się znajduje. Badał on kurz pokrywający ściany meble, gzymsy i podłogi w mieszkaniach, więzieniach; hotelach, na ulicy i t. p. w kierunku zawartości prątków gruźliczych. Jako odczynu do wykrycia tego zarodka użył on morskich świnek, którym wstrzykiwał kurz zmieszany z bulionem jałowym do jamy brzusznej.

Z dochodzeń Corneta wynikało, że prątki gruźlicze znajdowały się z całą pewnością w kurzu, lub nawet w powietrzu tam, gdzie łatwo plwociny gruźlicze mogły wyschnąć i potem z kurzem unosić się w powietrze. Sposobność do tego nadarza się najczęściej, jeśli plwociny gruźlicze dostają się na podłogę, lub gdy się je do chustek wykrztusza. Cornet słusznie uważa ogólne zaprowadzenie i używanie spluwaczek, umożliwiających usuwanie i zniszczenie plwocin, zanim one wyschną, za najlepszy i idealny środek, zapobiegający gruźlicy płuc.

Zresztą w innej statystycznej pracy [4]) udowodnił Cornet, że stałe przebywanie z osobnikiem gruźliczym, mało dbającym o czystość, może wywołać gruźlicę płuc u osobników najtęższych, z zupełnie zdrowych rodzin, u których nawet niema mowy o usposobieniu gruzliczem. Strauss [5]) na 29 przypadków badanych znalazł 9 razy żywotne prątki gruźlicze w jamie nosowej u zupełnie zdrowych ludzi (służby i t. d.), którzy dłuższy czas przebywali w pobliżu takich chorych gruźliczych.

Na licznych zjazdach higienicznych bardzo wiele rozprawiano nad sposobem usuwania plwocin. Podawano różne sposoby: Stone [6]) radził dla majętnych urządzenie spluwaczek przykrytych mocnym papierem. na którymby padały plwociny, i papier taki miano co drugi dzień usuwać i palić. Ponieważ koszta utrzymania takiej spluwaczki wynoszą około 60 halerzy miesięcznie, radził, aby w domach ubogich

przykrywać spluwaczki papierem wyciętym z gazet. Przeciw temu zarzucićby można nieestetyczne wejrzenie i to, że dzieci, lub zwierzęta domowe, jak psy, koty i t. d. mogą łatwo papier taki usunąć i rozszerzyć plwociny na cały pokój.

Radzono również, aby wcale nie odpluwać na podłogę, lecz do chustek. I tu osoba, mająca chustkę w ręce, łatwo przez podawanie ręki może udzielić drobnoustroje drugiemu, a nadto przez potrząsanie chustką mogą drobnoustroje ulatywać w powietrze. Uchwalono w końcu (I postulat ostatniego Zjazdu przeciwgruźliczego w Londynie), aby przynajmniej w każdym pokoju była spluwaczka. Używanie do takich spluwaczek piasku, trocin, wygotowanej kawy, cykoryi, wody i t. d. jest zupełnie nieodpowiednie. W takich spluwaczkach nietylko drobnoustroje chorobotwórcze nie zostają zniszczone, ale mnożą się wskutek rozkładu samych plwocin. Najczęściej takie plwociny wyrzuca się na ulicę lub podwórze. Przechodzący zabiera je na podeszwach obuwia do domu, rozszerza je w swem mieszkaniu, a przy zdejmowaniu obuwia niejedna bakterya pozostaje na rękach i tą drogą może nastąpić zakażenie ustroju.

Przypatrzmy się bliżej, co się dzieje w pokoju gruźliczego chorego, gdzie często przebywa cała rodzina. Ileż to razy w takim pokoju nie widzi się wcale spluwaczki, chory odpluwa wprost na podłogę, na pościel, ziejąc wokoło zarazę. Raz wezwano mnie do chorego, żyjącego w takich warunkach i który ostatecznie zmarł na ogólną gruźlicę. W rok potem wezwano mnie do wdowy po nim, która przed rokiem była zupełnie zdrową, a którą zastałem niestety prawie dogorywającą, wycieńczoną z powodu ogólnej gruźlicy. Mieszkanie, w którem zmarł jej mąż, stało się źródłem zakażenia dla wdowy i jej dzieci, gdyż mimo nalegania z mej strony nie przedsięwzięto odkażenia mieszkania po śmierci głowy rodziny.

Widząc takie przypadki dość liczne, które wszyscy lekarze niezawodnie spostrzegać muszą, nie mówiąc już o zakażeniu za pomocą plwocin w chorobach szybciej przebiegających, jak: błonica, płonica, krztusiec, cholera (za pomocą wymiocin) i innych, zabrałem się do obmyślenia środka zaradczego.

Znane mi były już spluwaczki, napełniane rozczynem sublimatu. Okazały się one niepraktycznie, bo stać się mogą trujące dla ludzi dorosłych, a tembardziej dla dzieci. Również nie nadaje się do tego celu kwas karbolowy z powodu nieprzyjemnej woni i rozlewania się płynu.

Wszelkim tym niedogodnościom może zapobiedz proszek, który obmyśliłem pod nazwą „A n t y s p u t o l u“. Przytem kierowałem się zasadą, że proszek taki powinien wstrzymywać rozwój drobnoustrojów i je zabijać, odwaniać plwociny, uniemożebniać ich rozkład, nie być trującym dla ustroju ludzkiego i zwierzęcego, wreszcie być bardzo tanim.

Wszelkim tym wymaganiom odpowiada odkażający i odwaniający proszek do spluwania, wyżej wspomniany „Antysputol“. Składniki chemiczne i sposób otrzymywania proszku ogłoszę w osobnej późniejszej pracy; na razie nadmienię tylko, że oprócz środków silnie odkażających i odwaniających, nie ulegających ani wyparowaniu, ani ulatnianiu, wchodzi w skład i formalina, której nieprzyjemny zapach w szczególniejszy sposób został zupełnie usunięty.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Radcy Dworu Prof. Dr. H. Jordana w Krakowie.

O rozpoznawaniu i leczeniu operacyjnem ropni, wychodzących z części rodnych kobiecych.

(Według odczytu na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 19 czerwca 1901 r.).

Podał

Dr. Stanisław Dobrowolski

asystent kliniki.

(Dokończenie).

Ropnie jajnikowe bywają albo jedno, albo obustronne. Najczęstszem tłem ropni jajnikowych jest zakażenie i to albo połogowe, albo też rzeżączkowe, jakkolwiek nie rzadko też wytwarzają się ropnie jajnika przy zapaleniach, towarzyszących różnym chorobom zakaźnym. Ropnie ostro powstające towarzyszą zakażeniu połogowemu, lub też chorobom zakaźnym; ropnie rzeżączkowe wytwarzają się zwolna. Przypadków ropni jajnikowych ostrych w klinice w ostatniem ośmioleciu nie spostrzegano, natomiast operowano trzy przypadki ropni przewlekłych.

Rozpoznanie ropnia przewlekłego w okresie, kiedy obecność ropy nie daje już żadnego z ogólnych odczynów ropienia, jest na pewno wprost niemożliwe; będzie on bowiem przy badaniu cechami swemi podobny do torbiela jajnika i to torbiela, w którego otoczeniu wytworzyły się zrosty w następstwie miejscowego zapalenia otrzewnej. lub też może przy zmienionej topografii przydatków łatwo przypominać guz trąbkowy. Nic też dziwnego, że w żadnym z trzech przypadków, operowanych w klinice, nie rozpoznano przed operacyą ropnia jajnikowego.

W pierwszym przypadku u chorej M. L., 45-letniej, l. p. k. 21. z roku 1898, operowano właściwie z powodu wypadnięcia macicy, gdzie przed operacyą zmianę jajnika, polegającą na powiększeniu do wielkości jaja kurzego, określono jako zapalenie miąższowe. Po otwarciu jamy brzusznej, dokonanem w celu przyszycia macicy, wycięto również zmieniony jajnik, nie przypuszczając nawet, że istnieje ropień jajnika. Sekcya jajnika stwierdziła dopiero obecność ropy. U chorej drugiej E. G., l. 27, l. p. k. 130 z roku 1899, wywiady, przebieg i badanie przedmiotowe przemawiały za ciążą trąbkową w obwodowym odcinku trąbki się rozwijającą. Z powodu tego też wskazania przystąpiono do zabiegu. Po otwarciu jamy brzusznej przekonano się dopiero, że guz nie jest trąbkowym, tylko że jest to zmieniony jajnik wśród resztek wypociny; jajnik usunięto i w tym przypadku znowu dopiero sekcya jajnika wykazała w nim ropę.

Przypadek wreszcie trzeci dotyczy chorej S. Ł., l. 23, l. p. k. 183 z roku 1901. Wieloródka, ostatni poród odbyła przed czterema miesiącami, w połogu miała przez kilka dni objawy podrażnienia otrzewnej i gorączkę. Skoro objawy ogólne zupełnie ustąpiły, zgłosiła się do kliniki z powodu obecności guza w brzuchu. Przedmiotowo stwierdzono u chorej stan ogólny zupełnie dobry, ciepłota ciała przez dłuższy czas spostrzegania prawidłowa, a w brzuchu znaleziono guz wielkości dużej pięści przyrośnięty do powłok brzusznych, stojący w związku z częściami rodnemi. Cierpienie całe określono jako torbiel jajnika w wypocinie z okręceniem szypuły. Podczas dalszego spotrzegania wypocina otaczająca guz znacznie zmalała i guz samoistnie odlepił się od powłok brzusznych. Skoro teraz dokonano laparotomii, znaleziono torbiel wśród resztek wypociny, bardzo ściśle pozlepiany z pętlami jelit. Przy oddzielaniu jelit dopiero pękła ściana guza i wydobywać się poczęła ropa Guz usunięto, do jamy brzusznej założono worek M i k u l i c z a. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy.

Ropa, badana bakteryologicznie we wszystkich trzech przypadkach była jałową.

Jak powyższe przypadki świadczą, ropienia jajnikowe w leczeniu operacyjnem napotykamy rzadko, a to po pierwsze dlatego, że rozpoznanie ich jest nadzwyczaj trudne, a powtóre, że ropienia takie ustępują często samoistnie. Wyleczenie takie samoistne ropni nie stanowi reguły i nie można w przypadkach rozpoznanych na nie liczyć, gdyż ropa łatwo może przebić się do sąsiednich narządów, do otrzewnej, a nawet przez powłoki brzuszne. Przypadek trzeci prawie na pewno byłby się skończył przebiciem się ropy do jelita, gdyby nie operacya.

Skoro ropień jajnika rozpoznamy, będziemy zawsze operować i to o ile warunki pozwolą drogą pochwy, gdyż gdyby nawet ropień wśród operacyi pękł, będzie to mniej niebezpieczne, aniżeli to samo powikłanie operacyi przy laparotomii. W przypadkach, gdzie droga pochwy będzie niewystarczająca, musimy operować od jamy brzusznej, unikając pęknięcia, a skoro to nastąpi, to postąpimy najlepiej drenując otrzewnę.

Ropnie, zawdzięczające swe powstanie wypocinom w tkankach około- i omacicznych, są tylko w przypadkach świeżych tak usadowione, że możemy odróżnić, czy mamy do czynienia z wypociną przy, — czy też omaciczną; w przypadkach chronicznych stosunki topograficzne tak dziwnie się wikłają, że odróżnienie, które tkanki właściwie były pierwotnie zajęte, jest niemożliwe nawet podczas operacyi, dlatego to te oba rodzaje zapaleń można wspólnie traktować.

Wypociny, czy to na tle zakażenia połogowego, czy też rzeżączkowego, należą do rzeczy nadzwyczaj częstych; nie przedstawię jednakże dziś mimo to obszernej statystyki, gdyż po większej części schorzenia te, jako zupełnie typowe co do swego przebiegu, proste co do leczenia, dostają się u nas do leczenia szpitalnego, a tylko wyjątkowo powikłane przypadki dostają się w leczenie kliniczne. O ile jednak większość przypadków jest w leczeniu łatwą i prostą, o tyle te wyjątki, gdy chodzi o wyszukanie i doszczętne usunięcie ropy, częstokroć są rozpaczliwe, bo każdy z nich jest zupełnie atypowy, wymaga odrębnego, najczęściej z góry nie dającego się określić postępowania operacyjnego.

Przypadków łatwych do rozpoznania, zlokalizowania ropnie i leczenia było zaledwie trzy, w każdym z nich też nacięcie sposobem Bardenheuera pozwoliło natychmiast odszukać ropę i chorą w ten sposób w krótkim czasie wyleczyć. Dotyczą one chorych: 1) M. S., l. 23. l. p. k. 54 z roku 1894 2) A. R., l. 25, l. p. k. 145 z roku 1897. 3) R. K. l. 21, l. p. k. 160 z roku 1900.

W innych siedmiu przypadkach leczenie nastręczyło tyle trudności, tyle powikłań oryginalnych, że nie można ich w krótkości ze sobą zestawić, tylko trzeba dokładniej opisać, jako choroby pod względem leczenia nadzwyczaj ciekawe. Podaję je tu w porządku chronologicznym.

1) C. A. l. 22, l. p. 66 z roku 1895. Chora roniła raz przed 4. laty i połóg po poronieniu przebiegał z gorączką, od tego też czasu czuje się chorą. Na 4 miesiące przed przybyciem do klini i przyjęta była do szpitala. Tutaj przez dłuższy czas leczono ją sposobami zachowawczymi z powodu wypociny, a gdy ta nie ustępowała a chora od czasu do czasu poczęła doznawać dreszczyków i znacznego wzniesienia ciepłoty, a wypocina, badana przez tylne sklepienie, okazywała miejsca miększe, wykonano na 3 tygodnie przed przybyciem do kliniki kolpotomię tylną. Odszukano ropę i nacięto szeroko ściany ropnia. Po wylaniu się sporej ilości cuchnącej ropy, badanie wykazało jamę poprzegradzaną listwami, a w jej ścianach liczne zaułki. Mimo codziennego oczyszczania i osączania jamy gorączka ciągle utrzymywała się, stan chorej z każdym dniem się pogarszał, często występowały objawy podrażnienia otrzewnej, dlatego to chorą przeniesiono do kliniki z zamiarem usunięcia macicy drogą pochwy w celu stworzenia lepszych warunków dla odpływu ropy. Trudne bardzo wyłuszczenie macicy przy pomocy rozkawałkowania nie powróciło chorej jednakże zdrowia, gdyż i to nie wystarczyło do otwarcia licznych drobnych rozsianych wśród wypociny ropni. Chora mimo wyjęcia macicy w dalszym przebiegu jeszcze od czasu do czasu miewała dreszcze i wzniesienia ciepłoty, stan ogólny jej nie ulegał zmianie na lepsze. Wobec rozpaczliwego stanu chorej spróbowano jeszcze jednej drogi, a mianowicie zrobiono nacięcie po stronie, gdzie wypocina była większą, według Bardenheuera i przeprowadzono dreny z tego cięcia do lejka pochwowego. Po takiem setonowaniu dopiero dreszcze ustąpiły, stan ogólny chorej zaczął się poprawiać; wniesienia ciepłoty pojawiały się jeszcze przez pięć miesięcy.

2) A. M., l. 21., l. p. k. 29 z roku 1896; rodziła przed rokiem; po porodzie wystąpiła wypocina, którą leczono w szpitalu zachowawczo przez cztery miesiące, poczem chora opuściła szpital z resztkami wypociny. Od 3 tygodni odczuwa znaczne bóle dołem brzucha, dreszcze i gorączkę. Przy badaniu przedmiotowo stwierdzono dużą wypocinę miejscami dająca uczucie chełbotania. Zrobiono cięcie Bardenheuera, jednakowoż przy niem stwierdzono, że guz leży wewnątrz otrzewnej. Ranę częściowo wytamponowano. W 2 tygodnie wypocina przebiła się do tej rany, od tego też czasu chora przestała gorączkować i w miesiąc odzyskała zupełne zdrowie.

3) J. G., l. p. k. 178 z roku 1897, wieloródka, która choruje od lat 3 od ostatniego porodu. Dwukrotnie od tego czasu była leczona w szpitalu zachowawczo z powodu wypociny, pierwszy raz przed dwoma laty, drugi raz przed rokiem; wskutek leczenia zyskiwała zawsze tylko bardzo nieznaczną poprawę. Przedmiotowo stwierdzono guz wielkości dwóch pięści, o cechach wypociny miejscami miękiej, umieszczonej po stronie lewej i od przodu macicy. W przypuszczeniu, iż w guzie jest ropa, starano się do niej dostać drogą pochwy; zrobiono kolpotomię przednią, po oddzieleniu pęcherza dotarto do dolnego odcinka guza, ale ropy mimo nakłócia nigdzie nie odszukano. Podobnie nie udało się dotrzeć do ogniska ropnego drogą cięcia według Bardenheuera. Wysetonowano obie rany, ropa jednakże nie przedostała się nigdzie podczas obserwacyi całomiesięcznej. Chorą z powodu feryi przeniesiono do szpitala w celu dalszego leczenia zachowawczego.

4) R. G., l. 40, l. p. k. 219 z roku 1898, wieloródka. Przed rokiem leczona w szpitalu zachowawczo z powodu zmian zapalnych w przydatkach; po trzech miesiącach opuściła szpital ze znaczną poprawą zdrowia. Na 4 miesiące przed przybyciem do kliniki zgłosiła się ponownie do szpitala z powodu bólów dołem i w krzyżach; tam podczas leczenia na miesiąc przed przybyciem do kliniki zaczęła chorej wydzielać się przez pochwę obficie ropa.

Chora mimoto w dalszym ciągu gorączkowała, miewała dreszcze tak, że stan jej ogólny stawał się coraz gorszy. Przeniesiona do kliniki w stanie wyniszczenia; stwierdzono wypocinę, zajmującą całe podbrzusze aż na 3 palce poniżej pępka i przetokę w tylnem sklepieniu. Żegadłem Paquelina przypalono tylne sklepienie w kierunku poprzecznym; po dokonanej kolpotomii, udało się przeprowadzić palec do jamy guza, wydzielającej obficie cuchnącą ropę; ściany jamy wysłane były jakby obfitą ziarniną. Jamę po przestrzykaniu wytamponowano. Chora mimoto w dalszym ciągu gorączkowała, stan ogólny był bardzo zły. Po tygodniu palcem otwarto drogą jamy nowy ropień, poczem ciepłota była przez dwa tygodnie prawidłowa, po dwóch zaś tygodniach pojawiły się dreszcze, gorączka, podrażnienie otrzewnej. Po upływie dalszych trzech tygodni drogą jamy ropnia poczęła się wydzielać treść kałowa. Chora na proponowany zabieg operacyjny nie zgodziła się i na własne żądanie opuściła klinikę.

5) K. W., l. 22. l. p. k. 152 z roku 1899; rodziła przed czterema miesiącami, po porodzie wystąpiła wypocina, która w chwili przyjęcia chorej do kliniki sięgała na trzy palce niżej pępka. Skoro trzechtygodniowa obserwacya przemawiała za tem, że wśród wypociny znajduje się ropa, zrobiono nacięcie według Bardenheuera, ale ropy nie udało się odszukać; wobec tego poprzestano na tamponadzie rany w nadziei, że ropa przebije do rany sama, co rzeczywiście nastąpiło po trzech tygodniach. Wtedy rozszerzono ranę, starano się palcem wyszukać wszelkie zaułki ropnia, a raczej pootwierać liczne obok siebie ułożone drobne ropnie i wszystko wytamponowano. Guz potem zmalał znacznie, ale nie ustąpił w zupełności; chorą z końcem roku szkolnego przeniesiono do szpitala, gdzie po $1^1/_2$ miesiącu musiano ponownie zrobić nacięcie sposobem Bardenheuera, gdyż ropa przestała się

wydzielać, a objawy przemawiały za tem, że jeszcze są ropnie w głębi. W kilka tygodni powstała w miejscu rany po nacięciu ropnia przetoka kałowa, z powodu której chora kilkakrotnie była operowana i wreszcie po roku wyszła uleczoną.

6) K. K., l. 37, l. p. u. 170 z roku 1899, wieloródka, odbyła ostatni poród przed pięciu miesiącami; po porodzie wystąpiła wypocina, a na 5 tygodni przed przybyciem do kliniki zauważyła ropomocz. Zrobiono w tym przypadku cięcie według Bardenheuera po obu stronach, ale z żadnego nie udało się dotrzeć do ropnia. W 2 tygodnie przebiła ropa do jednej z ran, wobec tego rozszerzono ją ponownie i wytamponowano. Mimoto jednak ropomocz nie ustąpił, chora co kilka dni miewała nieznaczne wzniesienia ciepłoty, a w przedniem sklepieniu, gdzie dawał się wybadać dolny odcinek nacieku, wystąpiło wyraźne chełbotanie. Po zrobieniu kolpotomii przedniej udało się dotrzeć do ścian ropnia, a po wypuszczeniu ropy ropomocz ustąpił i chora wkrótce wróciła do zupełnego zdrowia.

7) B. S., l. 40, l. p. k. 197 z roku 1899, wieloródka, zgłosiła się do kliniki z poronieniem w czwartym miesiącu ciąży, gorączkująca, z wypociną wybitnie wypełniającą przednie i prawe sklepienie, a mniej wyraźną około przydatków lewych. Przez trzy miesiące leczono chorą zachowawczo z powodu wypociny i w rzeczywistości wypocina po stronie prawej znacznie się zmniejszyła; wzrosła natomiast po stronie lewej i w tym odcinku wystąpiły objawy ropienia. Zrobiono wtedy nacięcie sposobem Bardenheuera. Odpływ ropy był początkowo dobry, w dalszym przebiegu mimo ciągłego rozszerzania rany ropa się zatrzymywała i wypocina nie ustępowała. Wobec tego wykonano kolpotomię tylną, tą drogą dotarto do ropni i przeprowadzono sączki od rany kolpotomijnej do rany po cięciu nad więzadłem Pouparta. W ten sposób dopiero udało się chorą wyleczyć z eksudatu.

Klasyczne chyba te przypadki przedstawiają cały szereg powikłań, trudności w rozpoznaniu umiejscowienia ropy i trudności, na jakie można natrafić przy leczeniu ropienia w tkankach okołomacicznych. Przypadki te wykazują niemożliwość wskazania typowych dróg leczenia dla tego rodzaju ropni. Z nich w dalszym ciągu wysnuć można, że ani droga pochwy nie jest lepszą od drogi cięcia pozaotrzewnego według Bardenheuera, że w trudnych przypadkach trzeba obie drogi równocześnie skombinować. Mimoto nawet przy takiem postępowaniu nie zawsze możemy być pewni z góry dobrego wyniku, a jak świadczy nasz przypadek pierwszy, nawet usunięcie macicy nie wystarczy czasami, by stworzyć dobre warunki dla odpływu ropy. Słowem ciężkie i powikłane przypadki ropni okołomacicznych wymagają w leczeniu zupełnej indywidualności postępowania, wielkiej cierpliwości i doświadczenia w wyszukaniu dróg do usunięcia ropy.

Krwisteki pozamaciczne ulegają czasami zropieniu samoistnie, częściej przy próbach usunięcia ich operacyjnego. Takie zropienie samoistne krwisteku zamacicznego spostrzegano w klinice dwa razy: 1) u chorej H. S. l. 30, l. p. k. 95 z roku 1897 i 2) u chorej B. L. l. p. k. 192 z roku 1897. Obraz w obu przypadkach był zupełnie typowy, a zwłaszcza po nakłóciu rozpoznanie nie ulegało żadnej wątpliwości. Leczenie w obu przypadkach polegało na wykonaniu kolpotomii tylnej przy pomocy żegadła Paquelina otwarcia szerokiego ropnia i wytamponowania jamy ropnia; po takiem leczeniu ropienie wkrótce ustawało.

Na dowód, jak częstokroć trudno określić nawet podczas zabiegu operacyjnego, zkąd ropienie bierze swój początek, jakkolwiek stoi w związku z narządami rodnymi, przytoczę w końcu dwie historye chorób:

1) C. R., l 38. l. p. k. 139 z roku 1895, wieloródka, czuje się chorą od lat 9, gdyż miewa często znaczne bóle dołem brzucha. Już w rok po rozpoczęciu się dolegliwości lekarz stwierdził u chorej jakiś guz w brzuchu. Mniej więcej od tego czasu miewa bardzo obfitą regularność i silne upławy białe. Od 6 tygodni chora ma dreszcze, gorączkę i objawy podrażnienia otrzewnej. Przedmiotowo stwierdzono u chorej w jamie brzusznej guz, wychodzący z miednicy małej, dnem swym sięgający na dwa palce niżej pępka, zbitości twardej, zupełnie nieruchomy, bardzo bolesny. Ponieważ przy badaniu wewnętrznem nie można było obok guza stwierdzić trzonu macicy, a złudnie wydawało się, że część pochwowa przechodzi bezpośrednio w guz opisany, przeto podejrzywano włókniaki macicy; z tem też rozpoznaniem przystąpiono do operacyi.

Po otwarciu jamy brzusznej napotkano na tak zmienione stosunki topograficzne i tak silne zrosty, że zoryentowanie się dokładne w położeniu części rodnych było wprost niemożliwe. Stwierdzono tylko, że w danym przypadku istnieją dwa guzy, jeden po stronie lewej wśród blaszek więzu szerokiego, zbitości twardej, po stronie zaś prawej jakiś guz elastyczny o ściankach cienkich. Najpierw pooddzielano zrosty w okolicy guza lewego i po nacięciu blaszek wyłuszczono z pośród nich guz wielkości dużej pięści o cechach torbiela brodawkowatego *(kystoma papilliferum)*; skoro przystąpiono do oddzielenia zrostów około guza prawego, pękła torba guza i wylała się z jego jamy obficie ropa. Po opróżnieniu tego ropnia natrafiono jeszcze na trzeci guz po za poprzednim leżący, który znowu był ropniem. Wypuściwszy ropę, gdyż o innem postępowaniu nie było i mowy, założono do jamy brzusznej worek Mikulicza. Przebieg pooperacyjny był prawidłowy.

2) K. T., l 42, l. p. k. 144 z roku 1896, wieloródka, cierpiąca od lat dwunastu. Wtedy w 4 miesiące po porodzie zgłosiła się do kliniki, gdzie rozpoznano ropień śródorzewnowy otorbiony, sięgający na palec poniżej wyrostka mieczykowatego. Opróżniono też wtedy ropień drogą nakłócia, przyczem odpuszczono ośm litrów ropy. Skoro po miesiącu chora ponownie się zgłosiła z podobnie jak poprzednio wypełnionym ropniem, nacięto ścianę ropnia, wypuszczono znowu kilka litrów ropy i wysączkowano jamę ropnia, którego ściany były zupełnie gładkie. Chora opuściła wtedy klinikę z małą przetoką, która dopiero po dwóch latach się zaciągnęła. Mimo takich stosunków chora jeszcze dwukrotnie zastąpiła; po ostatnim porodzie przed dziewięciu laty u chorej znowu począł wytwarzać się guz w brzuchu. Po pięciu miesiącach od tego czasu zgłosiła się do kliniki; znaleziono guz dochodzący do pępka, do którego prowadziły dwie wydzielające ropę przetoczki, usadowione w linii środkowej. Zrobiono nacięcie ściany ropnia, wydzieliła się przytem obficie ropa. Po operacyi chora opuściła klinikę z przetoką, która dopiero zagoiła się w r. 1894 i od tego czasu znowu obwód brzucha u chorej zaczął się zwiększać. Chora znowu w roku 1896 zgłosiła się do kliniki; stwierdzono guz w brzuchu, sięgający na 2 palce powyżej pępka, mało ruchomy, bolesny, w głębi chełboczący i przetoki w linii środkowej. Po nacięciu przetok w linii środkowej natrafiono na olbrzymi ropień zewnątrz otrzewnowy, schodzący nizko do miednicy małej. Na szczycie ropnia wewnątrzotrzewnowo leżał guz drugi, który najwięcej odpowiadał kształtem i zachowaniem się torbielowi. Otwarto wprawdzie otrzewną i znaleziono torbiel, ale tak ściśle z otoczeniem pozrastany, że od wyłuszczenia jego odstąpiono z uwagi na łatwość zakażenia z obok leżącego ropnia. Powłoki nad torbielem zaszyto, ściany ropnia wysączkowano.

Przebieg pooperacyjny był prawidłowy, jama ropnia szybko się zaciągała i w tym stanie chorą musiano przenieść do szpitala. Wyleczona.

Kończę wyrazami serdecznej podzięki Prof. Jordanowi za łaskawe zezwolenie użycia materyału klinicznego do niniejszego odczytu i za cenne uwagi, jakich mi przy tej sposobności nie szczędził.

V. Spostrzeżenia kliniczne i terapeutyczne.

Z oddziału II. chorób wewn. Szpitala powsz. we Lwowie pod kierunkiem Docenta Dra Wiczkowskiego.

O diuretynie i moczniku.

Podał

Dr. Juliusz Zajączkowski,

kierownik pracowni chem. bakter. Szpitala powsz. we Lwowie.

Chociaż diuretyna, jak i mocznik, mają już od dłuższego czasu zastosowanie w lecznictwie i chociaż w tym kierunku niemało pojawiło się sprawozdań, szczególnie niemie-

ckich, sądzę, że należy podzielić się wynikami doświadczeń poczynionych na chorych w szpitalu, tem więcej, że wyniki te częstokroć były bardzo pomyślne, a nadto, co muszę podnieść, kombinacya tych obu leków, o ile mi wiadomo, dotychczas nie była jeszcze zużytkowana.

Mówiąc więc o lekach powszechnie znanych, ograniczę się tylko na krótkiej wzmiance o ich własnościach fizycznych i chemicznych. Diuretyna *(theobrominum natro-salicylicum)* jestto proszek biały, łatwo rozpuszczalny w wodzie gorącej, trudno w zimnej; pod działaniem kwasów, jak np. kwasu solnego, ulega rozkładowi na teobrominę i kwas salicylowy, co jest niekiedy przyczyną objawów dyspeptycznych ze strony żołądka.

Sama nazwa wskazuje, że diuretyna jest lekiem moczopędnym, a własność tę zawdzięcza wyłącznie teobrominie (47—48%), działającej według doświadczeń Grama, Koritschonera, Hoffmanna, Pomerantza i Pawińskiego podrażniająco na przybłonki kanalików nerkowych i ośrodki naczynioruchowe; działa podobnie jak kofeina, która jednak, podrażniając ośrodki naczynioruchowe daleko wybitniej wywołuje większy skurcz naczyń tętniczych, wzrost w nich ciśnienia krwi, a wskutek tego mniejszy dopływ krwi do nerek i stosunkowo mniejsze moczenie.

Co się tyczy mocznika, to ten był jeszcze w roku 1892 zalecony przez Friedricha jako środek moczopędny i za taki został uznany w następnych latach przez Klemperera, Bettmanna i Picka; działa moczopędnie przez podrażnienie wyłącznie przybłonków kanalików nerkowych.

Jak wspomniałem powyżej, podawaliśmy diuretynę i mocznik razem, w dawkach mniej więcej równych, w przypadkach niewyrównanych wad zastawek sercowych, a z pewnem upodobaniem przy marskości wątroby, gdy istniały większe przesięki do jamy brzusznej.

Co do dawkowania, to możemy tylko potwierdzić doświadczenie wyżej wymienionych autorów, że dawki, nie przekraczające dwóch gramów na dobę, działały bardzo niepewnie, że działanie moczopędne występowało zazwyczaj po podaniu obu tych leków w ilości pięciu i więcej gramów na dobę, a wreszcie, że przy podaniu nawet 10-ciu gramów nie zauważyliśmy objawów ubocznych, a biegunek, które niekiedy pojawiały się, do ujemnych objawów zaliczać nie możemy, gdyż chorych nie osłabiały.

Ze względu na diuretynę, z której, jak wiadomo, pod wpływem kwasu solnego soku żołądkowego wyosabnia się kwas salicylowy, wywołujący niekiedy objawy dyspeptyczne, polecaliśmy chorym według rady Koritschonera zażywać lek dopiero w trzy godziny po przyjęciu pokarmów.

Nie chcąc, by ta praca przekraczała ramy zwykłej notatki terapeutycznej, z przeszło 30-tu historyj chorób leczonych kombinacyą obu tych środków przytoczę tylko cztery i to w krótkim wyciągu.

Muszę jednak naprzód wspomnieć, że chorego, nadającego się do tych doświadczeń, pozostawialiśmy przez dwie doby bez leczenia, a czas ten był poświęcony badaniom wstępnym, t. j. oznaczeniu ilości moczu (w 24 godzinach), badaniu chemicznemu i mikroskopowemu moczu, badaniu tętna, zdjęciu krzywej tętna i t. p.

I. *A. K.* wyrobnica, l. 49, przyjęta do szpitala dnia 8/11 1900 r. Przed dwu laty rozpoznano u niej: *Insufficientia et stenosis ostii arteriosi sinistri in stadio incompensationis.* Stłumienie serca przekracza nieco linię przymostkową lewą, dochodzi do linii pachowej przedniej, a od góry rozpoczyna się na górnej krawędzi IV. żebra. Uderzenie koniuszkowe serca rozlane, słabo wyczuwalne przy obmacywaniu; nad koniuszkiem serca słaby szmer skurczowy i wydłużony szmer rozkurczowy; oba szmery wzmagają się w kierunku mostka i są najwybitniejsze w miejscu osłuchiwania tętnicy głównej; nad tętnicą płucną dwa szmery wybitnie słabsze. Tętno 68, łatwo dające się ugnieść. Żyły szyjne wypełnione, tętnią ujemnie. Twarz blado sina. Wątroba znacznie powiększona, twarda. Śledziona wypukiem powiększona, niemacalna. Brzuch wzdęty więcej poniżej pępka, chełbotanie w nim wybitne; obwód brzucha przez pępek wynosi 95 ctm. Kończyny dolne znacznie obrzękłe. Ilość moczu w 24 godzinach wynosi 480 ctm.³; mocz barwy winnej, silnie wysycony, o c. g. 1030, zawiera śladzik białka (0·005%); pod mikroskopem brak składników nieprawidłowych. Zastosowaliśmy u tej chorej kombinacyę diuretyny z mocznikiem według formułki.

Rp. Diuretini, Ureae purae aa 0·50, Mfpulv. Dtur t. dos. N. XII. S. 4—6—8 proszków na dobę.

W trzy dni po podaniu tego leku ilość moczu wzrosła prawie trzykrotnie 1200 ctm.³; 13/11 ilość moczu wynosiła już 1750 ctm.³, a od 14/11 do 22/11, t. j. do dnia, w którym chora opuściła szpital, wahała się między 1000 a 1200 ctm-³ na dobę, a to zmniejszenie się ilości moczu było wywołane równoczesną biegunką (5—6 stolców na dobę), którą słusznie można było uważać za objaw pomocniczy, gdy stan ogólny chorej stale się poprawiał.

Wymiar poprzeczny serca zmniejsza się wybitnie, gdyż badanie w dniu 18/11 wykazuje, że stłumienie przekracza linię przymostkową lewą zaledwie na 1 ctm., a linię sutkową lewą na 4 ctm. Uderzenie koniuszkowe serca rozlane, bardzo słabo wyczuwalne, jednak nieco lepiej, jak w dniu przyjęcia. Tętno 68, lepiej nieco wypełnione. Obwód brzucha wynosi 87 ctm. (wobec 95 ctm. 8/11). Żyły szyjne nieznacznie wypełnione; na kończynach dolnych obrzęk znacznie mniejszy.

II. *K. R.* l. 37, żona wyrobnika, przyjęta do szpitala 29/11 1900 r. Rozpoznanie: *Insufficientia mitralis in stadio incompensationis, insufficientia relativa tricuspidalis.*

Znaczna sinica twarzy i błon śluzowych; żyły szyjne znacznie rozszerzone, tętnią dodatnio. Stłumienie serca przekracza linię środkową ciała, na lewo dochodzi do linii sutkowej; uderzenie koniuszkowe serca nie widoczne, nie wyczuwalne. Nad koniuszkiem serca przeciągły skurczowy szmer, przechodzący w pauzę, ton rozkurczowy słabo słyszalny; szmer skurczowy równie silnie słyszalny nad dolną częścią mostka i na zewnątrz linii przymostkowej prawej; nad tętnicą płucną udzielony słaby szmer skurczowy, ton rozkurczowy zaledwie słyszalny. Tętnica sprychowa bardzo słabo wypełniona, tętno bardzo słabo macalne, miarowe, 120 na minutę. Wątroba powiększona wypukiem, niemacalna z powodu wzdęcia; wybitne tętnienie wątroby. Śledziona powiększona wypukiem. Brzuch w całości wzdęty znacznie, jednak więcej poniżej pępka, wybitne chełbotanie, obwód brzucha (przez pępek) wynosi 102 ctm. Na kończynach dolnych obrzęk i sinica bardzo znaczne

Ilość moczu na dobę wynosi 500 ctm,³; mocz ciemno-winny zmącony moczanami, o c. g. 1029, zawiera białko w ilości 0·008%; w osadzie brak składników nieprawidłowych.

Wobec bardzo lichego stanu ogólnego chorej zastosowano pierwszego dnia po przyjęciu do szpitala napar naparstnicy, a 3/10 diuretynę w połączeniu z mocznikiem, w dawce wspomnianej powyżej; już 6/10 zapisaliśmy ilość moczu 1750 ctm.³. 7/10 2000 ctm.³, 8-go, 9-go, 10-go 2500 ctm.³, a w następnych dniach nie spada nigdy poniżej 2000 ctm.³ na dobę. Obwód brzucha wynosi: 10/10 93 ctm. 14/10 88 ctm., a 22/10 82 ctm. wobec 102 ctm. w dniu 29/9. Obrzęk i sinica kończyn dolnych stopniowo ustępują tak, iż do 25/10 znikają zupełnie.

Badanie w dniu 10/10: stłumienie serca przekracza na 1 ctm. linię przymostkową lewą; uderzenie koniuszkowe serca słabo wyczuwalne; nad koniuszkiem serca szmer skurczowy; nad dolną połową mostka słaby szmer skurczowy, nie przechodzący na prawą połowę klatki piersiowej; nad tętnicą płucną słaby udzielony szmer skurczowy, ton rozkurczowy silniejszy; brak tętnienia, pochodzącego od wątroby. Żyły szyjne jeszcze nieco przepełnione, tętnią ujemnie. Tętnica znacznie lepiej wypełniona, fala niska, tętno miarowe waha się między 84 a 90. Chorą wypuszczono ze szpitala ze znacznem polepszeniem dnia 25/10 1900 r.

III. *W. J.* l. 27, żona wyrobnika, przyjęta do szpitala 16/10 1900. U chorej tej rozpoznano: *Insuff. et stenosis ostii venosi sin. in stad incomp.* Na twarzy i błonach śluzowych wybitna sinica. Stłumienie serca dochodzi do linii przymostkowej prawej, na lewo zaś przekracza nieco linię sutkową; uderzenie koniuszkowe słabo widzialne i wyczuwalne w V. przestworze międzyżebrowym; nad koniuszkiem serca szmer skurczowy i rozkurczowy; nad tętnicą płucną słaby szmer skurczowy udzielony; ton rozkurczowy wzmocniony; nad tętnicą główną dwa tony słabo słyszalne. Tętnice sprychowe bardzo słabo napięte, fala bardzo niska, tętno ledwie wyczuwalne, niemiarowe. Żyły szyjne silnie wypełnione, tętnią ujemnie. Wątroba znacznie powiększona, macalna, twarda; śledziona wypukiem powiększona, nie macalna. Brzuch silnie wzdęty

w całości; obwód jego przez pępek 103 ctm.[3]; wybitne chełbotanie. Ilość moczu (24 godzin), 500 ctm.[3]; w moczu niema składników nieprawidłowych.

W pierwszych dniach pobytu chorej w szpitalu zastosowano leki moczopędne, jednak bez wybitniejszego skutku; od 24/10 podawano diuretynę z mocznikiem w dawce zwykle używanej, a już 27/10 ilość moczu wynosi 1700 ctm.[3], a w pierwszych dniach listopada dochodzi do 2000 ctm.[3] i wyżej. Obwód brzucha przez pępek wynosi 29/10 99 ctm., 9/11 88 ctm., a 16/11 84 ctm. (wobec 103 ctm. w dniu 16/10). Obrzęk i sinica kończyn dolnych stopniowo zmniejszają się tak, że w dniu wyjścia, t. j. 18/11 1900, pozostaje zaledwie ich ślad. Stłumienie serca przekracza nieco na prawo linię środkową ciała; zmiany przysłuchowe te same. Żyły szyjne wybitnie mniej przepełnione. Tętnica słabo wypełniona, fala niska, tętno 84, lepiej nieco wypełnione, wybitnie mniej niemiarowe.

IV. *O. Ł.* l. 28, wyrobnica. Rozpoznanie: *Cirrhosis hepatis.* Na twarzy i wargach lekka sinica. Stłumienie serca prawidłowe; nad koniuszkiem serca dwa tony czyste, głuche, nad tętnicą płucną drugi ton wzmocniony. Tętnice sprychowe miernie wypełnione, tętno 64, miernie napięte, miarowe. Brzuch wzdęty, więcej nieco po stronie prawej, wybitne chełbotanie, obwód 90 ctm. Wątroba powiększona wypukiem, macalna, sięga cztery palce poniżej łuku żebrowego, twarda, o powierzchni chropowatej. Śledziona wypukiem powiększona, nie macalna. Kończyny dolne sine, nie obrzękłe. Ilość moczu (w 24 godzinach) 800 ctm.[3]; w moczu składników nieprawidłowych niema. 4/10 zastosowano diuretynę w połączeniu z mocznikiem, w dawce wspomnianej powyżej; piątego dnia po podaniu tego leku ilość moczu wzrosła do 1900 ctm.[3], a w następnych dniach wynosiła średnio 1300 ctm.[3]. Obwód brzucha w połowie września wynosił już 86 ctm., w październiku 76 ctm. (wobec 90 ctm. z dnia 2/9).

Stan chorej poprawia się znacznie — uczucie ciągłej duszności, jakoteż często występujące bicie serca i niepokój ustępują zupełnie. Tętnica nieco lepiej wypełniona, tętno 72, miarowe, dość dobrze napięte. Chora na żądanie zostaje wypisaną ze szpitala w dniu 30/10 1900 r.

Z ogólnej liczby (23) przypadków niewyrównanych wad zastawek serca, w których stosowaliśmy prawie wyłącznie diuretynę w połączeniu z mocznikiem, mieliśmy około 70% korzystnych wyników leczenia. Do przypadków, w których to leczenie najlepsze przyniosło wyniki, zaliczam cztery przypadki niewyrównanej niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównej, gdzie z powodu stale podwyższonego parcia krwi w tętnicach kofeina jest wprost przeciwwskazaną z powodu swego wybitnego działania na ośrodki naczynioruchowe. To samo mniej więcej można powiedzieć o wynikach leczenia niewyrównanych wad zastawki dwudzielnej, połączonych niekiedy z wielkimi obrzękami i przesiękami, a nawet ze względną niedomykalnością zastawki trójdzielnej; częstokroć działanie tych leków było tak dodatnie, że nie potrzebowaliśmy uciekać się do podawania naparstnicy itp.

Pozostałe 30% przypadków, w których ten lek albo zupełnie nie działał, albo wyniki leczenia były zamało widoczne, tyczą się prawie wyłącznie wad zastawki dwudzielnej; podawana naparstnica również zawodziła, a przyczyną tego we wszystkich tych przypadkach było najprawdopodobniej zwyrodnienie włókniste mięśnia sercowego, co w dwóch przypadkach rzeczywiście sekcya stwierdziła.

Z dziesięciu przypadków marskości wątroby, leczonych diuretyną w połączeniu z mocznikiem, w trzech ilość moczu w trzech do pięciu dni po podaniu leku wzrastała często w dwójnasób i na tej wysokości utrzymywała się w następnych tygodniach; obwód brzucha zmniejszał się wprawdzie powoli, ale stale. Stan ten trwał przy tem leczeniu stale przez cały czas pobytu chorego w szpitalu i takim nawet pozostawał przez czas dłuższy, jeżeli chory nie przerywał leczenia po wyjściu ze szpitala, co stwierdziłem w jednym przypadku (po $2^1/_2$ miesiącach).

W pięciu przypadkach marskości wątroby, połączonej z wielkim przesiękiem w jamie brzusznej, gdy podobne leczenie prowadzone przez czas dłuższy, nie dawało zadawalniających wyników, wypuszczałem trójgrańcem płyn z jamy brzusznej i zauważyłem, że ilość moczu często już trzeciego lub czwartego dnia po tym zabiegu wzrastała znacznie i stale się utrzymywała na osiągniętej wysokości, jeżeli leczenie było systematycznie dalej prowadzonem.

Miałem sposobność po kilku, (trzech i czterech miesiącach) spostrzegać dwie takie chore, które z powodu innego cierpienia zgłosiły się ponownie do szpitala i nie dostrzegłem wybitniejszych zmian na gorsze, mimo, że jedna z nich od miesiąca zaprzestała leczenia.

Na podstawie doświadczeń zebranych na dość dużej liczbie chorych mogę śmiało zalecić diuretynę, a szczególnie kombinacyą jej z mocznikiem, jako dzielny środek leczniczy, nawet jako lek wyłączny nietylko w niewyrównanych wadach zastawek półksiężycowych tętnicy głównej, ale także zastawki dwukończystej.

Mamy nadto w diuretynie i moczniku leki działające korzystnie w przypadkach marskości wątroby, a powiększa ich wartość znacznie ta własność, że są mało trujące, a wskutek tego można je podawać długo i w stosunkowo dużych dawkach.

VI. Oceny i sprawozdania.

Kilka uwag o ruchu krytyczno-filozoficznym w naszej literaturze i o najnowszej pracy Biernackiego „Zasady poznania lekarskiego". Warszawa, 1902.

Dzieło E. Biernackiego „Zasady poznania lekarskiego" jest wyrazem filozoficznego kierunku, który w ostatnich latach dość wyraźnie zaznacza się w naszej literaturze. Na kierunek ten złożyły się dwa czynniki: 1) ogólny, teoretyczny i krytyczny prąd w spółczesnej nauce lekarskiej: 2) odrodzenie pod wpływem tego prądu popularnych niegdyś u nas poglądów Chałubińskiego.

Zmiana prądu w spółczesnej nauce lekarskiej datuje się od czasu, kiedy postępy bakteryologii zreformowały zasadniczo nasze poglądy na patogenezę wielu spraw chorobowych. Postępy te, zwłaszcza nauka o toksynach, wywołały reakcyę przeciwko bezwzględnemu panowaniu anatomii patologicznej w medycynie. Obudził się ruch krytyczny w kierunku wywalczenia dla kliniki pewnej samodzielności. Z drugiej strony pojęcie toksyn, jako przyczyny znajdowanych zmian anatomicznych, mimowoli jakby odrodziło humoralną patologię, stojącą w wyraźnem przeciwieństwie do dotychczasowej komórkowej patologii Virchowa. Okoliczność ta wysunęła na pierwszy plan zagadnienia z chemii biologicznej, tyczące przemiany materyi. Tutaj jednak spotkano na razie duże braki faktyczne; aby więc znaleźć mniejwięcej zadawalniającą odpowiedź na postawione zagadnienia, trzeba było dopełniać te braki teoryą. Ztąd powstała przewaga teoryi w kierunku spółczesnych badań naukowych w zakresie medycyny. Jeżeli do tego dodamy ogólny zwrot myśli ludzkiej ku idealizmowi na schyłku XIX-go wieku, to w zupełności wyczerpaliśmy już czynniki, jakie złożyły się na zmianę kierunku badań lekarskich w ostatniem dziesięcioleciu.

Ta zmiana mniej wyraźnie i powoli tylko rozwijała i rozwija się w nauce niemieckiej. Anatomia patologiczna zapuściła tu głębokie korzenie; całe pokolenia lekarzy wychowały się pod jej wpływem; to też na mocy tradycyjnej inercyi reformatorski ruch nie mógł tu przyjąć odpowiednich rozmiarów. U nas okoliczności złożyły się inaczej. Przewaga anatomii patologicznej ugruntowała się dopiero w ostatnich dziesiątkach lat XIX-go wieku pod wpływem nauki niemieckiej; do ostatniego prawie czasu wśród starszej generacyi lekarzy żywą jeszcze była tradycya starej medycyny francuskiej, opartej przeważnie na spostrzeżeniach klinicznych. Nic więc dziwnego, że nowy zwrot w nauce lekarskiej znalazł u nas bardzo prędko wyraźny oddźwięk i przybrał rozmiary jak na nasze stosunki imponujące.

Do tego w wysokim stopniu przyczynił się autorytet Chałubińskiego, pod którego hasłem ruch ten był u nas zapoczątkowany. Chałubiński kształcił się w uniwersytetach niemieckich pomiędzy 1840 a 1850 r., w czasie, kiedy ruch na polu anatomii patologicznej, który nadał później tak wybitne piętno medycynie niemieckiej, dopiero się tam zaczynał. W tym czasie na uniwersytetach niemieckich panowały jeszcze poglądy z jednej strony ustępującej już filozofii natury, a z drugiej medycyny klinicznej francuskiej z początku XIX-go wieku. Te ostatnie zdaje się wywarły największy wpływ na Chałubińskiego, i w nich to bodaj należy szukać źródła całokształtu jego poglądów na medycynę. Po ukończeniu studyów lekarskich Chałubiński osiadł w Warszawie i tu długi czas był czynny, jako wzięty lekarz praktyk. Dopiero około roku 1860, kiedy osiągnął już olbrzymie powodzenie w praktyce, zaczął swoją działalność profesorską, którą zresztą zajmował się niedługo, gdyż wkrótce, po zamianie szkoły głównej na uniwersytet, opuścił zajmowaną katedrę. Wpływ Chałubińskiego na ogół spółczesnych lekarzy w Warszawie pomimo krótkiej działalności profesorskiej był ogromny. Niesłychane wzięcie, jakie miał w praktyce, duża wiedza, zalety osobiste i ogromne zdolności czarowały wszystkich lekarzy, którzy mieli z nim ciągłą styczność na częstych naradach. Ulegali więc wszyscy jego wpływowi pomimo różnolitości kierunków i szkół. W Warszawie długi czas (prawie przez lat 30) nie było wyższego zakładu naukowego lekarskiego, ogół więc lekarzy ówczesnych przedstawiał dziwną rozmaitość: byli pomiędzy nimi wychowańcy szkół z Dorpatu, Wilna, Moskwy, Kijowa, Wiednia, Paryża, Krakowa. Chałubiński swoim osobistym wpływem stopił te wszystkie różnice i stworzył szkołę, do której weszli w przeważnej większości jego koledzy, lekarze praktyczni, a w części tylko jego uczniowie.

Szkoła ta zagadnienia praktyczne wysunęła na pierwszy plan. Dla Chałubińskiego, jako przedewszystkiem lekarza praktyka, medycyna była tylko sztuką leczenia. Zagadnieniami naukowemi, t. zw. czystą nauką, interesowano się o tyle tylko, o ile ta ostatnia swojemi zdobyczami mogła się przyczynić do postępu lecznictwa. Umiejętna dyagnoza i umiejętne wskazania lekarskie, — oto główne zadanie, jakie szkoła ta lekarzowi wskazywała i w tym tylko kierunku zaznaczył się jej korzystny wpływ. Szkoła ta spopularyzowała, (jeżeli nie stworzyła) drobiazgowe, systematyczne badanie chorego, oraz niewątpliwie stworzyła wielkiej wartości metodę logiczną wskazań lekarskich. Na sam postęp nauki szkoła Chałubińskiego nie wywarła żadnego wpływu, co zresztą wynikało już z zasady, wysuwanej przez tę szkołę na pierwszy plan.

Szkoła ta nie przetrwała długo, sam twórca przeżył jej upadek. Od roku 1873 młodszy zastęp ówczesnych lekarzy, pomiędzy którymi byli nawet uczniowie Chałubińskiego, zaczął przeszczepiać idee medycyny naukowej niemieckiej, znajdującej się podówczas w dobie rozkwitu; wysunięto zagadnienia naukowe na pierwszy plan, a do lecznictwa praktycznego wprowadzono skrajny krytycyzm. Idee te, rozszerzane systematycznie bądź przez tłómaczenia licznych podręczników niemieckich w „Bibliotece umiejętności lekarskich“, wydawanej przez Girsztowta, bądź przez prace, ogłaszane początkowo w „Medycynie“, a od roku 1880 w „Gazecie lekarskiej“, szybko bardzo rozpowszechniły się i zapanowały w literaturze.

Rzecz godna uwagi, że zacięta walka, jaka się wtedy toczyła pomiędzy szkołą Chałubińskiego a młodymi adeptami czysto-naukowej medycyny, prawie nie znalazła odgłosu w ówczesnej literaturze. Zwolennicy Chałubińskiego nie przyjmowali wcale udziału w ruchu piśmienniczym, walka więc toczyła się tylko w praktyce. Wobec tego zwycięstwo młodych było łatwe, szkoła dawna, nie zasilana nowemi siłami, traciła coraz więcej zwolenników i ostatecznie ślady jej zasad pozostały tylko w wykonawstwie kilkunastu starszych lekarzy warszawskich.

Dopiero kiedy po roku 1890 w literaturze zagranicznej zaczęła się reakcya przeciwko przewadze anatomii patologicznej, kiedy klinika zaczęła się upominać o niezależne dla siebie stanowisko, kiedy obok zagadnień czystej nauki zaczęto wydobywać na jaw i zagadnienia praktyczne, tradycya szkoły Chałubińskiego odżyła. Odrodzenie to nastąpiło nie w dawnej, czysto praktycznej postaci, lecz w nowej, opartej na krytyce filozoficznej. Takim sposobem powstał ów kierunek filozoficzny, o którym wspomniałem na początku.

Pierwszy ruch w tym kierunku przypisać należy niewątpliwie Zygmuntowi Kramsztykowi, uczniowi Chałubińskiego. Należał on jako okulista do grona młodych lekarzy, którzy zakupili w r. 1880 „Gazetę lekarską“, tworząc z niej własny organ dla propagowania zasad czystej nauki.

W „Gazecie lekarskiej“ oprócz licznych prac okulistycznych pomieszczał on artykuły treści krytycznej ogólnej. W artykułach tych poruszał wiele ciekawych zagadnień naukowych i praktycznych, wskazując w nich na pewne zasadnicze błędy, wynikające z podporządkowania praktycznych celów medycyny pod zadania czystej nauki, z przenoszenia żywcem metod właściwych innym naukom do badań zawiłych zjawisk biologicznych itp. Szkice te, pisane żywo, z zacięciem polemicznem, stanowiły w naszej literaturze pierwszy wyraz reakcyi przeciw wyłącznemu traktowaniu medycyny ze stanowiska czystej nauki. W roku 1897, kiedy już ruch krytyczny przybierał u nas coraz większe rozmiary, Kramsztyk zakłada własny organ „Krytykę lekarską“, aby ruch ten zogniskować i nadać mu więcej jednolity kierunek. Odtąd na łamach „Krytyki lekarskiej“ ogniskuje się cały ten ruch filozoficzno-krytyczny, zyskując coraz większy zastęp zwolenników.

Nie jest moim zamiarem opisywać tu szczegółowo rozwój wspomnianego kierunku filozoficzno-krytycznego. Chciałem tylko w krótkim zarysie dać czytelnikom „Przeglądu lekarskiego“ pewne pojęcie o sprawie, która dziś jeszcze ma charakter poniekąd lokalny i nie jest znaną dobrze lekarzom z innych dzielnic kraju naszego. Wstęp taki jest zresztą potrzebny, ażeby zrozumieć przedmiot dzieła, które obecnie mamy zamiar krytycznie rozpatrzyć.

Dzieło Biernackiego „Zasady poznania lekarskiego“ jest trzecią z rzędu pracą tego autora, poświęconą zagadnieniom ogólnym i krytycznym w zakresie medycyny. Pierwszą była praca, wydana przed czterema laty w „Bibliotece dzieł wyborowych“ p. t. „Istota i granice wiedzy lekarskiej“. Dzieło to w szerokich kołach lekarskich nie wywarło dodatniego wrażenia. Autor w zapale polemicznym zanadto podkreślał i wysuwał myśli, które za słuszne można było uważać tylko przy odpowiedniem ich oświetleniu. Wzięte zaś bezwzględnie, w oderwaniu od całego toku rozumowania, przedstawiały rzecz fałszywie, co tembardziej za błąd uważać należało, że praca Biernackiego była przeznaczona nie dla specyalistów, lecz dla szerszego koła czytelników.

Druga praca tegoż autora, która wyszła nakładem „Przeglądu filozoficznego“ p. t. „Chałubiński i obecne zadanie lekarskie“, zawierała rozbiór poglądów naukowych Chałubińskiego, oraz nawiązane do nich osobiste poglądy autora na zadania medycyny. O dziele tem niewątpliwie dużej wartości zdawałem swego czasu sprawę w „Medycynie“.

Obecna praca, którą autor uważa za konsekwentne dopełnienie poprzednich swych dzieł, jak sam tytuł wskazuje, ma być teoryą poznania, zastosowaną do medycyny. Że taki rozbiór zasadniczych zagadnień poznania w zastosowaniu do biologii i związanego z tą nauką wykonawstwa lekarskiego był koniecznie potrzebny, o tem chyba nie może być dwóch zdań. Biologia, jako najmłodsza prawie nauka przyrodnicza, nie dosięgła tego stopnia rozwoju, co fizyka i chemia. Mając za przedmiot zjawiska niezmiernie złożone

i trudne do rozwikłania, biologia nie mogła w poznaniu dojść do wyników bezwzględnie pewnych. To też poznanie biologiczne pod wieloma względami różni się od poznania fizycznego lub chemicznego i zajmuje niejako pośrednie miejsce pomiędzy poznaniem w zwykłem, potocznem tego słowa znaczeniu, a poznaniem naukowem. Te różnice w zasadach i wynikach poznania mają niewątpliwie wielkie znaczenie w praktyce lekarskiej, w ustanawianiu naszych wniosków prognostycznych i terapeutycznych. Ztąd też wykazanie i uświadomienie tych różnic stanowi rzecz pierwszorzędnej wagi. W jakich rozmiarach istnieje w biologii pewność, a w jakich prawdopodobieństwo, jak się przedstawia fakt, hipoteza i prawo przyrodnicze w tej nauce, jaka jest różnica w pojęciu przyczyny i jakie z tego wynikają następstwa, czy celowe pojmowanie zjawisk życia jest uzasadnione i wiele innych tym podobnych zagadnień budzić powinny słusznie zainteresowanie całego ogółu lekarskiego.

Dzieło Biernackiego nie wyczerpuje wszystkich tych zagadnień. Autor z całego ich szeregu poruszył tylko dwie sprawy: stosunek teoryi do praktyki, nauki do wykonawstwa (rozdział I-szy i rozdział II-gi), oraz pojęcie przyczynowości (rozdziały IIIci, IV-ty i poczęści V-ty).

Pierwszą sprawę autor dość obszernie rozbiera, zastanawia się kolejno nad określeniem rzemiosła, sztuki i nauki, wykazuje wzajemny ich stosunek, genezę nauki czystej i jej wpływ na postępy utylitarne, powstawanie t. zw. nauk stosowanych, do których zalicza medycynę. Autor zaznacza, że wszędzie nauka czysta wywarła wielki i ożywczy wpływ na rzemiosła i sztuki, w jednej tylko medycynie wyraził się obok niezaprzeczonych dodatnich następstw pewien bardzo wyraźny wpływ ujemny. Ten wpływ ujemny zaznaczył się przez zły kierunek myślenia, jaki nauka czysta nadaje, a właściwie „nakazuje“ lekarzowi praktycznemu. Patologia, jako nauka czysta, wyodrębniła cały szereg gatunków chorobowych i „nakazuje“ wyszukiwać te gatunki u chorych w praktyce lekarskiej. Ów gatunek chorobowy, stanowiący tylko abstrakcyę, twór pojęciowy umysłu, staje się wobec tego punktem oparcia w działaniu praktycznem lekarza. I z tego wynikają najgorsze następstwa. Lekarz wyszukuje zapomocą rozmaitych sposobów dyagnostycznych nie rzeczywistość, lecz abstrakcyę, nazwę choroby. Ta abstrakcya stanowić ma punkt oparcia dla leczenia. Tymczasem w praktyce okazuje się to niemożliwe, lub prowadzące bezpośrednio do błędnych wniosków i błędnego działania. Tutaj właśnie, jak twierdzi autor, wyraża się wybitnie „dywergencya“ pomiędzy teoryą i praktyką. Lekarz, chcąc działać, chcąc leczyć, musi „wyzwolić bieg swych myśli z tej błędnej kolei, na jaką je kieruje cała architektura spółczesnej naukowej medycyny“. Słowem występuje tu poniekąd „bankructwo czystej nauki“ w zastosowaniu do zadań medycyny praktycznej.

Dla praktyki lekarskiej o wiele ważniejszem jest poznanie nie gatunku chorobowego, lecz przyczyny spostrzeganych u chorego niecelowych przejawów życia (objawów choroby). Całe więc rozpoznawanie lekarskie powinno postępować drogą wyszukiwania łańcucha związku przyczynowego od spostrzeganych objawów aż do najwyższych przyczyn, szkodliwości, jakie nam spółczesna nauka wskazuje. Rozpoznawszy taką najwyższą przyczynę, lub szereg najwyższych przyczyn, mamy już w nich wyraźny punkt oparcia dla naszych zabiegów leczniczych, mamy już dane wskazania lekarskie. Dzisiejsza więc dyagnostyka lekarska z jej rodzajami i gatunkami chorób jest nietylko dla praktyki lekarskiej bez wartości, lecz nawet poniekąd szkodliwą, gdyż odwodzi umysł od jedynie racyonalnej i ważnej dla lecznictwa drogi rozpoznawania przyczynowego.

Tak się przedstawia w krótkości treść dwóch pierwszych rozdziałów. Nie można zaprzeczyć, że rozumowanie autora jest oparte na przesłankach poważnych, że czytelnik musi mu przyznać w pewnym względzie racyę, ale zarazem rzuca się w oczy pewna przesada, nie uwzględniająca innych okoliczności, rozważająca sprawę całą z jednego tylko stanowiska. Zadanie lekarza nie polega tylko na leczeniu, choć to ostatnie jest najważniejsze; chory i otoczenie jego wymaga od lekarza zdania co do zejścia choroby, środków zapobiegawczych przeciwko szerzeniu się danej choroby itp. Sam autor przyznaje, że ani rokowanie, ani profilaktyka nie są możliwe bez dyagnozy gatunku chorobowego, bez tych wiadomości, jakie nam daje nauka czysta o chorobach. Ale nietylko ten jeden wzgląd przemawia za wartością rozpoznawania gatunku choroby, często przypuszczalne rozpoznanie gatunku przy badaniu otwiera nam dopiero oczy na cały szereg objawów, które bez tego przypuszczenia mogłyby pozostać ukryte i nierozpoznane, jeżeli sam chory nie zwraca na nie uwagi. Co więcej powiem, że samo „rozpoznawanie przyczyn“, jak je autor nazywa, bardzo często pominąć może wiele ważnych szkodliwości, jeżeli istnieją t. zw. w patologii powikłania. Postępując przy badaniu w tym razi drogą analizy przyczynowej, wytłomaczyć możemy spostrzegane zjawiska, nie przypuszczając nawet spółistnienia innych zmian i zjawisk, ukrytych w ustroju, które jednak mogą poważnie wpływać na nasze zabiegi lecznicze.

Słowem w całym toku rozumowania autora jest pewna przesada. Autor chciał wykazać fakt, notowany już zresztą dobitnie przez Chałubińskiego, że rozpoznanie gatunku nie wyczerpuje jeszcze całego myślenia przygotowawczego, że przed leczeniem należy jeszcze drogą szczegółowej analizy połączyć w łańcuch przyczynowy spostrzegane zjawiska i dopiero na zasadzie takiej analizy wyprowadzić wskazania lekarskie. Chałubiński bynajmniej nie potępia dyagnozy gatunku, wymaga tylko, aby ona była dopełnioną przez t. zw. „rozbiór momentów“. Biernacki w tym względzie idzie dalej i z punktu widzenia praktyki lekarskiej nie waha się potępić spółczesnej patologii z jej gatunkami i rodzajami, a nawet głosić bankructwo nauki. W tem przesadnem niejako traktowaniu sprawy zawinił głównie nastrój dzieła krytyczny i reformatorski. Każdy reformator zanadto akcentuje swoje myśli, podkreśla je niejednokrotnie, wysuwa na pierwszy plan, co nie wpływa dodatnio na bezstronne pojmowanie przedmiotu.

Zagadnienie o przyczynowości autor bardzo obszernie rozbiera. Wyborny, mojem zdaniem, jest historyczny przegląd kształtowania się pojęcia w nowej medycynie. Autor kolejno rozbiera poglądy Browna i Broussaisgo na przyczyny chorób, jako na bodźce, które stosownie do swego natężenia, do swej ilości wywołują rozmaite przejawy chorobowe. Następnie autor przechodzi do pojęcia specyficzności przyczyn chorobowych, ustanowionej przez Trousseaux, który wbrew temu, co poprzedni autorowie dowodzili, twierdził, że każda choroba musi mieć swoją specyficzną, jakościowo różną przyczynę. Pogląd ten znalazł swe potwierdzenie w bakteryologii, która ustanowiła dla każdej z chorób zakaźnych jakościowo różne przyczyny w postaci rozmaitych gatunków drobnoustrojów. Z dalszym postępem bakteryologii zamiast morfologicznych pierwiastków przyczynowych wprowadzono pojęcie chemicznej przyczyny (toksyn). Ta ostatnia zmiana pojęcia spowodowała, że obecnie w przyczynach chorób nie upatrujemy tylko czynników zewnętrznych, ale przez analogię przypuszczamy, że mogą istnieć podobne, chemiczne czynniki wewnętrzne, jako przyczyny chorób. Czynnikami tymi mogą być pewne zaburzenia przemiany materyi, zachodzące wewnątrz ustroju, przyczem wytwarzają się nieprawidłowe substancye chemiczne, które odgrywają taką samą rolę przyczyn chorobowych, jak i toksyny bakteryjne, lub trucizny.

Jedną tylko mógłbym tu uczynić uwagę, że autor nie uwzględnił najnowszej fazy w rozwoju pojęcia przyczyny chorób. Najnowsze badania nad toksynami tężca i błonicy zdają się dowodzić, że specyficzność tych trucizn polega na ich powinowactwie chemicznem do pewnych tkanek, a nawet do pewnych części zróżnicowanej protoplazmy komórek, i że zmiany te w tkankach znajdują się w prostym sto-

sunku do ilości trucizny. A zatem badania te zdają się przemawiać, że przyczyny chorób należy pojmować nietylko w znaczeniu jakościowem, lecz i ilościowem.

Po tych historycznych uwagach autor przechodzi do rozbioru spólczesnego pojęcia przyczyny w medycynie i wykazuje słusznie wielkie różnice pomiędzy pojęciem przyczyny w medycynie i tem samem pojęciem w innych naukach przyrodniczych. W medycynie dadzą się wyróżnić trzy rozmaitego rodzaju pojęcia przyczyny: 1) przyczyny chorób, jako całokształtu zjawisk (autor przyczyny te nazywa racyonalnemi); 2) przyczyny pojedynczych zjawisk w chorobie (podług autora t. zw. przyczyny empiryczne) i 3) t. zw. warunki usposabiające i spółdziałające. Autor całym szeregiem przykładów doskonale wyjaśnia różnice, jakie pomiędzy temi pojęciami zachodzą. Pozostawił jednak nierozstrzygniętem pytanie, dlaczego medycyna utrzymuje do dziś te różne pojęcia o przyczynach.

Dzieje się to wskutek tego, że medycyna, jak wogóle cała biologia, stoi dziś na znacznie niższym poziomie, aniżeli fizyka lub chemia. Mając do czynienia z niezmiernie złożonemi zjawiskami, nie jest ona w stanie dotychczas rozłożyć je na proste czynniki. Gdy z czasem uda się taka analiza, wtedy wszystkie te różne pojęcia przyczyny upadną i pozostanie jedno wspólne dla wszystkich nauk przyrodniczych pojęcie przyczyny, polegające na stałem następstwie i na stałym ilościowym stosunku zjawisk. Słowem obecne pojęcie przyczynowości w medycynie ma znaczenie przejściowe tylko.

Autor nie zaznaczył wybitnie tej okoliczności, może zaś mało sięgnął do ogólnych podstaw teoryi poznania i tym sposobem nie mógł dostatecznie wytłómaczyć takich sprzeczności, jak istnienia przyczyny bez skutku, istnienia różnych skutków wobec jednakowej przyczyny, lub różnych przyczyn wobec jednakowego skutku. Okoliczność ta tłomaczy również dobrze częstą zawodność metod doświadczalnych Milla w badaniu zjawisk biologicznych i zawodność zasady „post hoc ergo propter hoc“, która jest źródłem niezliczonych błędów i sofizmatów w naszej nauce.

Nie mogę tu kolejno rozbierać wszystkich poglądów, zawartych w dziele Biernackiego; trzeba napisać drugie takie dzieło, aby przedmiot wyczerpać. Sądzę, że powyższe uwagi dostatecznie wykazują zalety i braki tej pracy. Do zalet należą: sam wybór tematu niezmiernie ciekawego i żywotnego, szerokie uwzględnienie potrzeb i punktu widzenia medycyny praktycznej i żywy, poparty licznymi przykładami sposób dowodzenia. Do braków zaliczyć muszę: pewną przesadę w wynikach rozumowania, zależną od nastroju krytyczno-reformatorskiego całej pracy, małe uwzględnienie zasad ogólnej teoryi poznania i za mało przejrzysty układ dzieła. Jest to rzecz godna uwagi, że prace Biernackiego, pomimo całej żywości i popularności wykładu, czytają się trudno. Nawet dla człowieka obeznanego z przedmiotem wykładu jednorazowe przeczytanie nawet uważne dzieła nie wystarcza dla zrozumienia myśli autora. Trzeba po kilka razy czytać całe rozdziały, aby pojąć, o co autorowi właściwie chodzi. Przyczyną tego jest wadliwy układ pracy; autor przeskakuje z tematu na temat, wraca kilkakrotnie do jednej i tej samej myśli, to znów ją porzuca, aby poruszyć inną sprawę. Jestto wada kompozycyi, autor przystępuje widocznie do pisania bez naprzód ułożonego planu i to stanowi wadę jego prac. Za brak również uważać muszę, jeżeli praca Biernackiego ma być całokształtem teoryi poznania lekarskiego, opuszczenie wielu ważnych zagadnień, jak np. zagadnienia celowości w zjawiskach życia i choroby i t. p.

Pomimo jednak tych braków dzieło Biernackiego w zupełności zasługuje na uważne odczytanie, zawiera ono dużo nowych, krytycznych myśli i otwiera przed czytelnikiem lekarzem nowy horyzont z zagadnieniami, których istnienia ten ostatni nieraz nie podejrzywał. Nakoniec z tego względu zasługuje ono jeszcze na uwagę, że stanowi wyraz oryginalnej swojskiej myśli, może nawet zawiązek przyszłej szkoły.

Tutaj może będzie na miejscu pytanie: czy nowy w naszej literaturze kierunek krytyczno-filozoficzny ma przyszłość przed sobą, czy pchnie on naszą naukę na nowe tory, czy też pozostanie bez żadnego wpływu na dalsze jej losy? Niewątpliwie prąd ten ma wśród lekarzy coraz więcej zwolenników, imponuje nawet ilością prac w naszej dość ubogiej literaturze, ale ma jedną zasadniczą wadę, trzyma się tylko samej krytyki i nie tworzy nic pozytywnego. Taka krytyka może rozświetlić stanowisko, wykryć szczerby i braki, ale w gruncie rzeczy jest dopiero podstawą dla dalszej pracy. A tej właśnie twórczej pracy, wypełniającej spostrzeżone znaki i szczerby, nie widać. Nikt mnie nie posądzi o brak sympatyi dla tego kierunku, sam bowiem przyłożyłem rękę do jego rozwoju; twierdzę jednak stanowczo, że jeżeli kierunek ten ma poprzestać na samej tylko krytyce, to wielkiej korzyści nie przyniesie. *Władysław Biegański.*

VII. Wyciągi.

S. Jankelevitsch (z Bourges). **Gruźlica ukryta migdałów i wybujałości gruczolakowych.** (*Semaine médicale* 1902, Nr. 1). Od czasu poglądów Virchowa, który jeszcze w r. 1863 przypisywał migdałkom wyjątkowo znaczną odporność przeciw gruźlicy, zapatrywania nauki na tę sprawę przebyły ciekawe przeobrażenie. Twierdzenie Virchowa wkrótce okazało się błędnem: przez długi czas jednak badania dotyczyły zwykłych postaci gruźlicy miejscowej, podobnej do tej, jaką spotykamy na błonach śluzowych i dającej się już makroskopowo rozpoznać. Na gruźlicę migdałków utajoną zwrócono uwagę dopiero od niedawna; ponieważ sprawa ta ściśle wiąże się z kwestyą przerostu migdałków, zatem kilka słów o tym przedmiocie.

Pierwotnie uważano przerost migdałków za zwykłą sprawę zapalną, nie przedstawiającą żadnego interesu; od czasu wykazania przez Meyera (1893) związku pomiędzy tym zwykłym przerostem a t. zw. wybujałościami gruczolakowemi, t. j. przerostem migdałka połykowego (inaczej zw. migdałkiem trzecim lub Luschki), sprawą tą poczęto się bardziej zajmować. Wykazano mianowicie, że połyk objęty jest nieprzerwanym pierścieniem o utkaniu limfatycznem a oba migdałki, jakoteż migdałek połykowy, stanowią tylko wybitniejsze punkty tego pierścienia. Co do znaczenia przerostu, jakoteż wybujałości panowała jeszcze ciągle niejasność pojęć. Z początku, jak wspomniano wyżej, nie przypisywano im znaczenia; później łączono to zjawisko z ogólnem usposobieniem zołzowem; wreszcie próbowano zastąpić to pojęcie niejasnem określeniem „limfatyzmu“. Przewrót naukowy, który rozliczne objawy t. zw. zołzowe (n. p. zmiany w gruczołach chłonnych) począł uważać wprost za ukrytą gruźlicę, nasunął pytanie, czy przerostu tkanki limfatycznej połyku również do sprawy gruźliczej odnosić nie należy. Rozliczne badania, przeprowadzone w tym kierunku, wprawdzie ostatecznie kwestyi nie rozstrzygnęły, jednakowoż dostarczyły materyału do wielu ciekawych wniosków.

Pierwsze badania odbyły się na drodze anatomii patologicznej i wykazały, że migdały osób zmarłych na gruźlicę płuc okazują prawie bez wyjątku zmiany gruźlicze, jednak tylko przy badaniu mikroskopowem, gdyż makroskopowo mogą przedstawiać się zupełnie prawidłowo. Schlesinger (1896) formułuje te spostrzeżenia w twierdzeniu następującem: gruźlicy płuc towarzyszy prawie zawsze gruźlica migdałków, jak odwrotnie niema gruźlicy migdałków bez gruźlicy płuc. Ten sam wynik badań osiągnięto co do wybujałości gruczolakowych. Jak widzimy, zaprzeczano zatem możliwości samoistnej, utajonej gruźlicy migdałków. W roku 1895 jednakowoż Dieulafoy, zaszczepiwszy 65 świnkom morskim cząsteczki migdałków, a 35 świnkom cząsteczki wybujałości gruczolakowych osób zupełnie zdrowych, otrzymał w pierwszej seryi 8 przypadków (13%), a w drugiej 7 przypadków (20%) ogólnej gruźlicy. Na tej podstawie Dieulafoy twierdził, że 1) istnieje gruźlica utajona, pierwotna migdałów i wybujałości gruczolakowych, i 2) że objawia się makroskopowo w postaci zwykłego przerostu. Przeciwko tym doświadczeniom posypały się liczne zarzuty, zdaniem autora jednak niedostateczne. Jedne z nich stały na gruncie histologicznym i zarzucały tym doświadczeniom brak kontroli mikroskopowej; tu jednak przeprowadzenie dowodu negatywnego natrafia na ogromne trudności, wymaga niezliczonej ilości przekrojów, a i to jeszcze nie wyklucza możliwości przeocze-

nia. Strauss przeciwstawiał badaniom Dieulafoya swoje doświadczenia, w których wykazuje, iż znalazł prątki gruźlicze w przewodach nosowych osób zupełnie zdrowych. Pomijając to, że do badań tych użył Strauss słuchaczy medycyny i posługaczy klinicznych, a zatem osobników, przebywających ciągle w środowisku z natury rzeczy przepełnionem prątkami gruźliczymi, to doświadczeniom jego oprócz tego brak ścisłości, a mianowicie odróżnienia przedsionka nosowego, w którym znajduje się pełno najrozmaitszych drobnoustrojów, od właściwej błony śluzowej przewodu nosowego, gdzie są one już o wiele rzadsze.

Jakiż tedy związek zachodzi pomiędzy gruźlicą migdałków a ich przerostem? Dieulafoy widzi prosty związek przyczyny do skutku i twierdzi, że jeżeli możliwy jest migdałek przerosły bez gruźlicy, to natomiast każdy migdałek gruźliczy jest przerosły. Autor nie godzi się na to twierdzenie. Wyżej wspomniane badania Schlesingera wykazały przeciwnie w większości przypadków migdałki „małe, blade, twarde i golem okiem widziane zupełnie prawidłowe". Zkąd ta różnica poglądów? Dieulafoy czynił swoje badania na migdałkach wyciętych osobom żywym, a zatem naturalnie miał do czynienia tylko z migdałkami przerosłymi. Trautman posunął się jeszcze dalej, niż Dieulafoy, twierdząc wprost, iż każdy przerost jest natury gruźliczej i opierał się na pochodzeniu dzieci z przerosłymi migdałkami z rodziców gruźliczych, jakoteż na pojawianiu się tego objawu równocześnie u całego rodzeństwa. Opierał się również na twierdzeniu Kocha, iż po wstrzyknięciu tuberkuliny osobnik taki oddziaływa podwyższeniem ciepłoty i silnym obrzękiem tkanek. Przy dalszych wstrzyknięciach oddziaływanie to jest coraz słabsze, aż przerost w końcu znika. W tym kierunku brak niestety doświadczeń na szerszą skalę; oddziaływanie jednak ogólne mogło pochodzić od jakiegoś ukrytego w ustroju ogniska, a odczyn miejscowy mógł być prostym wynikiem gorączki.

Wróćmy do naszego punktu wyjścia i postawmy pytanie, czy istnieje rzeczywiście p i e r w o t n a utajona gruźlica migdałów i jaka jest jej istotna częstość? Tutaj również zachodzi znaczna różnica między badaniami Dieulafoy, dokonanemi na migdałkach osób żywych, a badaniami, przeprowadzonemi na zwłokach. Jak wyżej wspomniano, Dieulafoy znalazł 13% gruźlicy rzekomo pierwotnej migdałków, a 20% wybujałości gruczolakowych, podczas gdy badania Krückmana na zwłokach bez śladu gruźlicy wykazały zaledwo 3% przypadków, a Schlesingera ani jednego! Przyczyna jest bardzo prosta: Dieulafoy uważał za wolne od gruźlicy te osobniki, które przy klinicznem badaniu żadnych zmian gruźliczych nie okazywały, a nie brał w rachubę możliwości ognisk gruźliczych, które, będąc gdzieś ukryte, nie dawały żadnych objawów. Przypadki podane przez nielicznych zresztą autorów, w których po usunięciu migdałków, lub wybujałości gruczolakowych wybuchła gruźlica płuc lub ogólna, również tylko potwierdzają to przypuszczenie. Tę poprawkę zatem musimy wprowadzić koniecznie przy ocenianiu badań Dieulafoy i możemy orzec, iż o ile gruźlica drugorzędna migdałów nie jest zjawiskiem rzadkiem, o wiele rzadszą jest gruźlica migdałów pierwotna.

Jakiemi drogami przychodzi do zakażenia przy gruźlicy migdałków drugorzędnej? Są trzy możliwości; być może, że każda dla pewnej liczby prawdziwa. Pierwsza, to zakażenie przez plwociny, tłómaczenie łatwe i nęcące. Zarzuty: brak zetknięcia z plwocinami migdałka trzeciego, chyba w razie bardzo znacznego przerostu i częstość sprawy gruźliczej migdałków właśnie u małych dzieci, które, jak wiadomo, nie odpluwają. Druga droga, to droga wstępująca: gruźlica przenosi się z gruczołów oskrzelowych na karkowe, a z tych na migdałki. Trzecia droga krwi, napewno jeszcze nie wykazana. Co się tyczy gruźlicy migdałków pierwotnej to, jak wogóle kwestya jej istnienia, tak i droga zakażenia jest dość ciemna. Drogą oddechania zakażenie jest bardzo wątpliwe, drogą odżywienia prawdopodobne wtedy, gdy chodzi o małe dzieci, karmione mlekiem kobiety gruźliczej; w niektórych wreszcie przypadkach przyjmujemy, — na razie przynajmniej, — bezpośrednią dziedziczność.

Na zakończenie słów kilka o rozpoznaniu, rokowaniu i leczeniu ukrytej gruźlicy migdałów. Rozpoznanie bardzo trudne, niekiedy możliwe dopiero przez badanie usuniętych migdałów; jeżeli wynik dodatni, to w takim razie fakt znalezienia ogniska gruźliczego u osobnika, u którego zresztą gruźlicy nie można było przypuszczać, da nam ważne wskazania zapobiegawcze. Rokowanie względnie bardzo pomyślne; ukryta gruźlica migdałów nigdy nie daje powodu do owrzodzeń gruźliczych, jak również niema w piśmiennictwie ani jednego przypadku, gdzieby niewątpliwie było stwierdzone zakażenie drugorzędne płuc, mające za punkt wyjścia gruźlicę migdałów. Leczenie czysto chirurgiczne, zależne od miejscowych wskazań.

Dr. T. Żeleński.

D ü h r s e n. **Kolpoceliotomia przednioboczna, jako nowa pochwowa droga operacyjna w jamie brzusznej.** (*Berl. kl. Wochs.* 1901, Nr. 44). Przytoczywszy historyę kilku swoim sposobem operowanych chorych, opisuje autor sam sposób, polegający na okrojeniu części pochwowej od przodu i boku. Przeciąwszy sklepienia, podwiązuje tkankę okołomaciczną i w ten sposób oddziela od trzonu macicy, w miarę potrzeby przecina w części lub w całości więzadło szerokie, wskutek czego macica staje się bardzo ruchoma i daje się z łatwością wyciągnąć przed szparę sromową, trzymając się tylko na więzadle szerokiem strony drugiej. Operując w ten sposób, łatwo dojść do guzów usadowionych za macicą, lub z jej boku, łatwe jest ich wydobycie, zatamowanie krwotoków i utworzenie odpowiedniego odpływu. Po skończonej operacyi macica, przyszyta do przeciętego więzadła, ma się zupełnie dobrze wgajać, nie zmieniając położenia: odżywienie przez naczynia strony drugiej ma zupełnie wystarczać do prawidłowej czynności macicy. Sposób ten poleca autor szczególnie przy silnych zrostach okołomacicznych, w ostrych sprawach zapalnych w przydatkach, w zapaleniu w miednicy małej, przy krwotokach na tylnej ścianie macicy i wreszcie przy pęknięciu ściany macicy. *P.*

T h o r n. **Praktyczne znaczenie zaniku macicy w czasie karmienia.** (*Münch. med. Wochs.* 1901, Nr. 47). Zanik macicy jest największy w 4-tym miesiącu połogu, to jest wtedy, kiedy jest najsilniejsza wytwórczość mleka. Zanik ten zajmuje głównie trzon macicy, może się jednak przenosić i na jajniki. Zastąpienie podczas karmienia przy braku miesiączki jest dowodem wielkiej zdolności rozrodczej jajników. W $^2/_3$ wszystkich przypadków zanik macicy podczas karmienia jest przeszkodą do zapłodnienia.

U kobiet nawet zdrowych, dobrze rozwiniętych powinien nastąpić podczas karmienia chwilowy zanik samego trzonu macicy. Zanik ten ustępuje albo pod koniec karmienia, albo w 4—6 tygodni po odstawieniu.

Zanik ten czysto fizyologiczny przy nadmiernem przedłużaniu czasu karmienia, albo jeżeli w tym czasie pojawią się choroby ogólne, może sprowadzić zanik patologiczny samej macicy, albo i jajników.

Dlatego karmienie nie powinno trwać dłużej, niż jeden rok, a u osób słabiej zbudowanych 8 miesięcy; podczas karmienia kobiety powinny być forsownie odżywiane.

Powstałe podczas tego zaniku macicy nachylenia i zgięcia ustępują bez leczenia po odstawieniu; w przypadkach tych, gdzie mimo odstawienia zmiany te się utrzymują, można założyć krążek, ale dopiero po pierwszej miesiączce. Jeżeli zanik nie obejmował i jajników, odrodzenie macicy bez żadnego leczenia następuje w sześć tygodni po odstawieniu, w wyjątkowych tylko przypadkach trwa dłużej, i wtenczas należy zastosować leczenie miejscowe. Rozpoznanie zaniku macicy powinno polegać na badaniu oburęcznem; badanie zgłębnikiem jest niebezpieczne, bo z powodu ścieńczonych ścian łatwo nastąpić może przebicie. *P.*

C u r s c h m a n n (Lipsk). **W sprawie rozpoznawczej oceny procesów zapalnych, wychodzących z kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 48 i 49, 1901). Z uwagi, że w przypadkach zapaleń kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego nie można jeszcze dotychczas ściśle oznaczyć chwili do ewentualnego zabiegu operacyjnego, powziął autor myśl badania krwi, względnie zachowania się ciałek białych w odnośnych przypadkach, aby tą drogą dojść do jakichś konkretnych wyników. Otrzymane wyniki, które zresztą bardzo ponętnie się przedstawiają, dadzą się w następujący sposób sformułować:

1) W przeważającej liczbie przypadków można, — na zasadzie liczenia białych ciałek krwi, — na pewno odróżnić przypadki zapaleń wyrostka robaczkowego z prostym, t. zw. włóknikowym wysiękiem, od tych, które skłaniają się do ropienia. Ta zasada ma także i tam znaczenie, gdzie inne objawy (kształt, zbitość, chełbotanie, ciepłota ciała, nakłócie próbne) nie dadzą się zużytkować. 2) Przypadki, nie przechodzące w ropienie, odznaczają się tem, że albo przebiegają zupełnie bez powiększenia liczby białych ciałek krwi, — tu należą prawie wyłącznie lżejsze przypadki, — lub też okazują wprawdzie w początkach choroby nieznaczne wzniesienie się liczby białych ciałek, która atoli w dalszym przebiegu, albo stopniowo, albo wśród kilku lekkich wzniesień dochodzi po 2—3 dniach do stanu prawidłowego. Wyższe bowiem wzniesienie się tej liczby, bez późniejszego wystąpienia ropienia, pojawia się tylko w początkach choroby i to przejściowo; wówczas, uwzględniając już indywidualne wahania, liczba białych ciałek rzadko przekracza 20—22.000 (przyjmując jako stan prawidłowy 8—10.000 w 1 mm.^{3}). 3) W razie, gdy liczba białych ciałek podnosi się już w pierwszych dniach, albo, co rzadziej się zdarza, w późniejszym nieco okresie choroby i utrzymuje się stale na jednej wysokości, wówczas można na pewno przyjąć ropienie, a wtedy zabieg chirurgiczny jest bezwarunkowo wskazany (wykluczywszy poprzednio inne sprawy chorobowe, mo-

gące sprowadzić leukocytozę, jak zapalenie płuc i t. p.). Jeśli liczba białych ciałek krwi dochodzi do 25.000 lub wyżej, wówczas przypadek jest conajmniej podejrzany; — jeśli się dłużej na tej wysokości utrzymuje, rozpoznanie „ropienie“ jest pewne, dłuższe czekanie niema celu. 4) Natychmiast po nacięciu ropnia (jeśli ropa zupełnie odeszła), opada liczba białych ciałek do normy; — nie wystąpienie tego objawu oznajmia, że ropa nie odpłynęła w zupełności, lub że istnieją jeszcze inne ropnie. Tak samo zachowują się białe ciałka krwi w przypadkach przebicia ropnia do pęcherza lub do innych jam podbrzusza: nagłe opadanie liczby białych ciałek przy zupełnem odejściu ropy, a nieznaczne zmniejszenie się liczby, lub ponowne jej wzniesienie, przy niedostatecznym odpływie. 5) Dla rozpoznania odnośnego ropienia jest oznaczenie białych ciałek krwi ważniejszem, aniżeli śledzenie za ciepłotą ciała, przebiegiem choroby, lub za kształtem ewentualnego obrzęku. *Dr. Henryk Pisek.*

Fraenkel. **Zanik macicy w czasie karmienia.** (*Münch. med. Wochs.* 1901, Nr. 52). Autor przytacza podane przez Fromla objawy zaniku macicy, jak brak miesiączki, bóle w krzyżach, przedwczesne objawy starości, przyczem występuje przeciw zapatrywaniom Thorna. Macica u osób nawet niekarmiących w 3-cim i 4-tym miesiącu po porodzie jest najmniejsza, mniejsza od prawidłowej, i później dopiero wraca do stanu prawidłowego. Jest to skutkiem szybszej degeneracyi mięśni, przerosłych podczas ciąży, a obecnie niepotrzebnych, zanim mogą się wytworzyć nowe. Degeneracya ta u osób wyniszczonych i karmiących występuje wybitniej, aniżeli u zdrowych, lub niekarmiących. F. przyznaje istnienie zaniku macicy fizyologicznego. twierdzi jednak przeciwnie jak Thorn, że stan ten dosyć często bez żadnych powikłań tylko skutkiem długiego karmienia może przejść w stan patologiczny, który mimo odstawienia i leczenia usunąć się nie daje. Zanik macicy fizyologiczny ustępuje nie dopiero po odstawieniu, ale jeszcze podczas karmienia. Wreszcie podnosi słuszny zarzut, że wybadanie jajników ulegających zanikowi nietylko dla lekarza praktycznego, ale nawet dla specyalisty jest trudne, a nieraz niemożliwe, a więc jako czynnik rozpoznawczy zaniku patologicznego nie może być uwzględniane. *P.*

Dr. R. Benesch. **Przyczynek do nauki o zatruciu nasionami dziędzierzawy.** (*Wiener med. Presse* 1901, Nr. 21). Autor opisuje dwa przypadki ciężkiego stopnia zatrucia nasionami dziędzierzawy (*Datura Stramonium*) u dzieci. Jeden przypadek dotyczył dziewczynki 3-letniej, która miała spożyć nasiona dziędzierzawy, wybrane z kilku owoców. W trzy godziny po spożyciu wystąpiły objawy zatrucia; w cztery godziny autor udzielił chorej pomocy lekarskiej, stosując lewatywę, po której odeszła znaczna bardzo ilość kału i prawie łyżka stołowa nasienia dziędzierzawy. Skutek był nadzwyczajny, dziecko uspokoiło się, zasnęło, a po 24 godzinach wróciło do zupełnego zdrowia. W drugim przypadku spożył 5-letni chłopiec trzy nasionka dziędzierzawy. W cztery godziny potem wystąpiło uczucie ogólnego osłabienia, a po dalszych dwóch godzinach objawy silnego zatrucia; w trzy godziny potem wymioty, a następnie sen niespokojny. W kilka godzin później pojawił się drugi napad zatrucia, i wtedy, a więc 24 godzin po spożyciu nasion, wezwano autora. Po podaniu lewatywy, a wewnątrz 2% roztworu wodorotlenku chloralu, nastąpił spokojny sen, po którym chłopiec się zbudził, czując się zdrowym. Autor zwraca uwagę na nierównomierne działanie nasion; gdy w pierwszym przypadku spożycie znacznej bardzo ilości nasion wywołało wprawdzie silne zatrucie, lecz bez zejścia śmiertelnego, to w drugim spożycie trzech ziarnek, dawki zatem tak małej w porównaniu do poprzedniej, wywołało objawy niemal tak silne, jak w pierwszym przypadku, nie stojące w żadnym związku z wielkością dawki. *Dr. Ig. L.*

Dr. Teodor Dunin. **Zasady leczenia neurastenii i histeryi.** (*Odczyty kliniczne* Nr. 152 i 153). Neurastenia daje dwa szeregi objawów: somatycznych i psychicznych. Pierwsze, wspólne dla wielu cierpień organicznych, obrazu charakterystycznego neurastenii nie tworzą. Do takich objawów należą: bóle głowy, osłabienie, wyczerpywanie się przy pracy, bicie i niepokój serca, brak łaknienia i stolca, wzdęcie i t. d. Drugi szereg dotyczy psychiki neurastenika i jest wysoce charakterystyczny: skłonność do ciągłej samoanalizy, usposobienie do najrozmaitszych obaw i brak woli. Gdy przeważają objawy somatyczne, wystarcza odpoczynek, zaprzestanie nadużyć, usunięcie zgubnej atmosfery kłopotów i trosk. Gdy zaś przeważają objawy psychiczne, to neurastenia stoi już u progu psychóz i wymaga leczenia bardziej złożonego. Najważniejszem jest odwrócenie uwagi chorego od choroby, zmuszenie go do zaprzestania samoanalizy i wpojenie silnego przekonania o braku wszelkiej choroby. By nadać myślom chorego inny kierunek, należy zachęcać go do pracy fizycznej lub umysłowej, do sportów, filantropii, sztuk pięknych. Prócz tego zalecić można odosobnienie, zastosować hipnotyzm, hidroterapię, kąpiele morskie, słoneczne i t. d., a z przetworów farmaceutycznych — brom i arsen. Chorych, tyranizujących swe otoczenie, lub nie poddających się powyższym środkom, należy oddawać do sanatoryów specyalnych. Najlepsza profilaktyka, — to rozsądne, higieniczne i hartujące wychowanie dzieci.

Objawy histeryi są dwojakie: 1) powstałe wskutek wyobrażeń (ideogen), jak np. napady, porażenia, skurcze, i 2) niezależne od wyobrażeń, t. zw. „stigmata“. Wyobrażenia, powodujące objawy histeryczne, mają podstawę rzeczywistą i są nieświadome. Wyobrażeń tych może być kilka, lecz leżą one poza kresem świadomości i w ten sposób powstaje rozdwojenie osobowości, które autor uważa za nieodłączne od histeryi. Aby chorego uwolnić od objawów choroby, trzeba poznać i usunąć owe wyobrażenia nieświadome, do czego najłatwiej prowadzi hipnotyzm. W śnie hipnotycznym lekarz wpaja w chorego przekonanie, że wrażenie już minęło i więcej objawów wywołać nie może. Stosować też można poddawanie przy jednoczesnem wprawieniu chorego w stan przestrachu zapomocą rozpalonego żelaza, faradyzacyi, operacyj pozornych i t. d., albo też przy środkach łagodnych, jak mięsienie, gimnastyka itd. Wreszcie pewne znaczenie lecznicze może mieć odosobnienie. Co się tyczy t. zw. „stigmatów“, to powstają one wskutek ograniczenia pola świadomości, ostatnie zaś jest koniecznem następstwem pochłonięcia części pojętności i uwagi przez życie w sferze wrażeń nieświadomych. Dlatego też po ustąpieniu rozdwojenia osobowości, „stigmata“ znikają bez leczenia. Napad historyczny najlepiej pozostawić bez leczenia, co najwyżej dać lewatywę z chloralu. *Z. Czaplicki.*

Schwidop. **Przyczynek do leczenia zupełnego zarośnięcia zewnętrznego przewodu usznego.** (*Archiv für Ohrenh.* 1901, Tom 53). Schwartze radzi we wszystkich przypadkach zwężenia lub zarośnięcia zewnętrznego przewodu usznego rozszerzyć przewód przez wydłótowanie kości w tylnej ścianie kostnego przewodu usznego, a nie ograniczać się do rozszerzenia lub wycięcia samej tylko blizny zwężającej, lub zamykającej przewód. Autor twierdzi, że już przed Schwartzem przyszedł do tego przekonania i w podobny sposób postąpił w jednym przypadku przed 4-ma laty. W przypadku tym sprawa toczyła się o dorosłego mężczyznę, u którego nastąpiło po urazie zamknięcie zupełne zewnętrznego przewodu usznego przez bliznę. Autor oddzielił przewód uszny, poprowadziwszy cięcie z tyłu po za muszlą. Następnie rozciął tylną ścianę przewodu usznego wzdłuż aż do muszli: drugie cięcie poprowadził tuż koło muszli pionowo do poprzedniego. Tym sposobem z tylnej ściany przewodu usznego otrzymał dwa płaty. Samą bliznę rozciął dwoma krzyżującemi się cięciami: grubość blizny wynosiła 6 mm. Następnie z tylnej ściany kostnego przewodu usznego oddłótował trochę kości i po włożeniu części miękkich na swoje miejsce wytamponował przewód uszny gazą. Przy operacyi znalazł w przewodzie usznym treść kaszakowatą, która powstała ze złuszczonego przyskórka i woskowiny, które nie mogły się wydalić na zewnątrz wskutek zarośnięcia otworu zewnętrznego. Po zupełnem wygojeniu przewód okazywał skłonność do zwężania się tak, że nie można było usunąć tamponu. Wtedy autor wspólnie z dentystą zrobili z kauczuku lejek, który ściśle przylegał do ścian przewodu usznego. Model na ten lejek wzięli w ten sposób, że wewnętrzną część przewodu usznego wypełnili watą, a do reszty przewodu nalali gipsu; tym sposobem otrzymali odlew przewodu usznego i części małżowiny. Chory nosił lejek ten $1^{1}/_{2}$ roku i zaprzestał noszenia dopiero wtedy, gdy przewód uszny nie okazywał więcej skłonności do zwężania się. Obecnie jest cztery lata po operacyi. Jedyne zniekształtnienie, jakie pozostało po urazie, jest cokolwiek niższe ustawienie małżowiny.

Dr. Teofil Zalewski.

Katz. **Przyczynek do nauki o zmianach w kości w przewlekłym suchym nieżycie ucha środkowego.** (*Archiv f. Ohrenh.* Tom 55). K. badał kość skalistą człowieka, który umarł w zakładzie dla obłąkanych, a którego szczegółów anamnestycznych zresztą nie znał. Znalazł on na rozmaitych miejscach, przeważnie jednak w okolicy okienka owalnego, zgąbczenie z jednoczesnem bujaniem kości: zgąbczenie rozciągało się także wewnątrz błędnika od okienka owalnego aż do przewodu słuchowego wewnętrznego. Nad okienkiem owalnem była wybujałość kostna, która ograniczała ruchy strzemiączka, choć to ostatnie było prawidłowo złączone z przedsionkiem. K. znalazł prócz tego zgąbczenie młoteczka i kowadełka i przyległych ścian attyki, w której były ślady przewlekłego zapalenia. Staw między młoteczkiem a kowadełkiem był częściowo zesztywniały. Autor nie zna przeszłości człowieka, z którego zwłok pochodzą kości; zastanawia się jednak, czy zmiany, jakie znalazł w tym przypadku, nie mogą być przyczyną choroby znanej pod nazwą stwardnienia kości (otosklerozy). Że istotą tej choroby w wielu przypadkach są zmiany w kości, jest rzeczą znaną. K. przyłącza się do zdania tych autorów, którzy za przyczynę zmian w kości uważają przewlekłe zapalenie błony śluzowej jamy bęben-

kowej, przechodzące następnie na kość. Dla wyjaśnienia, dlaczego przecież nie we wszystkich przypadkach przewlekłego zapalenia błony śluzowej ucha środkowego przychodzi do zmian w kości, autor przyjmuje pewne usposobienie ustrojowe, które się dziedziczy.

T. Z.

Abesheim. **Przyczynek do bakteryologii płoniczego zapalenia ucha środkowego.** (*Archiv f. Ohrenh.* Tom 53). Badań bakteryologicznych w tym przedmiocie mamy bardzo mało. Wszystkie dotychczasowe badania zgadzają się pod tym względem, że w wydzielinie znajdowano najczęściej paciorkowce i gronkowce. A. badał bakteryologicznie pięć przypadków ostrego zapalenia ucha środkowego; jeden raz znalazł paciorkowca i jeden raz gronkowca białego bez żadnych domieszek, nadto znajdował się jeden raz paciorkowiec, a dwa razy gronkowiec biały w towarzystwie prątka, który w jednym przypadku udało mu się nawet wyhodować; prątek ten rozpuszcza żelatynę, bulion pod jego wpływem mętnieje, myszy nie zabija.

Dr. Teofil Zalewski.

VIII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie z dnia 10 grudnia 1901.

Przewodniczący Radca dworu Prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 12.

1. Prof. Dr. W. Jaworski zdaje sprawę z czynności podkomisyi, delegowanej do zbadania obecnego stanu fabryki wód gazowych K. Rzący i Chmurskiego i sposobu wyrabiania wód leczniczych. Podkomisya ta, w skład której wchodzi Prof. Dr. Jaworski, Prof. Dr. Olszewski (przez swego asystenta P. Matejkę). Doc. Dr. Ludomił Korczyński i Dr. Michał Śliwiński, stwierdziła w dniu 30 listopada 1901 r., że Zarząd fabryki, stosując się do wskazówek komisyi przemysłowo-lekarskiej, zaopatrzył się z wielkim kosztem i trudem w maszyny najnowszego systemu i że wyrabia wody lecznicze z uznania godną starannością i dokładnością, co stwierdza także rozbiór chemiczny tych wód, dokonany przez Prof Dr. Olszewskiego. To też komisya przemysłowo-lekarska po wysłuchaniu tego referatu uchwaliła wyrazić Zarządowi fabryki swoje zupełne zadowolenie i polecić i nadal wody sztuczne lecznicze PP. Rzący i Chmurskiego do użytku leczniczego, pozostawiając Zarządowi fabryki swobodę w ogłoszeniu tak tego polecenia, jakoteż opisu sprawozdania podkomisyi.

2. Członek komisyi P. Konstanty Wiszniewski przedkłada okazy tranu żelazistego i tranu jodowego, wyrabianego na tranie Majera ze świeżych młodych wątróbek. Cena tych przetworów jest bezsprzecznie niższą od cen podobnych przetworów Maggera. — Do ocenienia tych wyrobów uproszono WP. Doc. Dr. Lembergera.

3. Przewodniczący odczytał list Prezesa Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, Prof. Dr. Becka, w którym donosi Prezesowi Towarzystwa lekarskiego krakowskiego o zawiązaniu się w łonie Tow lek. lwowskiego komisyi przemysłowo-lekarskiej na wzór takiej samej komisyi Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. — W liście tym Prezes Tow. lek. lwowskiego »życzy sobie, aby obydwie komisye (lwowska i krakowska) szły ręka w rękę, aby się nawzajem wspierały i przez ciągłe zetknięcie się mogły spełniać swoje zadanie. Na jakich podstawach należałoby oprzeć wzajemny stosunek obu komisyi, to zdaniem prezesa Tow. lek. lwowskiego, — w razie zgody, kolegów krakowskich, — należy pozostawić inicyatywie obydwóch komisyi«. — Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lek. krakowskiego upoważniona przez Prezesa Tow. lek. krak. do bezpośredniego skomunikowania się z takąż komisyą Towarzystwa lekarzy lwowskich uchwaliła wobec tego na wniosek Przewodniczącego nawiązać z komisyą lwowską rokowania co do wzajemnego współdziałania.

4) Komisya, mając sobie odezwą Towarzystwa lekarskiego krakowskiego z dnia 7 grudnia 1901 przydzielony referat wniosku Dr. St. Kwiatkowskiego w sprawie powstrzymania sprzedaży obcych wód mineralnych, przedłożony na posiedzeniu, Tow. lek.l krak w dniu 4. grudnia, poddała szczegóły we wniosku tym zawarte bardzo obszernej i wyczerpującej dyskusyi i upoważniła przewodniczącego, aby wypracował referat i przesłał Tow. lek. krak. do właściwego użytku.

5. Przyjęto z uznaniem do wiadomości, że zarząd zdrojowo-kąpielowy w Swoszowicach rozszerzył sezon kąpielowy w zdrojowisku tem także na porę zimową. *Dr. Michał Śliwiński*, sekretarz Komisyi.

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1898.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

Ogólne uwagi o śmiertelności.

Jak z ustępów powyższych widzimy, największą liczbę ofiar zabierają u nas choroby zakaźne (wszystkie razem wzięte, jednak bez gruźlicy i zapaleń płuc), gdyż na choroby te zmarło razem osób 48,010, t. j. 7·26‰ ludności (w całem państwie zaś tylko 2·87‰ ludności), czyli 24·4% wszystkich zmarłych! A jeszcze rok ten był najlepszym od lat 20. Trzeba zaś wziąść na uwagę, że choroby te zabierają głównie dzieci, czyli część ludności, stanowiącą przyszłość społeczeństwa. Najwięcej dzieci ginie z błonicy i płonicy, — lecz i odra i krztusiec niestosunkowo dużo porywają ofiar. Prócz wielu innych przyczyn tego nieszczęścia na pierwszem miejscu trzeba postawić obojętność, jeśli nie zaniedbanie, ze strony naszego ludu, który bardzo mało troszczy się o swoje potomstwo, zwłaszcza im ono liczniejsze. To też śmiertelność dzieci jest największa w tych powiatach, gdzie najwięcej urodzin.

Ogromną jest także liczba zmarłych na gruźlicę (23,101) i na zapalenie płuc (23,038). Zwłaszcza liczba zmarłych na zapalenie płuc wydaje się, — jeśli ją porównamy ze statystyką częstości tej choroby n. p. w szpitalach, — stanowczo za wysoką. Przypuścić chyba należy, że wliczono tu niewłaściwie pewną część, którą do gruźlicy zaliczyć należało. Tem smutniej przedstawi się wowczas śmiertelność z gruźlicy, już i tak najwyższa w całej monarchii.

Niestosunkowo wielką jest wreszcie liczba zmarłych z powodu „innych przyczyn naturalnych“ (?), bo aż 90,409, t. j. 45·9% wszystkich zmarłych. Świadczyłoby to za niezupełną dokładnością w prowadzeniu wykazów sanitarno-statystycznych, temwięcej że, — jak to stwierdza Sprawozdanie zeszłoroczne, — im mniej w którym powiecie przyczyn śmierci jest stwierdzonych przez lekarzy, tem wyższą jest liczba śmiertelności w tej rubryce. Przyczyna zaś śmierci stwierdzoną została w roku 1898 w całej Galicyi tylko w 49,853 przypadkach na 196,576 zmarłych, a więc zaledwie w czwartej części. Mimo woli nasuwa się domysł, że tylko tę czwartą część zmarłych lekarze widzieli za życia, względnie leczyli, reszta, t. j. 74·65%, a więc trzy czwarte zmarłych nie miała pomocy lekarskiej! Nie mamy odnośnych wykazów z innych prowincyj państwa za rok 1898; lecz daty te zaledwie małym ulegają zmianom, przytaczamy więc liczby z roku 1897. Otóż największą jest liczba Galicyi 74·52%, dalej Dalmacyi 72·08%, Bukowiny 67·67%, dalej Krainy 66·73%, — a potem liczba ta stopniowo maleje do 0·04% dla Wiednia. Pod tym względem Kraków w roku 1898 przewyższył Wiedeń, bo w Krakowie wszystkie przypadki śmierci stwierdzili lekarze.

Z tych „ogólnych uwag o śmiertelności“ wysnućby można zdaniem naszem te wnioski, że I. walkę z chorobami zakaźnemi toczyć nam należy ze zdwojoną energią, bo to nasz wróg najcięższy; II. również zwrócić uwagę baczniejszą należy na gruźlicę i choroby przewodów oddechowych; III. organizować jak najwięcej posad lekarzy okręgowych i tworzyć więcej szpitali prowincyonalnych, każdy z paroma ubikacyami dla izolowania.

II. Zakłady humanitarne i lecznicze.

A. Szpitale.

W roku 1898 przybył do 27 szpitali publicznych nowy szpital powszechny w Przemyślanach, zaś z prywatnych przybył nowy szpital powiatowy w Husiatynie i sanatoryum

dla chorób ocznych prof. Wicherkiewicza w Krakowie na 8 łóżek; było więc szpitali publicznych 28, a prywatnych 56, razem 84. Szkoda, że oprócz małej wzmianki o szpitalu św. Ludwika w Krakowie, sprawozdanie nie podaje bliższych szczegółów o urządzeniu tych zakładów, ich wadach i zaletach. Łóżek w tych wszystkich zakładach było w 1898 r. 5178 (o 103 więcej, niż w 1897 r.). Ciekawa jest tabelka, zestawiona przez c. k. centralną komisyę statystyczną za rok 1896, którą tu w całości przytaczamy:

Na jedno łóżko szpitalne wypada w Tryeście (z przyl.)	94	mieszkańców
» » » » » » Tyrolu	249	»
» » » » » » Salzburgu	252	»
» » » » » » Austryi niższej	255	»
» » » » » » Styryi	307	»
» » » » » » Czechach	649	»
» » » » » » Śląsku	693	»
» » » » » » Morawie	724	»
» » » » » » Dalmacyi	977	»
» » » » » » Bukowinie	1351	»
» » » » » » Galicyi	1359	»

W r. 1898 leczono w publicznych szpitalach galicyjskich razem 52.879 chorych, w prywatnych 16365; największą jest liczba leczonych na choroby weneryczne i kiłowe (8393). Co do wyników leczenia, to w pojedynczych szpitalach, a nawet oddziałach szpitalnych, tak różnie i dowolnie bywają one oceniane, że sprawozdanie pomieszczając odpowiednie tablice, wyraża słusznie powątpiewanie w wiarygodność tych liczb. Podajemy tu więc tylko sumy zebrane ze wszystkich szpitali, z których w roku 1898 wyszło: z publicznych wyleczonych 41162 z prywatnych 11860

z polepszeniem	5173	„	1502
niewyleczonych	2718	„	689
zmarło zaś	3826		1304.

Ciekawych i tych, których to specyalnie zajmuje, odsełamy do tablicy umieszczonej w Sprawozdaniu, a obejmującej „Wykaz chorych wenerycznych i kiłowych, leczonych w r. 1898 w krajowych szpitalach powszechnych" (każdym z osobna). Ważniejsze są wnioski, wysnute z tych tablic: ilość leczonych z powodu rzeżączki zwiększyła się w ostatnich 9 latach o 8%,
leczonych z powodu wrzodu miękkiego zwiększyła się o 6·5%
„ „ „ kiły pierwotnej zmniejszyła się o 36·3%
„ „ „ kiły wtórorzędnej zwiększyła się o 18%.
Najwięcej osób dotkniętych kiłą i ugrupowanych według powiatów do których należą, wypadało na 10,000 mieszkańców Lwowa (37·7), Krakową (28·2), powiatu stryjskiego (22·7), powiatu stanisławowskiego (19·1), podgórskiego (14·8), nadwórniańskiego (12·0), przemyskiego (11·5), kossowskiego (11·1), tarnopolskiego (9·0), lwowskiego (8·9), drohobyckiego (8.8), peczeniżyńskiego (8·7); z pozostających powiatów coraz to mniej, najmniej wreszcie z bocheńskiego (0·5), myślenickiego (0·4), wielickiego (0·6), cieszanowskiego (0.8), dąbrowskiego (0·3), dobromilskiego (0·6) (zaś z powiatu krakowskiego 5·4). Już z powyższego zestawienia, lecz daleko więcej z tablic i uwag dalszych Sprawozdania pokazuje się, jak słusznie ostrzegał prof Jordan Sejm przed szerzącą się w powiatach stryjskim, nadworniańskim, kossowskim i doliniańskim, kiłą. Toteż w szpitalach w Stryju, Kołomyi i Stanisławowie chorzy dotknięci temi chorobami stanowili więcej niż trzecią część wszystkich chorych. Koszta leczenia i utrzymania chorych we wszystkich szpitalach publicznych wynosiły w całej Galicyi razem w r. 1898 kwotę 739.114 złr. Koszta leczenia i utrzymania jednego chorego wynosiły przeciętnie na dzień w szpitalu lwowskim 78·4 cnt., z czego na żywność samą 24·1 cnt., w krakowskim 76·8 cnt., z czego na żywność 27·7, w szpitalach prowincyonalnych przeciętnie 52·6 cnt., z czego na żywność przypada od 11·1 cnt. (Sanok) do 20 cnt. (Ciąg dalszy nastąpi).

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 23 stycznia.

Prezes Towarzystwa samopomocy lekarzy przesyła nam do ogłoszenia następujące »Wezwanie«:

»Petycya o wprowadzenie przymusowego ubezpieczenia lekarzy na wszelkie przypadki życia, w myśl uchwalonego przez Walne Zgromadzenie Tow. samopomocy lekarzy w dniu 22 paźdz. 1901 r. projektu, wniesioną zostanie w lutym do c. k. Rządu i do Rady państwa. Do petycyi tej dołączony być musi spis członków Towarzystwa, a wobec tego rzecz zupełnie naturalna, że petycya tem większej nabiera wagi, im liczniejszy stać za nią będzie poczet członków. Dlatego wzywamy tych wszystkich Kolegów, którzy pragną, aby ubezpieczenie lekarzy wprowadzone zostało i którzy się zgadzają z projektem ustawy, (który w październiku r. z. wszystkim lekarzom w Galicyi, w Bukowinie i w Śląsku został rozesłany), aby niezwłocznie zapomocą kartki korespondencyjnej przystąpienie do Towarzystwa samopomocy lekarzy zgłosili na ręce skarbnika Dra W. Słapy, (Kraków, ul. Kolejowa, 4). Uczynić to należy zaraz w interesie wszystkich lekarzy; opieszałości w tym względzie trudnoby usprawiedliwić.«

Z Wydziału Towarzystwa samopomocy lekarzy.

Dr. Adam Langie, sekretarz. *Dr. Henryk Jordan*, prezes.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof Kader i kol. dr. Chlumský przedstawili chorych, operowanych w klinice chirurg. krak.; kol. dr. Frommer okazał nowy przyrząd chirurgiczny; wreszcie kol. dr. Bier mówił »O nowoczesnych sposobach odkażania mieszkań«.

* Na najbliższej sesyi Sejmu galicyjskiego Wydział krajowy zażąda uchwalenia kredytu na wystawienie pawilonu dla chorób zakaźnych przy krakowskim szpitalu św. Łazarza.

* Wydział krajowy otrzymał z Namiestnictwa i z krajowej Rady zdrowia wnioski, uzasadniające potrzebę utworzenia pięciu nowych okręgów sanitarnych, a mianowicie: w Ubnowie, Dobczycach, Haliczu, Olesku i Strzeliskach Nowych. Nadto rozpoczęto badania w celu dalszego zorganizowania okręgów sanitarnych: w Milówce, Kutach i w Tłustem.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jag. otrzymał Salomon Teufel.

* Do zarządu Tow. lekar. lwowskiego wybrani zostali: doc. dr. A. Sołowij (prezes), dr. Wł. Jasiński (wiceprezes), i S. Ruff (sekretarz). Delegatami na Walne zebranie »Tow. lek. galicyjskich« wybrano Koll.: A Sołowija, Renckiego, Fechtera, Krzyszkowskiego, Kucharskiego, Lachowicza, Trzcinieckiego, Zalewskiego; zastępcami delegatów Koll.. Leńkę, Hojnackiego, Marischlera, Pilewskiego.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień I. Ogólna liczba mieszkańców wraz z wojskiem wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw — urodziło się dzieci 13, zmarło osób 39, mianowicie: z gruźlicy 8, (4 zamiejscowych), z zapalenia płuc 5 (3 zam.), z krztuśćca 2 z płonicy 4, (2 zam.), z duru brzusznego 1.

Tydzień II. Zawarto małżeństw 26, urodziło się dzieci 56, zmarło osób 55, mianowicie: z gruźlicy 11 (1 zamiej.), z zapalenia płuc 5 (2 zam.), z dławca i błonicy 2 (1 zam.), z płonicy 4 (2 zam.), z cholery dziecięcej 1.

* W pierwszym tygodniu styczniowym bieżącego roku stwierdzono ospę w Galicyi tylko w dwóch gminach powiatu turczańskiego; natomiast dur osutkowy panuje w pow. dąbrowskim (1 gmina), nadworniańskim (3 gm.), niskim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.) i złoczowskim (1 gm.).

* Dr. Kazimierz Chełchowski przysłał na ręce Redakcyi »Przegl. lek.« sześć egzemplarzy dzieła p. t. »Wykaz oryginalnych prac polskich za czas od r. 1831 do 1890 włącznie« O tej zbiorowej pracy, w której dr. Chełchowski wziął wybitny udział, pisaliśmy w swoim czasie, wskazując na nią, jako na najlepszy »Index« bibliograficzny polskiego piśmiennictwa lekarskiego za sześćdziesięciolecie, które obejmuje. Zamiarem Szan. ofiarodawcy jest ułatwienie autorom w Galicyi w bardzo nieraz trudnej pracy zestawienia lekarskiego piśmiennictwa polskiego. Idąc za tą szczęśliwą myślą dra Chełchowskiego, przeszlemy trzy egzemplarze do Biblioteki Tow. lek. krak. i drugie trzy do Biblioteki Tow. lek. galic.; a kolegów, trudniących się piśmiennictwem, zwracamy uwagę na ten nabytek.

Za ten dar tak pożyteczny oba Towarzystwa będą szczerze wdzięczne drowi Chełchowskiemu.

* Nr. 154 »Odczytów klinicznych«, wydawanych przez Redakcyę »Gazety lekarskiej«, opuścił prasę; zawiera rozprawę dra

K. Stróżewskiego p. t. »Leczenie bezładu tabetycznego zapomocą odpowiednich ćwiczeń« (metoda Frenkla).

* Austryackie ministeryum handlu w porozumieniu z ministeryum spraw wewn. wydało ze względu na zapalność błonnika *(cellulinum)* rozporządzenie, dotyczące handlu, przechowywania i przewożenia wyrobów z tego materyału.

* Na gruntach berlińskiego szpitala »Charité« ma powstać pawilon dła badania raka; obok dwóch sal dla chorych znajdować się będzie pracownia naukowa.

* Sumptem braci Rothschildów zbudowany został pawilon chirurgiczno-ginekologiczny przy szpitalu izraelickim w Wiedniu. Kierownikiem oddziału chirurgicznego jest doc. Zuckerkandl, a ginekologicznego dr. Fleischmann.

* Ministeryum oświaty, czyniąc zadość podaniu kolegium prof. Wydziału lekar. uniwersytetu wiedeńskiego, powzięło uchwałę urządzenia przy instytucie higienicznym prof. Grubera pracowni bakteryologicznej. zastosowanej do najnowszych wymagań nauki.

* Lekarskie dzienniki niemieckie donoszą, że prof. Behring zamierza całą przyznaną mu nagrodę Nobla, wynoszącą 168,000 mar., ofiarować państwu pruskiemu na utworzenie osobnego zakładu dla terapii doświadczalnej przy uniwersytecie w Marburgu, gdzieby on mógł dalej prowadzić swoje badania w szerszym zakresie nad surowicą.

Mianowania i odznaczenia. Prezydent ministrów mianował prof. Gussenbauera zwyczajnym członkiem najwyższej Rady zdrwia w Wiedniu. Docenci: Ascher (fizyologia) i Howald (anatomia patol.) mian. profesorami w Bernie szwajcarskiem.

Bibliografia:

Doc. dr. A. Vesely: **Kiinicke Vyšetřovaci metody a lékařská technika.** (Zeszyt 5 i 6). W Nr. 26 (zeszłego roku) zwróciliśmy uwagę na pedagogiczny cel tego dzieła i znakomite przeprowadzenie zamierzonego przez autora zadania. W zeszycie 5- i 6-tym autor w dalszym ciągu podaje badanie krwi, plwocin, śliny, wymiocin, soku żołądkowego i t. d., a kończy rozdziałem o wnętrzakach. Chemia, bakteryologia i technika kliniczna po mistrzowsku są zużytkowane, słowem, te dwa zeszyty posiadają wszystkie zalety poprzednich.

— *Postęp okulistyczny* (Grudzień). Wicherkiewicz: Uwagi nad etyologią odczepienia siatkówki. Feinstein: Ciekawy pod względem leczenia przypadek urazu rogówki.

— *Medycyna* Nr. 3. Goldflam: Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (dr. E. Flatau). (c. d.). Karwacki: Znaczenie rozpoznawcze pierwiastków morfotycznych płynu rdzeniowego. (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 3. Higier: Choroba Tay- Sachsa. Gluziński: O wczesnem rozpoznawaniu raka żołądka. (c. d.).

— *Krytyka lekarska* Nr. 1. Giedroyć: Z dziejów higieny w dawnej Polsce. Akt dotyczący urządzeń higienicznych w Wieliczce Kopczyński: Wpływ bicia dzieci na ich zdrowie i charakter.

— *Przegląd felczerski* Nr. 2. M.: Walka z zakażeniem połogowem (c. d.). Cetnarowicz: Organ wzroku a ospa (c. d.). R.: Z dziedziny fizyki i chemii (c. d.). R.: Aseptyka i antyseptyka (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 3. Rubeška: O upotřebeni kaučukových balonů v porodnictwi. (dok.) Výmola: Přispěvek ku therapii akutních zánětů ušnich.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 1. Kopřiva: Epidemia typha u gradskoj topničkoj vojarni u Ljubljani. Mirković: Smrt u porodjaju uslied patholožke mane ili uslied prekomjernoga gubitka krwi sbog raztrgane pupkovine? Opažanja o nadriprimaljstwu. Ioanović: Morfologija i biologija bacilla typha (Eberth), te njegov odnošaj prema abdominalnom typhu.

— *La Presse medicale* Nr. 4. Gouget: O zmianach w wątrobie, zależnych od niedomogi wydzielniczej nerek. Luys: O otrzymywaniu moczu oddzielnie z każdej nerki. — Nr. 5. Lévi: Surowica Trunečka. Romme: Bakteryjne leczenie gruźlicy podług nowej metody prof. Kocha. Busquet: Stała obecność prątka Ebertha we krwi chorych na dur.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 3. Straussler: Przyczynek do etyologii ostrego krwotocznego zapalenia mózgu. Markl: Doświadczalne badania nad przeciwdurowym wyciągiem (Extract) Jeża. Frankl: Nowy perforator na wzór trepana do dziurawienia czaszki.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 2. Oppenheim: O przypadku guza w rdzeniu pacierzowym. Krebs: Elektryczne światło żarowe i zakażenie wewnętrzne. Ruhemann: Prosta metoda do natychmiastowego ilościowego oznaczenia kw. moczowego w moczu. Freund: Nieprawidłowości klatki piersiowej, jako czynnik usposabiający do suchot płucnych i rozedmy (dok.). Menzer: O zapaleniu gardła, gośćcu stawowym, rumieńcu węzłowatym i zapaleniu płuc, oraz uwagi nad etyologią chorób zakaźnych (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 2. Zahn: Zestawienie wszystkich przypadków gruźlicy, badanych pośmiertnie w Genewskim instytucie patologicznym w ciągu ostatniego 25-lecia, ze szczególnem uwzględnieniem pierwotnej i następowej gruźlicy jelit, oraz częstości tamże jednocześnie znajdującego się zwyrodnienia skrobiowatego. Schmidt: O stosunku Langerhansowskiej wysepki (insula) trzustki do cukrzycy. Criegern: O zrostach opłucnowych i stanach pokrewnych z punktu widzenia dyagnostyki diaskopijnej. Frucht: Soxletowski cukier odżywczy, nowa pożywka dla dzieci. Tesdorpf: O zmiennym stosunku zaburzeń cielesnych i umysłowych w histeryi. Jaquet: Przyczynek do techniki graficznego zapisywania tętna. Schanz: Najnowsza teorya Behringa o błonicy. Seubert: Przypadek zgorzeli po płonicy. Roemsch: Plamica krwotoczna w przebiegu gruźlicy płuc.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 3. Litten: Związek zachodzący między schorzeniem ogólnem ustroju a dnem oka. Rosin i Bibergeil: Wyniki barwienia krwi żywej. Feinberg: Czynnik wywołujący schorzałe wyrośle na kapuście. Hansemann: O pasorzytniczej etyologii raka. Kolle i Martini: O dżumie (c. d.). Haassler: O schorzeniach następowych po czerwonce (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 29 stycznia, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy*, posiedzenie nadzwyczajne, na którem koledzy: prof. Ciechanowski i dr. Gliński okażą preparaty anatomo-patologiczne; kol. prof. Kryński demonstrować będzie preparaty, uzyskane z operacyi wycięcia macicy; kol. doc. Maziarski będzie miał wykład p. t „Element przewodzący w układzie nerwowym środkowym i obwodowym z demonstracyą oryginalnych preparatów prof. Apáthyego z Koloszwaru“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 1. Lutego 1902. Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Kilka uwag w sprawie postępowania przeciw- i bezgnilnego w położnictwie.

Podał

Docent Dr. A. Sołowij.

W postępowaniu przeciw- i bezgnilnem posiadamy najznakomitszy środek zapobiegania gorączce połogowej.

Z powodu jednak różnic w zapatrywaniach i sprzeczności, jakie tkwią w wynikach badań bakteryologicznych w zastosowaniu ich klinicznem, nie udało się dotychczas dojść do porozumienia co do wszystkich zasad postępowania przeciw- i bezgnilnego w położnictwie.

Wyniki sprawozdań i rozpraw, przeprowadzonych na Zjeździe ginekologów niemieckich w Berlinie 1899 r., tudzież w sekcyi położniczo-ginekologicznej Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 1900 r., oparte na olbrzymiej liczbie prac, zajmujących się tą sprawą, nie wyświetliły jeszcze niektórych wątpliwości co do postępowania przeciw- i bezgnilnego, związanego tak ściśle z zapobieganiem gorączce połogowej.

Jakkolwiek wyniki badania bakteryologicznego wywarły niezmierny wpływ na znakomity postęp w położnictwie, to jednak nie tłómaczą one wszystkich nader zawikłanych czynników i dopiero skombinowane z doświadczeniem klinicznem, dozwalają nam się zbliżyć do prawdy, której szukamy. W położnictwie bowiem są odrębne warunki i jeszcze trudniej niż w chirurgii dają się zastosować wyniki badania bakteryologicznego do postępowania klinicznego. Dla przykładu podnoszę, że wszystkie dotychczas znane i używane sposoby uzyskiwania wydzieliny pochwy i macicy w celu badania bakteryologicznego nie dają bezwzględnego zabezpieczenia przeciw zanieczyszczeniu drobnoustrojami, znajdującymi się na częściach rodnych zewnętrznych.

Najważniejszem ze wszystkich musi nam się wydać pytanie, jak należy postępować podczas porodu, by zabezpieczyć szczęśliwy przebieg porodu i połogu?

Nie jest moim zamiarem odpowiedzieć szczegółowo na to pytanie, gdyż musiałbym powtórzyć z małemi odmianami to, co zawierają cenne prace: Saengera i Odenthala, Tarniera, Strassmanna i Bylickiego, tudzież Bumma, Doederleina, Kroeniga, Mengego, Hegara, Leopolda, J. Veita, Hofmeiera, Marsa, Mermanna, Steffeka i wielu innych; więc ograniczę się do omówienia kilku zagadnień, które, jako jeszcze niezupełnie wyświecone, przedewszystkiem nas zajmują.

Aseptyka rąk. Z wyjątkiem Ahlfelda, który jeszcze dzisiaj wierzy stanowczo w możność doszczętnego wyjałowienia rąk zapomocą alkoholu, choćby takowe były przedtem zakażone istotami septycznemi i na tem opiera swoje przekonanie o częstości samozakażenia, wszyscy niemal chirurdzy i ginekologowie przyjmują dziś jako pewnik, że skórę rąk można tylko do pewnego stopnia wyjałowić. Wykazali to niezbicie Kroenig, Bumm, Doederlein Küstner i inni. Doederlein wykazał, że nawet bezgorączkowo gojące się rany zawierają drobnostroje, a im dłużej trwa operacya, tem więcej drobnoustrojów znajdujemy w polu operacyjnem. W ciągu operacyi wydostają się drobnoustroje z głębszych warstw skóry rąk i pola operacyjnego na zewnątrz i zanieczyszczają ranę. Dlatego wskazanem jest podczas operacyi częste opłókiwanie rąk w płynie przeciwgnilnym i pokrywanie pola operacyjnego okładami wyjałowionymi, zamaczanymi w płynie przeciwgnilnym.

Co się tyczy mycia rąk, należy podnieść, że jako *minimum* potrzebnego czasu na mechaniczne oczyszczenie rąk i przedramion przyjmujemy 10 minut. Podnoszę ten szczegół, ponieważ przepisy mycia rąk zadowalniają się w ogóle krótszym czasem. Mycie rąk daje się przeprowadzić najskuteczniej za pomocą szczotki, która powinna być zawsze przed użyciem wygotowana i przez cały czas porodu przechowana w rozczynie 1‰ sublimatu. Wióry, którymi nie można tak dokładnie jak szczotką oczyścić wszystkich zagłębień, zwłaszcza około paznogci, mają natomiast zaletę taniości tak, że do każdorazowego mycia można użyć świeżego zwitka wiórów.

Każdy położnik powinien mieć także wśród swoich przyborów choćby mały zapas wyskoku mydlanego *(spiritus saponatus kalinus)*, który przewyższa co do skuteczności wszystkie inne rodzaje mydła (Mikulicz).

Najdzielniejszym ze wszystkich dotychczas znanych i używanych środków przeciwgnilnych jest niezawodnie sublimat. Hoegler wykazał, że sublimat wchodzi z białkiem naskórka w trudno rozpuszczalne połączenie, które działa zabójczo na drobnoustroje i nie daje się zmyć ze skóry rąk nawet zapomocą dłuższego mycia wodą lub alkoholem. Podobnie przekonał się także Bumm, że najmniejsza ilość sublimatu wstrzymuje, lub co najmniej opóźnia rozrost drobnoustrojów. Ponieważ jednak sublimat jest silnie trującym, więc tam zwłaszcza, gdzie położnik jest zmuszony używać go przez czas dłuższy, dobrze jest opłókiwać ręce po sublimacie w 1—2% rozczynie lysolu lub lysoformu, które to rozczyny nadają się szczególnie do celów położniczych, gdyż robią ręce ślizkiemi, a używanie waseliny lub innego tłuszczu zbytecznem.

Nie ulega wątpliwości, że jeżeli użyjemy w dodatku eteru i alkoholu, wyjałowimy tem pewniej ręce; kto jednak poświęci 10 minut na mycie rąk ciepłą wodą, wyskokiem

mydlanym i szczotką, a potem zanurzy ręce na 5 minut w 1‰ rozczynie sublimatu, ten może przystąpić w ogóle z całym spokojem do każdego zabiegu położniczego pod warunkiem, że ręce nie uległy na krótki czas przedtem zanieczyszczeniu przez jakąkolwiek wydzielinę septyczną.

Wystrzeganie się więc zanieczyszczenia rąk, na które ginekolog jest bardzo często narażony, jest bardzo ważnym postulatem. Przy dostatecznej ostrożności można się często uchronić przed niem; jeżeli jednak ręce uległy zanieczyszczeniu, nie pozostaje nic innego, jak 24-godzinna abstynencya. Doświadczenia Doederleina i innych wykazały bowiem, że wszystkie dotychczas znane sposoby mycia i wyjałowienia rąk nie są w stanie wyjałowić rąk zakaźonych. Jałowość rąk zakażonych daje się osiągnąć dopiero po dłuższym czasie, co do którego przyjmujemy 24 godzin jako *minimum* wymaganej abstynencyi. Ponieważ jednak lekarz nie zawsze może się uchylić od natychmiastowego niesienia pomocy, więc nieocenioną wartość posiadają dla niego w tych razach gumowe rękawiczki. Jakkolwiek jeszcze za kosztowne i nietrwałe, rękawiczki gumowe są doskonałem zabezpieczeniem rąk przed zakażeniem i dozwalają wykonywać zabiegi bez niebezpieczeństwa dla chorych, gdyby ręce przedtem zostały zakażone. Z tego powodu mają one wielką wartość jako ochrona przed zakażeniem, tudzież w razie niemożności przestrzegania abstynencyi po zakażeniu rąk.

Ograniczenie badania wewnętrznego. Już w epoce przedantyseptycznej zwrócił Jess *(De puerperarum morbis in instituto obstetricio Kiliensi observatis. Kiel 1866)* uwagę na zbawienność ograniczenia badania wewnętrznego. W ostatnich czasach szczególnie Hegar, Leopold i J. Veit dążyli do ograniczenia badania wewnętrznego, starając się równocześnie udoskonalić ile możności rozpoznanie za pomocą badania zewnętrznego. Dążenie to dzisiaj ogólnie przyjęte, jest niezawodnie słusznem i zabezpiecza najlepiej przed zawleczeniem drobnoustrojów z części rodnych zewnętrznych do pochwy i z pochwy do macicy. Tak samo racyonalną musimy nazwać radę Marsa (O zapobieganiu gorączce połogowej. Kraków 1901), który przestrzega przed wprowadzaniem palca do szyi macicy podczas badania, zwłaszcza w 1. okresie porodowym. Nie zawsze jednak potrafimy się dostatecznie zoryentować, badając palcem przez sklepienie pochwy, przez ścianę szyi lub dolnego odcinka macicy, tak samo, jak nie zawsze możemy się w ogóle obejść bez badania wewnętrznego, które nawet dla bardzo wprawnego specyalisty staje się nieraz w interesie dokładnego rozpoznania pożądanem, a nawet nieodzownem. Tem mniej może się obejść bez badania wewnętrznego lekarz praktyczny i akuszerka, nie mówiąc o jego konieczności w celach dydaktycznych. Dążymy zatem dzisiaj do jak największego wydoskonalenia badania zewnętrznego w tym celu, by ile możności ograniczyć potrzebę badania wewnętrznego, gdzie zaś to ostatnie staje się konieczne, przestrzegamy jak najściślej zasad postępowania przeciw- i bezgnilnego tak co się tyczy rąk, jak i części rodnych zewnętrznych.

Czy przestrzykiwać pochwę podczas porodu i połogu płynami przeciwgnilnymi? Już w krótkim czasie po porodzie znaleźli Stroganoff, Krönig i Vahle liczne drobnoustroje w pochwie noworodków. Döderlein (*Das Scheidensekret. Leipzig 1892)* rozróżnia wydzielinę pochwy prawidłową i patologiczną. Wydzielina prawidłowa oddziaływa kwaśno, zawiera charakterystyczne prątki pochwowe *(bacillus vaginalis Döderlein)*, czasem pleśniawki *(soor)*, a tylko wyjątkowo saprofyty, nie zawiera zaś nigdy drobnoustrojów chorobotwórczych. Doederlein wykazał u 55·3% ciężarnych wydzielinę prawidłową, wśród których było 63·7% pierwiastek, a 38·6% wieloródek. Zatem wydzielina prawidłowa pochwy znajduje się prawie 2 razy częściej u pierwiastek, niż u wieloródek. Wydzielina patologiczna pochwy oddziaływa słabo kwaśno, obojętnie lub alkalicznie, jest w ogóle obfitszą, zawiera ciałka ropne, także saprofyty, niekiedy zaś gronkowce, łańcuszkowce i gonokoki. Szczególne znaczenie mają gonokoki, gdyż wywołują w szyi macicznej obfitą wydzielinę ropną, alkaliczną, która spływając do pochwy, ułatwia rozwój innych drobnoustrojów chorobotwórczych, wytwarzając dla nich korzystne warunki rozwoju. Dlatego wywołują gonokokki często gorączkę w połogu. Doederlein wykazał wydzielinę patologiczną u 44·6% ciężarnych, jednakowoż tylko u 9·2% ciężarnych znalazł łańcuszkowce chorobotwórcze, które wstrzyknięte zwierzętom, wywołały ciężkie objawy zatrucia i dały się z ropy zwierzęcia klasycznie hodować.

Podczas miesiączki i w pierwszych dniach połogu zmienia się flora pochwy, gdyż krew, spływając obficie z macicy, pozbawia wydzielinę pochwy oddziaływania kwaśnego i jest dobrą pożywką dla rozwoju drobnoustrojów. To też Doederlein wykazywał regularnie u położnic już 3—4 dnia po porodzie ubytek prątków *(bac. vag. Doederleini)*, natomiast obfite saprofyty, jakkolwiek wydzielina tych samych położnic, badana podczas ciąży, była zupełnie prawidłowa.

Dla etyologii gorączki połogowej najważniejszym drobnoustrojem jest łańcuszkowiec, gdyż wywołuje najcięższe postacie zakażenia. Badania Steffeka i Wintera wykazały w pochwie tylko 1 raz, względnie 2 razy łańcuszkowce, gronkowce zaś prawie w połowie badanych przypadków.

Menge i Kroenig *(Monatschrift f. Geburtshilfe und Gynaekologie 1899 Bd 9. Hft 6)* rozróżniają w wydzielinie pochwy kilka gatunków łańcuszkowców, których najwyraźniejszą różnicę stanowi zachowanie się wobec tlenu *(facultativ und obligat anaëroben Streptokokken)*. Łańcuszkowce (*obligat anaërobe)* żyją często w pochwie jako saprofyty.

Bumm *(Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynaekologie VIII, 1899)* wątpi, czy łańcuszkowce, znajdowane w wydzielinie pochwy, są identyczne z chorobotwórczym łańcuszkowcem ropotwórczym, gdyż znacznie się różnią morfologicznie, a hodowle łańcuszkowców, uzyskanych z wydzieliny pochwy, wstrzyknięte podskórnie, okazują się tylko bardzo rzadko szkodliwymi. Ten sam łańcuszkowiec, który wywołuje ciężką posocznicę, sprowadza innym razem tylko zapalenie błony śluzowej macicy, które przechodzi po kilku dniach nawet bez leczenia. (Dok. nastąpi).

II. Zbyteczne a często szkodliwe przypalania po ukąszeniach.

Napisał

Prof. O. Bujwid.

Od czasu zastosowania metody Pasteura po ukąszeniach przez zwierzęta wścieklizną dotknięte — odsetek śmiertelności zmniejszył się u leczonych tą metodą do 0.2 — 0.4%.

Zaznaczyć należy, że jestto odsetek ogólny, wynikły z obliczenia ukąszeń w różne części ciała. Najszkodliwsze są ukąszenia w twarz i głowę, tych bywa najmniej około 5%ogólnej liczby; ale śmiertelność z nich największa, gdyż wynosi około 60%. Ukąszenia w rękę są mniej niebezpieczne, liczba ich na sto przypadków wyniesie 20%. Ukąszeń w nogi bywa najwięcej, — można liczyć 75%; śmiertelność zaś z nich nie przenosi 1.5%.

Zestawiając te liczby, otrzymamy na 100 pokąsanych śmiertelność przeciętną 7%,

t. j. z ukąszonych w głowę	5%	śmiertelność	60	t. j. 3
w ręce	20	„	15	„ 3
w nogi	75	„	1.5	„ 1 (okrągło)
				7%.

Ponieważ zaś leczenie metodą Pasteura zmniejsza śmiertelność o 20 razy, — zatem odsetek umierających pomimo leczenia wyniesie 0.35%, — t. j. liczbę bliską wyżej podanej.

Liczba ta może się zwiększyć do 0·5, a nawet i wyżej, przeciętnie jednak nie dochodzi do 1%.

Jakąż jest korzyść przypalań po ukąszeniu? Nie będę w tej chwili przytaczał ani dawniej otrzymanych liczb statystycznych, ani innych dowodów, jakie przytaczają zwolennicy przypalań; zaznaczę tylko, że przypalania nigdy nie mogą tak głęboko sięgać do tkanki, jak sięgnie ją ostry ząb zwierzęcia.

Już z tego powodu należałoby uważać przypalania za bezskuteczne, gdyby nawet były one wykonane w tej chwili po ukąszeniu.

Gdy przyjmiemy na uwagę okoliczność, że przypalania wykonywane bywają najczęściej w kilka lub kilkanaście godzin po ukąszeniu, gdy zarazek może być już daleko od miejsca wprowadzenia, skuteczność przypalań będzie tem mniej prawdopodobną.

W każdym razie przypalania, ażeby były skuteczne, muszą być bardzo głębokie a zatem muszą zniszczyć możliwie głęboko części miękkie, — nieraz aż do kości.

Gdyby w ten sposób stosować przypalania, to najtroskliwiej należałoby wypalać skaleczenia na twarzy, a więc niszczyć części miękkie twarzy, skórę głowy i t. p. Nie robi się tego, gdyż mogłoby takie wypalenie stać się groźnem dla zdrowia, a nawet i życia.

Natomiast, gdy skaleczenie dotyczy ręki lub nogi, lekarz najczęściej wykonywa przypalanie, jakkolwiek jest ono niepotrzebne — ze względu na mniejsze niebezpieczeństwo ukąszenia, jak również ze względu na mającą być zastosowaną metodę Pasteura.

Liczne przypadki, spostrzegane przezemnie, dowodzą, że takie przypalania mogą sprowadzić ciężkie zaburzenia czynności mięśni, a nawet całych członków.

U jednego, ukąszonego w dwa palce ręki prawej widziałem zgorzel suchą całych palców skutkiem silnego przypalenia potażem żrącym. U innego spostrzegłem przykurczenie ramienia; u innych dwu — przykurczenie goleni skutkiem rozległego zniszczenia skóry przez przypalenie.

Codziennem również jest spostrzeganie obfitego i głębokiego zniszczenia tkanek, połączonego z długotrwałem ropieniem po oddzieleniu się obumarłych części skóry.

Łatwo zrozumieć, że człowiek zdrowy i silny, jakimi najczęściej bywają ludzie ukąszeni, traci na długi czas zdolność do pracy i zarobkowania.

Wobec stosować się mającej metody Pasteura, powtarzam, przypalania tak rozległe, że mogą grozić utratą zdolności do pracy, uważam wprost za zbyteczne i szkodliwe i zwracam się z usilną prośbą do pp. kolegów, ażeby starali się mieć tę okoliczność na względzie.

Najlepszym i najskuteczniejszym środkiem, nieniszczącym tkanek, a drążącym w głąb i niszczącym zarazek, jest zwykły nastój jodowy (tra jodi): tego możemy używać przy ukąszeniach, będąc pewni nietylko, że nie sprawimy szkody choremu, ale nawet że daleko pewniej oddziałamy na zarazek, który już głębiej do rany się dostał.

III. Kilka uwag nad wycinaniem macicy przez pochwę z uwzględnieniem metody Döderleina.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

(Ciąg dalszy).

II. Za pomocą metody Döderleina operowałem 8 przypadków, które mi nastręczyły niektóre uwagi. Przypadki te podaję w streszczeniu:

I. *F. W.*, lat 65, wieloródka, operowana przed dwoma laty z powodu raka sutka prawego, — żali się na krwawienia z części rodnych, trwające od 4 miesięcy. Pochwa okazuje uwiąd starczy. Macica w ułożeniu prawidłowem, może nieco pojemniejsza, swobodnie ruchoma; na tylnej wardze części pochwowej guzek wielkości 2-halerzówki o powierzchni nierównej, owrzodziałej, łatwo krwawiący. Tkanka łączna przymaciczna *(parametrium)* wolna. Rozpoznano: *Carcinoma labii posterioris portionis vaginalis uteri.*

Operacyę rozpocząłem ściśle według opisu podanego przez Döderleina. Po przecięciu szyi macicy i otwarciu zatoki Douglasa, gdy nacięto tylną ścianę ciała macicy i chciano szczypczykami uchwycić ścianę macicy, aby ciało jej na zewnątrz wyprowadzić, tkanina poczęła się rwać, szczypczyki niedawały się zaczepić, a co więcej, przekonać się można było, że tylna ściana macicy jest poprzecznie przerwana, a ciało macicy trzyma się w połączeniu z szyjką tylko za pomocą przedniej nienaruszonej ściany. — Między tylną ścianą szyi a tylną ściany macicy powstał odstęp dość znaczny, gdyż ciało macicy, które na początku operacyi leżało w zatoce Douglasa w bardzo znacznem tyłopochyleniu, usunęło się ku górze ku jamie brzucha. Wyznać muszę, że całe to zajście było mi wielce niemiłe i dlatego, skoro należyte uchwycenie ciała macicy się nie udawało, przeszedłem z metody operacyjnej Döderleina do metody Doyena. W tylne sklepienie do jamy Douglasa wprowadziłem kawał gazy jodoformowej, obniżyłem część pochwową, okroiłem ją, oddzieliłem pęcherz moczowy, przeciąłem przednią ścianę szyi macicy, a następnie wyłoniłem ciało macicy przez przednie sklepienie. Zaopatrzenie więzów szerokich nie przedstawiało żadnych trudności. Przebieg pooperacyjny był niezamącony. Pacyentka po 3-ch tygodniach poszła zdrowa do domu.

Oglądając macicę przeciętą, przekonałem się, że tylna ściana szyi macicy była nowotworowo zmieniona i że zmiana sięgała nieco wyżej, aniżeliby to z badania przedmiotowego pierwotnego wnosić można było, gdyż guzek rakowy na tylnej wardze części pochwowej zdawał się być ograniczonym, a zmiana nowotworowa sięgała do połowy długości szyi macicy. Nadto na preparacie stwierdzono, że w tylnej ścianie ciała macicy leżały obok siebie trzy włókniaki wielkości od orzecha leszczynowego do tureckiego, które całą grubość ściany macicy zajmowały. Ściana macicy, otaczająca włókniaki, była zcieńczała i rwała się przy chwytaniu szczypczykami.

II. *M. H.*, lat 37, — 8 razy rodziła, od 2 miesięcy skarży się na znaczne bóle w podbrzuszu i w krzyżach, a nadto na obfite nieregularne krwawienia, połączone ze skrzepami Przypady pęcherzowe. — Macica w ułożeniu prawidłowem, nieco większa, część pochwowa gruba,

wargi odwinięte, do szyi wprowadzić można palec. który wyczuwa chropowatość na przedniej ścianie szyi. Ruchomość macicy prawidłowa, około macicy żadnych nacieków wybadać nie można. Wyskrobano macicę w celu rozpoznawczym, a strzępki uzyskane, badane drobnowidowo, wykazały: *Carcinoma gelatinosum cervicis uteri*.

Operacyę wykonano zupełnie według opisu Döderleina bez najmniejszych trudności; po przecięciu macicy pęcherz był już odłuszczony. Na więzy szerokie założono kleszczyki. Przebieg pooperacyjny bez zaburzeń. W 19 dni po operacyi poszła chora zdrowa do domu.

III. *F. S.*, 53 lat, wieloródka. Od roku cierpi na bóle w podbrzuszu i w krzyżach, od lat dwu zaś miewa obfite żółtawe i różowe odchody. Macica prawidłowo położona, w ciele grubsza, swobodnie ruchoma, koło macicy nacieków żadnych wykazać niemożna. W celu rozpoznania wyskrobano macicę, — a badanie strzępków wyskrobanych wykazało: *Carcinoma corporis uteri*.

Operacyę rozpoczęto ściśle według opisu podanego przez Döderleina. Po otwarciu zatoki Douglasa i nacięciu tylnej ściany macicy, gdy na przecięte brzegi chciano założyć szczypczyki, tkanina rwać się poczęła tak, że powtórzyła się znów historya takasama, jak w przypadku pierwszym, t. j. tylna ściana macicy poprzecznie się przerwała, tworząc szeroką szczelinę poprzeczną. W tym przypadku poradziłem sobie inaczej. Wprowadziłem wskazujący palec lewej ręki głęboko do zatoki Douglasa, zahaczyłem nim od dna ciało macicy i szczypczykami, wprowadzonemi po palcu, włożywszy jedno ramię do jamy macicy, wysoko uchwyciłem tylną jej ścianę, ściągnąłem ku dołowi i wyprowadziłem je do pochwy. Dalszy ciąg operacyi bez trudności. Pęcherz moczowy zastałem odłuszczony, zaopatrzenie więzów szerokich bardzo ułatwione. — Usunięto przydatki macicy. — Przebieg pooperacyjny niezamącony. 19-go dnia po operacyi poszła chora do domu.

IV. *I. S.*, lat 50 licząca, 11 razy rodziła. Żali się od 4 miesięcy na bolesne parcie na mocz, a nadto cierpi już od dłuższego czasu na bardzo obfite odchody wodniste. Na 3 palce nad spojeniem kości łonowych czuć w podbrzuszu guz, wychodzący z miednicy małej, o powierzchni gładkiej, z umiejscowienia i postaci odpowiadający powiększonej macicy. Badanie przez pochwę wykazuje część pochwową grubą, krótką, przesuniętą ku spojeniu kości łonowych, z ujściem szparowatem, drożnem dla końca palca. Dalszy ciąg macicy wybadalny we wszystkich sklepieniach. Przy badaniu stwierdziłem, że macica jest wielkości odpowiadającej 4-mu miesiącowi księżycowemu ciąży, zbitsza, w ciele elastyczna, nieco tkliwa. Z szyi macicy wylewa się obficie ciecz bardzo wodnista i brudna.

W celach rozpoznawczych wyskrobano macicę, przyczem przekonano się łyżeczką, że w macicy znachodzi się guz duży na przedniej ścianie. Cząstki wyskrobane okazują: *endometritis glandularis hypertrophica*. Ze względu na obecność guza i nader obfite odchody, jak niemniej i dotkliwe bóle, postanowiono wyciąć macicę.

Operacyę rozpoczęto sposobem Döderleina. Po przecięciu tylnej ściany macicy odsłonił się w głębi włókniak. Ciało macicy było tak pojemne, że wyprowadzenie jego przedstawiało trudności, dlatego wycięto dwa kawałki guza, poczem macicę wytoczono przed części rodne. Aby się przekonać, w jakim stosunku pozostaje w obecnej chwili pęcherz moczowy do przedniej ściany szyi macicy, postanowiłem macicy dalej nie połowić, ale okroiłem część pochwową w przedniem i w bocznych sklepieniach, łącząc cięcie z nacięciami bocznemi w tylnem sklepieniu. Palcem, wprowadzonym na przednią ścianę szyi macicy, przekonałem się, że pęcherz moczowy prawie oddzielony usuwał się ku górze. Otworzyłem otrzewnę w zagłębieniu pęcherzowo-macicznem i z łatwością zaopatrzyłem więzy szerokie kleszczykami. Guz w macicy wyjętej przedstawił się jako włókniak podśluzowy obumarły, osadzony szeroko w dnie macicy. Macica, przechowana wraz z wyciętymi z włókniaka kawałkami w rozczynie formaliny, waży razem 675 gramów, — sama macica 600 grm. Przebieg pooperacyjny nie zamącony. Chora wyszła w 24 dni po operacyi do domu.

V. *E. E.*, lat 39, wieloródka, zgłosiła się była do mnie jeszcze przed dwoma laty, cierpiąc na wypadnięcie macicy. Obok znacznego wydłużenia części pochwowej macicy, znalazłem w ciele macicy liczne włókniaki. Radziłem wycięcie macicy, na co pacyentka żadną miarą zgodzić się nie chciała. Odprowadziłem macicę do jamy brzucha i zastosowałem duży krążek Brauna. Blizko dwa lata czuła się chora znośnie, krążek usunęła przed kilku miesiącami i przekonała się, że macica już nie wypada, ale natomiast czuła guz powiększający się w podbrzuszu. Od kilku miesięcy pojawiły się krwotoki, z którymi się chora do mnie znowu zwróciła. Znalazłem macicę znacznie powiększoną, ciało macicy guzowate, sięgające dnem na 2—3 palców niżej pępka, utrzymujące się nad wchodem miednicy. Ze sromu nic nie wypada.

Na proponowaną ponownie operacyę pacyentka się zgodziła pod warunkiem, że operacya będzie przez pochwę dokonaną. — Przekonawszy się, że guz, acz z trudnością, daje się do wchodu miednicy wtłoczyć, postanowiłem operować od strony pochwy. Do zabiegu operacyjnego zabrałem się tak, jak do operacyi opisanej sposobem Döderleina. Ściągnąłem część pochwową uchwyconą szczypczykami ku dołowi i ku przodowi, nożyczkami przeciąłem tylną ścianę szyi macicy i otworzywszy zatokę Douglasa, naciąłem ją na boki. Wyznać muszę, iż zdumiony byłem łatwością, z jaką udało mi się ciało macicy ku dołowi ściągnąć, wydobyć kilka włókniaków i wytoczyć kolosalnych rozmiarów ciało macicy przed części rodne. — Po wytoczeniu macicy nie przecinałem jej już dalej, ale tak jak w poprzednim przypadku okroiłem część pochwową od przodu, łącząc cięcia z cięciami bocznemi w tylnej ścianie pochwy. Pęcherza moczowego nie potrzebowałem odłuszczać, gdyż się sam ku górze odsunął, pozostało mi tylko przecięcie otrzewnej w zatoce pęcherzowo-macicznej. Wiązy szerokie zaopatrzyłem kleszczykami i usunąłem macicę. — Przebieg pooperacyjny gładki.

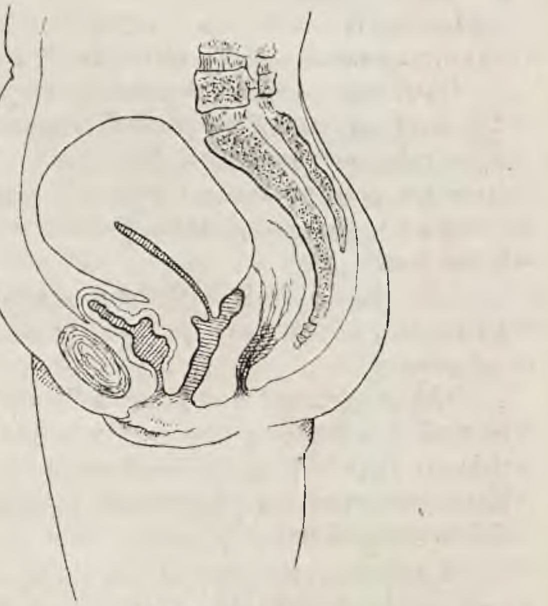


Fig. 1.

Chora poszła do domu w 4 tygodnie po operacyi, pozostawała na klinice nieco dłużej, ponieważ rana w szczycie pochwy ściągała się dość powoli.

W przypadku tym macica, przechowana w rozczynie formaliny, waży 650 gramów, wyłuszczone włókniaki 100 gramów.

VI. *A. H.*, 41 lat licząca, nigdy nie rodziła i nie roniła. — cierpi od lat kilku na guz macicy, który sama nad spojeniem kości łonowych wyczuwa. Guz ten nie sprawiał chorej żadnych poważniejszych dolegliwości, a zgłosiła się do mnie z polecenia lekarza domowego. Rozpoznałem: *Fibroma in fundo corporis uteri* i operacyi nie doradzałem. W ciągu roku, a szczególnie w ostatnich miesiącach, guz się począł szybko powiększać, pacyentka niepokoiła się tem i dlatego tym razem radziłem guz usunąć, na co się zgodziła, wyrażając prośbę, aby go od strony pochwy operować i brzucha nie otwierać.

Przyjęta na klinikę chora okazuje w brzuchu guz, sięgający szczytem do pępka, odpowiadający postacią, umiejscowieniem i ruchomością powiększonej macicy, — zbitości twardej, niepodatny. Wnijście do pochwy otoczone rozciągniętą błoną dziewiczą, pochwa krótka, miernie szeroka. Część pochwowa długa, nizko ustawiona, dziewicza, w tylnem sklepieniu i bocznych czuć dalszy ciąg części pochwowej, stanowiący dolny odcinek guza, położonego w brzuchu. Dolny ten odcinek sięga blizko wychodu miednicy. — Ponieważ przy badaniu miałem uczucie, że guz dałby się do miednicy przez wchód wtłoczyć, postanowiłem operować od strony pochwy i to od tylnego sklepienia.

Stosunki topograficzne uwidocznia szematyczny obok podany rysunek tego przypadku. — Aby sobie stworzyć przystęp w obec wązkiego sromu, wykonałem przedewszystkiem cięcie Schucharda i od-

słoniłem część pochwową. — Operacyę rozpocząłem sposobem Döderleina. Otworzywszy zatokę Douglasa i poprowadziwszy cięcia na boki, połączyłem cięcie poprzeczne po stronie lewej z cięciem podłużnem Schucharda i tym sposobem uzyskałem bardzo wiele miejsca. Doszedłszy do ciała macicy, napotkałem utkanie włókniaka, które zacząłem kawałkować, aby guz ku dołowi ściągnąć. Trudność jednak wśród operacyi stanowiła ta okoliczność, że guz pojemniejszy w szczycie niedawał się zrazu wtłoczyć do wchodu miednicy. Na przypadek ten byłem z góry przygotowany, aby w razie potrzeby do laparotomii przystąpić. Poleciłem asystentowi silniej macicę do wchodu wpychać, poczem się udało przeprowadzić największą objętość guza przez wchód miednicy. Niemogłem wyjść z podziwu z jaką łatwością bez dalszego kawałkowania włókniaka wytoczyć się dała ogromna macica przed części rodne. — Aby sobie zaopatrzenie więzów szerokich ułatwić, przeciąłem teraz dno macicy i jej przednią ścianę. Pęcherz był już odłuszczony; szybko założyłem kleszczyki i guz usunąłem. Wyjęta macica sama po operacyi ważyła 1010 gramów, a nadto kawałki wycięte z włókniaka 150 gramów.



Fig. II.

Fig. II. przedstawia fotografię wyciętych części.

Przebieg pooperacyjny bez zaburzeń. Pacyentka w najbliższych dniach wychodzi do domu.

VII. *F. K.*, lat 48, wieloródka. — skarży się na nieregularne krwotoki, trwające od 10 miesięcy, nadto na bardzo znaczne bóle, podobne do porodowych.

Osoba badrzo niedokrewna, — w podbrzuszu guz o powierzchni nierównej, okazujący tu i ówdzie drobne guzowatości wielkości orzecha włoskiego, sięgający na 3 palce nad spojeniem kości łonowych. Część pochwowa bardzo gruba, szyja dla dwu palców drożna. W szyi czuć dolny odcinek guza, wypełniającego macicę, który się daje objęść w około. Guz ten zdaje się wychodzić z dna macicy; wydzielina obfita, wodnista, krwawa. W całości macica wielkości, jak w początku czwartego miesiąca księżycowego ciąży. — Rozpoznano: *Fibromata multiplicia corporis uteri, nec non fibroma submucosum nascens.*

Zabieg operacyjny powierzyłem jednemu z mych asystentów Dr. Bocheńskiemu w mej obecności.

Operacya przebiegała łatwo sposobem Döderleina. Po przecięciu tylnej ściany macicy, wycięto kawałkami część włókniaka podśluzowego, poczem macica dała się ściągnąć przed części rodne. Wyjęta macica ważyła 600 gramów bez kawałków wyciętych.

VIII. *A. W.*, lat 42. wieloródka, skarży się na obfite krwotoki, trwające od 2 miesięcy. Badanie wykazuje macicę w ciele prawidłowych rozmiarów i prawidłowo położoną. Część pochwowa nieco grubsza. Na wardze tylnej od strony prawej guzowata wyniosłość owrzodziała, chropowata, łatwo krwawiąca. Rozpoznano: *Carcinoma labii posterioris portionis vaginalis.*

Operacya przebiegała typowo, tylko zaopatrzenie więzów napotkało na nieznaczne trudności z powodu ich niepodatności; pęcherz moczowy odłuszczył się dobrowolnie. (Dok. nnast).

IV. Z zakładów higieny Prof. Dra Bujwida w Krakowie i Radcy Dworu Prof. Dra M. Grubera w Wiedniu.

O antysputolu

(proszku odkażającym i odwaniającym do spluwaczek).

Podał

Dr. Norbert Gertler w Krakowie.

(Dokończenie).

Antysputol jest proszkiem lekkim, chemicznie i mechanicznie tak zaprawionym, że łatwo wchłania plwociny, usuwa ich nieprzyjemną woń, uniemożliwia zupełnie ich rozkład, zabijając wszelkie zawarte w plwocinach drobnoustroje chorobotwórcze i zapobiega rozwojowi drobnoustrojów*).

W zakładzie dla higieny Prof. Bujwida w Krakowie dokonałem kilkakrotnie całego szeregu doświadczeń nad antysputolem, z których jedną seryę pozwalam sobie przytoczyć:

a) D. 17 Grudnia 1897. Do 1 ctm.³ 2% bulionu dodałem 1,0 gr. antysputolu. Po zamięszaniu zaszczepiłem hodowlę gronkowca żółtego, a do drugiej rurki podobnie przygotowanej zaszczepiłem hodowlę błonicy Löfflera. Rurki te po zaszczepieniu wstawiłem do cieplarki na 5 godzin, poczem cząstkę z tych zakażonych mięszanin przeszczepiłem na agar. (Przy przeszczepianiu cząstek z tych rurek zakażonych brałem cząstkę z części płynnej zawartości rurki, dbając o to aby pętlą platynową nie dotknąć wolnej ściany rurki). Mimo przetrzymania ostatnich agarowych rurek w cieplarce przez 24 a nawet przez 48 godzin, nie wyrosła żadna kolonia drobnoustrojów.

b) Dnia 18 Grudnia 1897. Do 10 ctm.³ 2% bulionu dodałem 1,0 gr. antysputolu. Po zamięszaniu zaszczepiłem hodowlę cholery azyatyckiej, a do drugiej rurki podobnie przygotowanej hodowlę prątków duru brzusznego. Rurki te po zaszczepieniu wstawiłem do cieplarki na 6 godzin, poczem z każdej rurki przeszczepiłem w podobny sposób cząstkę na agar. Po 24—48 godzinach nie wyrosła żadna kolonia drobnoustrojów.

c) Dnia 19 Grudnia 1897. Do 10 ctm.³ 2% bulionu dodałem 1,0. antysputolu i zaszczepiłem po zamięszaniu hodowlę dżumy i paciorkowca. Rurki wstawiłem na 6 godzin do cieplarki, poczem przeszczepiłem cząstki zakażone na agar. Po 24—48 godz. nie wyrosła żadna kolonia drobnoustrojów.

d) Dnia 20 Grudnia 1897. Do 10 ctm.³ 2% bulionu dodałem 1,0 antysputolu i po zmięszaniu zaszczepiłem 12—18 godzinną hodowlę (bez zarodników) wąglika. Rurkę zakażoną wstawiłem na 6 godzin do cieplarki, poczem przeszczepiłem cząstkę na agar. Po 24—48 godz. nie wyrosła żadna kolonia.

Z powyższych doświadczeń a, b, c, d, okazało się, że drobnoustroje nietylko się nie rozwinęły mimo, iż zakażone rurki stały przez 5—6 godzin w ciepłocie 37·5°C., do której nawet ciepłota pokojowa prawie nigdy nie dochodzi, ale co więcej, drobnoustroje wymienione, jak gronkowce, paciorkowce, błonicy, duru brzusznego, dżumy i t. d. zostały zupełnie zniszczone.

e) Próby z plwocinami gruźliczemi: Dnia 8 Stycznia 1898. Do tych badań użyłem plwocin osoby chorej na gruźlicę, u któ-

*) Wyrobu proszku podjęła się firma: G. Hell i Ska w Opawie

rej stwierdzono w obu szczytach jamy gruźlicze. Wstępne badanie drobnowidowe plwocin po zabarwieniu (Ziel-Nelsen) wykazało ogromną ilość prątków gruźliczych Kocha.

I. Próba kontrolna z samą wodą jałową. Do 2,0 ctm.^{3} tych plwocin gruźliczych dodałem 10,0 ctm.^{3} wody jałowej. Rurkę postawiłem do cieplarki na 24 godzin. Po otworzeniu rurki na drugi dzień, a zatem po 24 godz., unosiła się z rozkładających plwocin bardzo nieprzyjemna woń, a hodowla na agarze glicerynowym już po 24 godzinach z tej rurki obfitowała w kolonie bakteryj gnilnych tak, że cała powierzchnia była nimi pokrytą.

II. Próba z antysputolem. Do 2,0 ctm.^{3} wyżej wspomnianych plwocin gruźliczych dodałem 10,0 cmt.^{3} wody jałowej i 2,0 gr. antysputolu. Po zmięszaniu wstawiłem rurkę do cieplarki na 24 godzin, poczem ją otworzyłem i nietylko nie było tej nieprzyjemnej woni, jak przy próbie Iszej, lecz owszem zapach odpowiadał domięszanemu antysputolowi. Na agarze glicerynowym nie wyrosła żadna kolonia.

Chcąc się dowiedzieć, czy antysputol zniszczył doszczętnie prątki gruźlicze, robiłem doświadczenia na morskich świnkach, nadzwyczaj czułych jak wiadomo na prątki gruźlicze.

Do tych doświadczeń przygotowałem dnia 11 Stycznia 1898 dwie mięszanki:

1) plwociny gruźlicze, zmięszane z proszkiem podstawowym, chemicznie wcale niezaprawionym;

2) plwociny gruźlicze zmięszane z antysputolem.

Cząstki, wzięte z tych mięszanek, pozostawionych przez 24 godz. w cieplarce, zaszczepiłem dnia 12 Stycznia 1898 r. morskim świnkom w torebki podskórne, utworzone na powłokach brzusznych i następnie otwory zaszyłem. Świnka wagi 345,0, szczepiona mięszaniną pierwszą, niezawierającą antysputolu, padła d. 5 Lutego 1898, a zatem w 24 dniach po szczepieniu, a nadto wychudła bardzo znacznie. Sekcya wykazała obok gruźlicy zakażenie mięszane (gronkowce i paciorkowce). Świnka wagi 355,0, szczepiona mięszaniną drugą, zawierającą antysputol, nie zginęła, nie schudła, lecz owszem przybrała na wadze, a d. 9 Lutego ważyła 380 gr.

Dalsze doświadczenia nad antysputolem były przeprowadzone w Zakładzie higieny Radcy Dworu Profesora Dra Grubera w Wiedniu, pod kontrolą jego i asystenta Docenta Dra Schattenfroha; przytem starałem się głównie, aby stworzyć stosunki takie, jakie w rzeczywistości przy używaniu proszku zachodzić mogą. Przedstawiają się one jak następuje:

W celu użycia żywotnych i świeżych hodowli do doświadczeń, założyłem dnia 7 Listop. 1898 hodowlę agarową gronkowca żółtego, prątków błonicy Loefflera, przecinkowców cholery i prątków duru brzusznego. (ostatnie dwa rodzaje mogą się znajdować w plwocinach po wymiotach), a następnie kazałem przynieść cały słój bardzo typowych plwocin gruźliczych ze szpitala powszechnego wiedeńskiego.

Dnia 8 Listop. t. r. Do 10 płytek Petriego wsypałem proszku (antysputolu) do połowy wysokości płytek. Do 5 miseczek przełożyłem kilka grubych grudek plwocin gruźliczych i zmięszałem je dokładnie z świeżemi wyżej wspomnianemi hodowlami drobnoustrojów. Mieszanie odbywało się w ten sposób, iż dwoma szczypczykami zdjęto z oczka hodowle i rozdzierając plwociny w naczyniach mieszano je z drobnoustrojami.

W ten więc sposób przyrządziłem plwociny gruźlicze, zmięszane z gronkowcami, prątkami błonicy, cholery i duru brzusznego. Do jednego naczyńka dałem plwociny gruźlicze, z niczem nie zmięszane. Płytki Petriego ustawiłem w dwa rzędy i do nich przeniosłem tak przyprawione plwociny. W jednym rzędzie płytek posypałem plwociny proszkiem, a w drugim zostawiłem powierzchnię górną plwocin zupełnie wolną.

Płytki zamknięte wstawiłem do pokoju o ciepłocie 15—16°R. na 24 godz.

Dnia 9 Paźdz. Wejrzenie plwocin nieposypanych antysputolem zmieniło się; przybrały barwę sinawą, zmniejszyły się w całości i pokurczyły, były jak gdyby skrzepłe. Plwociny przykryte proszkiem bardzo zmalały i wyglądały, jak gdyby proszek całkiem je przeniknął. Z każdej płytki wyjąłem jednę grudkę plwocin, rozdzieliłem na dwie połowy i jednej z nich użyłem do dalszych doświadczeń.

Przeniosłem szczypczykami, wypalonemi i w ten sposób wyjałowionemi, połówki grudek do jałowego rozczynu fizyologicznego (0,6% chlorku sodowego), wypłókałem je dokładnie, a następnie powtórnie i w drugim rozczynie, aby w ten sposób usunąć możliwie dalsze działanie antysputolu na plwociny.

Mimo dwukrotnego płókania plwocin nie udało się w zupełności usunąć wszystkich cząstek proszku. Przeniosłem następnie wypłókane grudki do 2% bulionu i zakłóciłem dokładnie rurkę probierczą. Ponieważ nie udało mi się z powodu zbitości plwocin założyć hodowli rozcieńczonej sposobem zwyczajnym, musiałem osobno małą cząsteczkę plwocin dwukrotnie wypłókać i przenieść do bulionów. Z plwocin nie posypanych proszkiem przeniosłem cząsteczkę z środkowej części grudki wprost oczkiem (oczą) do bulionów.

Tak więc w 20 bulionach były plwociny, na które proszek działał przez 24 godz. a nadto dla kontroli w jednym bulionie większa grudka i w drugim mała cząsteczka plwocin gruźliczych, niczem niezaprawianych. Wszystkie rurki w liczbie 22 wstawiłem do cieplarki o ciepłocie 37,5°C.

Dnia 10 Listop. po 24 godz.: kontrolne buliony zupełnie zmętniały, reszta 20 bulionów zupełnie przeźroczyste, nie ma ani śladu rozwoju drobnoustrojów.

D. 10 Listop. wieczorem po 36 godz.: Stan ten sam.
D. 11 Listop. rano po 48 godz.: »
» » wieczór. po 60 godz.: »
D. 18 » wieczór. po 8 dniach nie było ani śladu rozwoju drobnoustrojów w 20 próbnych bulionach.

Obecnie zależało na rozstrzygnięciu, czy drobnoustroje w plwocinach zostały istotnie zniszczone, lub czy proszek na plwocinie pozostały mimo dwukrotnego płókania nie wpłynął na wstrzymanie wzrostu i rozwoju drobnoustrojów. W tym celu przeniesiono zapomocą oczka cząsteczki z bulionów kontrolnych (z silnym rozwojem drobnoustrojów) do bulionów, zawierających małe cząsteczki plwocin, które przez 8 dni utrzymywały się w stanie jałowym. Już po 12 godzinach było wyraźne zmętnienie. Po 3 dniach można było stwierdzić całe ogniska rozwiniętych drobnoustrojów.

Ostatnie doświadczenie wykazuje niezbicie, że nie można odnosić zachowania się bulionów próbnych przez 8 dni w stanie zupełnie jałowym do tej okoliczności, że wraz z plwociną przeniesiono małe cząsteczki proszku (Antysputolu), lecz że plwociny po 24-godzinnem zadziałaniu proszku odkażającego nie zawierają żadnych drobnoustrojów, zdolnych do dalszego rozwoju.

Zestawiwszy powyższe doświadczenia widzimy:

1) że po zadziałaniu 24-godzinnem antysputolu na plwociny wszelkie drobnoustroje, w nich zawarte, zostały zupełnie i doszczętnie zniszczone, jak gronkowce, prątki błonicy, cholery, duru brzusznego, gruźlicze, ropne i t. d.

2) że jest obojętnem, czy plwociny posypuje się proszkiem, czy powierzchnia górna ich jest zupełnie odsłoniętą.

3) że doświadczenia były dokładnie przeprowadzone, gdyż dwukrotne płókanie plwocin i przeniesienie ich do bulionów, wymagało dość długiego czasu, przez który niejeden drobnoustrój mógł z powietrza paść na plwociny i w ten sposób wywołać zmętnienie bulionów, czego mimo 8-dniowego przetrzymania rurek w cieplarce nie stwierdzono.

W obec powyższych doświadczeń uważam antysputol za środek zdolny do zupełnego wyniszczenia drobnoustrojów

chorobotwórczych w plwocinach, a tem samem do powstrzymania szerzenia się chorób zakaźnych przez plwociny.

Zatem antysputol jest niezbędnym artykułem w każdem mieszkaniu. W tem przeświadczeniu oddaję proszek „antysputol“ do użytku i niezawodnie rychło przekonać się będzie można, o jego zaletach i ważności ze stanowiska higienicznego.

W końcu pozwalam sobie złożyć serdeczne podziękowanie za łaskawe wskazówki przy badaniu Czcigodnemu Panu Prof. Bujwidowi i WPanu Radcy Dworu Prof. Drowi M. Gruberowi, którzy nie szczędzili trudu i czasu, aby się mogli naocznie przekonać o działaniu i skuteczności proszku.

Piśmiennictwo. 1) *a)* Uffelmann: Handbuch der Hygiene Wien-Leipzig 1890. *b)* Gottstein: Epidemiologische Studien über Diphterie und Scharlach. Berlin 1895 *c)* Michaelis: Internation. Revue über die gesammte Armeen u Flotten. Berlin 1889. Bd. 49. *d)* Rahts: Deutsche milit. Zeitschr. 1885. Bd. 14. 2) *a)* Bunzl-Federn: Archiv f. Hyg. 1894. Bd. 20. S. 152. *b)* Abel: Centralblatt f. Bacter. 1893 14. Bd. 756. *c)* Wright u. Emerson: Centralblatt f. Bact 1894 16. Bd. 412. 3) Zeitschrift f Hyg. Bd. 5. 1888. 4) Die Sterblichkeitsverhältnisse in den Krankenpflegsorten (Zeitschrift f. Hyg. Bd 6. 1892) 5) Archiv de med. experim. et d'anat. pathol. Bd. 6. 1894. 6) Why the Sputa of tuberculous patients should be destroyed. The americ. journ. of the med. sciences March 1891 (vide Centrbl. f. Bact. Bd. X. s. 106).

V. Oceny i sprawozdania.

Z powodu oceny dra Biegańskiego, umieszczonej w Nr. 4 Przegl. lek., nadesłał nam dr. Biernacki następujące uwagi:

Szanowny Redaktorze!

Z powodu artykułu dra Wł. Biegańskiego, oraz oceny mej pracy: „Zasady poznania lekarskiego,“ umieszczonej w Nr. 4. „Przeglądu lekarskiego“, pozwolę sobie wypowiedzieć kilka uwag.

1. Jeżeli ma być brakiem mej pracy okoliczność, iż nie poruszyłem w niej wielu takich zagadnień, jak np. kwestya „celowości w zjawiskach życia i choroby,“ czy „celowe pojmowanie zjawisk życia jest uzasadnione“ i t. p. to przeciw omawianiu tego rodzaju pytań najwyraźniej zastrzegłem się w przedmowie. Są to kwestye metafizyczne i nie widziałem żadnej potrzeby wprowadzania ich do zakresu mych rozstrząsań. Wiem dobrze, że istnieje dotychczas grupa myślicieli, uważająca metafizykę za „naukę;“ osobiście jednak należę do tych, — takich, zdaje się, obecnie jest już większość,— którzy za F. A. Langem uważają ją za „poezyę myślową“ produkt swoistej, że powiem, gimnastyki umysłowej. Tembardziej niestosownemi wydawały mi się rozważania, jakich wymaga dr. Biegański, iż punktem wyjścia w mych pracach była tak pozytywna okoliczność, jak zadania lekarskie przy łożu chorego.

Z tych to względów nie mogłem zastanawiać się n. p. nad pytaniem, które stara się rozwiązać Sz. recenzent, dlaczego w medycynie istnieją obecnie takie pojęcia przyczynowości, jakie istnieją, a nie inne. Jest to właśnie pytanie niemal „pur sang“ metafizyczne i bardzo pokrewne z pytaniami, dlaczego na świecie istnieją ludzie, dlaczego istnieją takie prawa umysłowości, jakie istnieją, a nie inne i t. p. Najprostsza odpowiedź — dlatego, iż tak chciał... Pan Bóg...

2. Jeżeli ma być brakiem mej pracy „małe uwzględnienie zasad ogólnej teoryi poznania,“ to przedewszystkiem nie zdaję sobie dokładnie sprawy, co Sz. recenzent ma w tym względzie na myśli. Zapewne, — gdybym pisał stosowaną teoryę poznania lekarskiego, to może należałoby mówić o tem, co jest „pewność,“ a co „prawdopodobieństwo“ (przypuszczam, że o te kwestye, u mnie pominięte, chodzi drowi Biegańskiemu), co jest „fakt,“ a co „hipoteza“ i t. p., i ilustrować te pojęcia przykładami z medycyny. Ponieważ jednak, chodziło mi o wyprowadzenie zasad, samodzielnie tkwiących w materyałach lekarskich, — co także podkreślam w przedmowie, — to nie mówię o tem wszystkiem z tej prostej przyczyny, iż rozbiór danych naszej wiedzy nie doprowadzał mnie bardziej bezpośrednio do tego rodzaju pytań.

Wedle zdania Szan. recenzenta, właśnie z powodu zbyt małego uwzględnienia takich pytań ogólnej teoryi poznania, niedostatecznie — pono — wytłómaczyłem obecność przyczyny bez skutku, istnienie różnych skutków wobec jednakowej przyczyny i t. p. Radbym bardzo wiedzieć, jakie wytłómaczenie mogłoby być nazwane w tym względzie „dostatecznem“ i jakby Szan. recenzent uzupełnił odnośne wywody, zajmujące nie jedną stronicę w mej pracy.

3. Jeżeli ma być u mnie „przesadą w rozumowaniu“ okoliczność, iż podstawowe zadanie lekarskie przy łożu chorego ograniczam do poszukiwania i odnajdywania „przyczyny,“ to znowu sam podkreślam (str. 85—87 mej pracy), w jakim zakresie i do jakiej mety takie pojmowanie jest słusznem. Przypuszczam też, że zachodzi tu przeoczenie ze strony dra Biegańskiego — tembardziej, iż uzupełnia on niemal memi własnemi słowy rzekomy brak w tym względzie. A więc uznaję na równi z Szan. recenzentem potrzebę znajomości „gatunków“ chorobowych (nb. gatunków etyologicznych) dla działalności lekarskiej, mianowicie w celach prognozy, profylaktyki i t. p., ale z drugiej strony bynajmniej nie potępiam w czambuł całej współczesnej patologii, jak dojrzał dr. Biegański, głoszę zaś „bankructwo nauki“ tylko w pewnym, bardzo określonym i ograniczonym kierunku. O tem łatwo przekona się każdy uważny czytelnik.

4. Nie przeczę, iż „Zasady poznania lekarskiego“, zarówno jak poprzednie me prace kategoryi „filozoficznej,“ nie czytają się łatwo, „pomimo całej żywości i popularności wykładu.“ Jeśli zaś przyczyną tego ma być fakt, iż „widocznie przystępuję do pisania bez naprzód ułożonego planu,“ to śmiem zwrócić uwagę Szan. kol. Biegańskiego, iż nie wie i nie może on wiedzieć, w jaki sposób przystępuję do pisania mych prac. Może tak jest, jak mniema Sz. recenzent, a może jest inaczej.

Natomiast pozwolę sobie zauważyć, iż wszędzie tam, gdzie autor stara się sięgnąć możebnie głęboko do treści pojęć, gdzie usiłuje udowodnić pewną tezę możebnie licznemi i różnorodnemi przesłankami („przeskakiwanie z tematu na temat“), czytelnik musi poświęcić sporo trudu umysłowego celem opanowania cudzych wywodów. Dr. Biegański wie prawdopodobnie równie dobrze, jak piszący te słowa, że nasz ogół polski, w przeciwstawieniu do angielskiego, a choćby nawet niemieckiego, jeszcze mało lubi, a nawet jeszcze mało umie uważnie czytać prace rozumowane, abstrakcyjne. Na zarzut „chaotyczności“ łatwiej też narazić się u nas, niż gdziekolwiek indziej, nawet przy najstaranniejszym układzie dzieła.

5. Nareszcie, — odnośnie do ostatnich wierszy artykułu dra Biegańskiego, — czyż istotnie współczesnykierunek filozoficzny w medycynie, wzgl. „Zasady poznania lekarskiego“, tylko krytykują i burzą, a nie wprowadzają nic „pozytywnego“? Czyżby Szanowny recenzent był przekonania, iż wyprowadzanie zasad, budowa metodyki, jest w nauce zadaniem mniej wartościowem niż poszukiwanie poszczególnych faktów? Chyba nie zechce mi zaprzeczyć dr. Biegański, iż gdzie jak gdzie, ale w „Zasadach poznania“ starałem się przedewszystkiem budować — ogólne zasady, metodologię przyczynowości, metodykę tak ważnego poznania terapeutycznego i t. d. Zgoda na to, iż w medycynie nie może bezwzględnie panować kierunek „filozoficzny“: bez dopływu nowych materyałów faktycznych nasza nauka zamieniłaby się wkrótce na czystą scholastykę. Ale i nie może być także jedynem zadaniem naukowem tylko pogoń za poszczególnymi faktami, wyłączny kierunek analityczny, jaki panował w medycynie do najnowszych czasów. Do czego doprowadził ten kierunek, przy braku uświadomienia zasad ogólnych, — dr. Biegański żywi przecież jednakowe po-

glądy ze mną. Muszą więc istnieć równolegle oba kierunki, wzajemnie się uzupełniając. Zapewne, leży to w charakterze postępu i rozwoju naukowego, że pewien kierunek w pewnym czasie górę wziąść może.

I jeszcze jedna uwaga, zresztą uboczna. Dr. Biegański w jednem miejscu zaznacza, iż „Istota i granice wiedzy lekarskiej“ — pierwsza ma praca filozoficzna“ — „w szerokich kołach lekarskich nie wywołała dodatniego wrażenia“. Być może w pewnych kołach tak było... Przyczyny tego stanu rzeczy, nie mające, wbrew zdaniu Szan. recenzenta, nic wspólnego z „błędami“ mej pracy i — niestety — wogóle nic wspólnego z nauką, omawiam na innem miejscu.

E. Biernacki.

VI. Wyciągi.

Fehling. **Dzisiejsze stanowisko w sprawie leczenia tyłopołożeń macicy.** (*Deutsche Klinik am Eing. des XX. Jahrhundertes*, 1901, Lieferung 7). Tyłopołożenie macicy należy leczyć, jeżeli jest połączone z dolegliwościami; jeżeli zaś chora niema żadnych dolegliwości i lekarz tylko przypadkowo znajdzie tyłopołożenie, wtedy leczenie wogóle nie jest wskazane. Istnieje dość znaczna liczba przypadków tyłozgięcia u dziewcząt, gdzie jednak potem macica ciężarna się podnosi, nie sprawiając najmniejszych dolegliwości: takich przypadków leczyć niema potrzeby. Wyjątek stanowią według autora przypadki tyłozgięcia w połogu, gdzie często brak jakichkolwiek dolegliwości, a mimoto leczenie jest wskazane. Dlatego też lekarz nie powinien wypuścić położnicy ze swej obserwacyi, dopóki nie przekona się o prawidłowem położeniu macicy.

Po największej części jednak chore szukają porady lekarskiej dla swych dolegliwości i tu naturalnie leczenie jest wskazane. Celem zapobiegnięcia tyłozgięciu lekarz powinien działać przeciw nawykowemu zaparciu żywota z możliwem uniknięciem leków przeczyszczających i często przeciw przewlekłemu przepełnieniu pęcherza u młodych dziewcząt. Skłonność jednak do tyłopołożeń tworzą: błednica, niedokrewność i zołzy, jakoteż przewlekłe przekrwienia, szczególnie z powodu niezadowalnianych podnieceń płciowych, samogwałtu itd. Jeżeli do takich powodów przyłączą się zbytnie natężenia w czasie miesiączki, jak ciężka praca, wycieczki w góry, tańce, jazda na kole i t. d., wtedy sposobność do obrzmienia i przerostu macicy staje się jeszcze większą. (W przypadkach dziewiczego tyłozgięcia, które polegają na wrodzonej krótkości przedniej ściany pochwy, usiłowania zapobiegawcze są bezsilne. Te objawy powtarzają się również dość często w prawidłowym zwrocie płciowym. Ustalone tyłozgięcia przez zrosty zapalne powstają często podczas połogu i niezbyt rzadko z powodu ciężkiej rzeżączki).

Co się zaś tyczy samego leczenia, to nie ten jest zasłużonym ginekologiem, który najwięcej operował tyłopołożeń macicy, lecz ten, który dopiero wtedy przystępuje do operacyi, gdy sumiennie wyczerpał najpierw wszelkie wypróbowane środki, mające na celu wyprostowanie macicy. Dopiero, jeżeli te środki nie odnoszą należytego skutku, należy chwycić się operacyi. Niestety niektórzy operatorowie jeszcze dziś zawiele operują.

Wyprostowanie odbywa się przez pochwę i powłoki brzuszne zapomocą palców i ręki, a w przypadkach uporczywych należy zabiegi prostujące powtarzać przez kilka dni, a nawet tygodni. Bardzo stosownem jest, by chora w początku leczenia rano i wieczór po wypróżnieniu pęcherza leżała przez pół godziny na brzuchu. Mięsienia według metody Thure-Brandta dziś już nie stosujemy. Jeżeli napięcie powłok brzusznych jest zbyt silne, wyprostowujemy macicę w uśpieniu, lub poprzestajemy na zastosowaniu zgłębnika. Rozrywania zrostów w uśpieniu przez powłoki brzuszne lub odbytnicę autor nie poleca. Wbrew nowszym zapatrywaniom jest on zwolennikiem używania krążków, a mianowicie w lżejszych przypadkach krążka Hodgego i krążka ósemkowego Schultzego w przypadkach cięższych. Krążka Thomasa autor zupełnie nie używa; nie utrzymuje on bowiem macicy w prawidłowem położeniu, a silne strzemię tylne wywołuje często odleżynę sklepienia tylnego. By dobrać stosowny krążek, potrzeba cierpliwości ze strony chorej i lekarza. Każda operacya, choćby najprostsza, ma swoje niebezpieczeństwa, a przyszycie macicy jest najniebezpieczniejsze dla późniejszych porodów. Amputacyi części pochwowej, jako zabiegu przygotowawczego, należy zaniechać; utrudnia ona bowiem lub uniemożliwia zupełnie leczenie krążkami. Prócz tego nie wolno zaniedbywać leczenia ogólnego przez odpowiednie odżywienie, ruchy codzienne, regularne wypróżnienia pęcherza i odbytnicy; ważnem tu jest leczenie niedokrewności i niedomogi nerwowej przez stosowne kąpiele, pobyt w górach lub nad morzem, które przez podniesienie stanu ogólnego popierają leczenie miejscowe. W ten sposób osiągnie sumienny ginekolog stałe skutki przez leczenie krążkami w 18—20% przypadków.

Wyprostowanie tyłozgiętej macicy jest jednak przeciwskazane, jeżeli stwierdzimy sprawę zapalną w macicy, jej otoczeniu lub w przydatkach. Wtedy należy leczyć przeciwzapalnie: pijawki, jod, ichtyol i t. d.; leczenie ciężarowe według Freunda, kąpiele ciepłe, słonoborowinowe i t. d. Niekiedy na to leczenie wystarcza kilka tygodni, niekiedy jednak potrzeba szeregu miesięcy, a nawet lat.

Z operacyi zaleca autor skrócenie więzadeł okrągłych i przyszycie macicy do brzucha i pęcherza. Jeżeli macica jest ruchomą, a leczenie krążkami nie odniosło skutku, poleca F. skrócenie więzadeł okrągłych od strony przewodu pachwinowego według Alexandra Adamsa. Nawroty zdarzają się w 5—10% przypadków. O wiele pewniejsze jest skrócenie więzadeł okrągłych przez otwarcie jamy brzusznej. Natomiast jeżeli istnieją zrosty macicy lub jej przydatków z tylną ścianą miednicy, wykonać należy tyłonstalenie macicy Olshausena, operacyę bardzo pewną, po której nawroty należą do rzadkości. Lecz zdarza się w razie ciąży po wentrofiksacyi względnie wiele przypadków poronienia, wczesnego i ciężkiego porodu, a nawet śmierci. Laparotomii unikamy przy wesikofiksacyi, którą dziś robimy tylko przez przecięcie sklepienia pochwy po otwarciu otrzewnej. Nawroty wynoszą najwyżej 5%, a porody potem rzadko bywają ciężkie. Wogóle F. poleca wentrofiksacyę drogą laparotomii w razie bardzo ciężkich zrostów, szczególnie jeżeli równocześnie zachodzi potrzeba usunięcia jednych lub obydwóch przydatków, i jeżeli u kobiet, które nie rodziły, zeszycie z dołu łączyłoby się ze znacznemi trudnościami. Przyszycie do pęcherza (*vesicofixatio*) wykonuje on wówczas, gdy chodzi głównie o zluźnienie tyłozgiętej macicy, jeżeli poprzedzające porody ułatwiły zdobycie pola operacyjnego i szczególnie przy wikłającem się ciężkiem wypadnięciu, gdzie laparotomia z powodu zwiotczenia powłok brzusznych łatwo wywołuje przepuklinę. Przyszycie macicy ciężarnej uważa autor za nieodpowiednie, a jeżeli nastąpił już zwrot płciowy, wogóle za niedozwolone. Lecz chora niezawsze jest już zdrową, jeżeli położenie macicy zostało unormowane. Z poprawą bowiem położenia znikną prawie zawsze objawy główne, zawisłe od nieprawidłowego położenia, lecz objawy ogólne, odruchowe zaburzenia całego układu nerwowego nie ustaną, jeżeli tyłozgięcie już dłużej trwało. Bo wtedy objawy odruchowe ośrodkowego lub też spółczulnego układu nerwowego są już zakorzenione, i chora, która się właśnie dla tych dolegliwości dała operować, a bynajmniej nie z powodu nieprawidłowego położenia macicy, dozna ciężkiego zawodu, jeżeli oczekiwany skutek nie nastąpi. Zaburzenia nerwowe tem trudniej dadzą się usunąć, jeżeli chora jest neuropatycznie usposobioną. Dlatego według F. wyleczenie po operacyi wynosi 81·5%, lecz po wykluczeniu chorych nerwowych podnosi się ono do 95%. Ten szczegół należy też mieć na względzie przy rokowaniu, i dlatego też należy leczyć tyłopołożenia macicy, skoro tylko wywołują dolegliwości.

Dr. Fels

Ahlfeld. **Leczenie trzeciego okresu porodowego.** (*Deutsche Klinik am Eing. d. XX Jahrh.* 1901, z. 8). Zdaje się, że z powodu poziomego położenia rodzącej, łożysko tak rzadko odchodzi samoistnie; jeżliby kobieta usiadła, albo wstała, prawdopodobnie zdarzałoby się to częściej. Lecz osłabienie rodzących stoi próbom tego rodzaju na przeszkodzie. Bezpośrednio po urodzeniu się dziecka najlepiej oznaczyć sobie na łagodnie naciągniętej pępowinie to miejsce, które znajduje się w sromie i z wysuwania się miejsca możemy wnioskować o stopniu wsuwania się łożyska do pochwy. Po urodzeniu się dziecka pozostawiamy położnicę oczyszczoną i osuszoną w spokojnym i pokrzepiającym śnie przez $1\frac{1}{2}$—2 godzin. Obmacywanie brzucha i macicy wcale nie jest potrzebne. Tylko co 5 minut należy zaglądać między uda, czy kobieta nie krwawi bardzo i badać tętno, które obok coraz bledszej twarzy staje się mniejszem i częstszem, zwłaszcza jeżeli jest znaczniejszy krwotok wewnętrzny. Niebezpieczny krwotok wewnętrzny bez równoczesnego zewnętrznego należy zresztą do wielkich rzadkości.

Po upływie $1\frac{1}{2}$—2 godzin wygniata się łożysko z pochwy zabiegiem Credégo, który jednak nie wyciska łożyska z macicy, lecz skurczona i spychana do miednicy macica wygniata je z pochwy. Łożysko i błony bada się w większem naczyniu, napełnionem wodą, gdzie najlepiej można się przekonać, czy kosmówka na brzegach wszędzie jest utrzymana. Jeżeli łożysko zawcześnie wygniecione, należy przynajmniej przez ciągłe mięsienie utrzymać trzon macicy w skurczeniu. Kobieta, u której wygniecenie łożyska nastąpiło po fizyologicznem oddzielaniu około dwie godziny po urodzeniu się dziecka, jest prawie zabezpieczoną od znacznego krwotoku następowego, bo przez ten czas większe naczynia łożyskowe zostały już zaczopowane przez wytworzone skrzepy. Im prędzej jednak łożysko wychodzi po urodzeniu dziecka, tem bardziej kobieta jest narażona

na krwotok następowy. Najważniejszym środkiem przy krwotokach macicznych jest mięsienie macicy i wygniecenie łożyska. Jeżeli dokładnie i dostatecznie stosujemy mięsienie, rzadko przystąpimy do ostatniego środka, t. j. do ręcznego wydobycia łożyska, które dziś w zakładach robi się 5 razy na 1.000 porodów, a w praktyce prowincyonalnej tyleż razy na 100 porodów. *Dr. Fels.*

Aichel. **Oznaczenie połogu podług liczby tętna.** (*Münch. med. Wochs.* 1901, Nr. 47). Autor zbija dotychczasowe zapatrywania, że tętno w połogu jest zawsze zwolnione. Jeżeli tętno przekracza oznaczoną przeciętną liczbę, to jest dowodem jakiegoś stanu chorobowego położnicy. Zwolnienie tętna jest skutkiem leżenia, spokoju całego ustroju. Aby módz ocenić, o ile jest i czy jest tętno nieprawidłowo przyspieszone, trzeba wiedzieć przedtem, jakie było tętno przed porodem, gdyż przyspieszenie tętna w połogu może być tylko powrotem do tętna, jakie było w ciąży po chwilowem zwolnieniu, a które u pewnej osoby bywa zawsze w stanie zdrowia. Tylko w tych przypadkach, gdzie tętno przed porodem było także wolne i nagle w połogu się przyspiesza, możemy z tego przyspieszenia tętna na dzień, a nieraz i więcej dni naprzód przewidzieć podniesienie się ciepłoty. Przy tętnie szybkiem, jeżeli z obserwacyi wiemy, że ono jest nieprawidłowem, powinniśmy położnicę nawet niegorączkującą dłużej zatrzymać w łóżku, a z pewnością unikniemy wielu późniejszych schorzeń części rodnych. *P.*

Levai. **Małe rozmiary sutka i jego leczenie.** (*Wiener med. Presse*, 1901, Nr. 46). Za słabo rozwinięty sutek uważa autor taki, którego obwód waha się między 8 a 18 ctm. Przyczyną tego niedostatecznego rozwoju sutka ma być słaby rozwój mięśni klatki piersiowej, zwłaszcza m. piersiowego wielkiego, mały gruczoł sutkowy i niedostateczna ilość tkanki śródgruczołowej, a nadto brak pod skórą podściółki tłuszczowej. Aby usunąć to zboczenie, trzeba zwalczać jego przyczyny; przeto poleca L. gimnastykę mięśni klatki piersiowej, mięsienie samego sutka i forsowne odżywianie, zwłaszcza przetworami białkowatymi; z tych pierwszeństwo daje somatozie, której podaje dziennie 12 do 14 gramów. *P.*

Flockmann. **Podawanie przetworów jajnikowych w celu usunięcia przypadłości, sprowadzonych obustronnem wyjęciem jajników.** (*Wiener klinische Rundschau* 1901, Nr. 47). Wyjęcie jajników obustronne sprowadza u kobiet nawet młodych prócz braku miesiączki liczne, mniej lub więcej ciężkie przypadłości. I tak skarżą się często kobiety te na zawroty głowy, uderzenia krwi do głowy, zaczerwienienie twarzy, obfite poty, czasem na bardzo silny ból głowy i chwilową utratę przytomności; prócz tych przypadłości, często się pojawiających, zawsze występuje utrata popędu płciowego i przygnębienie. Przypadłości te, spowodowane obustronnem wyjęciem jajników, starano się usunąć przez podawanie rozmaitych przetworów jajnikowych. Fl. podawał całymi miesiącami bez żadnej szkody dla ustroju kołaczyki jajnikowe Mercka. W niektórych przypadkach leczenie to nie odnosiło żadnego skutku, przypadków tych było jednak bardzo niewiele; w przeważnej liczbie, jeżeli leczenie to nie usuwało w zupełności cierpień, a było i wyleczonych dosyć, to przynajmniej znacznie je zmniejszało. Autor doradza, aby, o ile się da, w każdym przypadku, gdzie jajniki muszą być wyjęte po obu stronach, zostawić chociaż kawałek tego gruczołu. *P.*

Hauschka: **Przypadek pierwotnej wstępującej gruźlicy narządu płciowego.** (*Wien. klin. Woch.* Nr. 51). Autor opisuje zmiany gruźlicze w macicy u osoby młodej, 29 lat liczącej. Największe zmiany gruźlicze usadowione były w szyjce i trzonie macicy, daleko mniejsze w trąbkach; przypuszcza więc, że pierwotne zmiany wystąpiły w macicy, a potem dopiero gruźlica przeniosła się na trąbki. Obraz makroskopowy przypominał w zupełności zmiany rakowate; pewne rozpoznanie dało dopiero badanie drobnowidowe. Jaką drogą nastąpiło zakażenie, autor wykazać nie może; uważać jednak musi zakażenie za pierwotne, bo nie znalazł żadnych zmian gruźliczych ani w narządach wewnętrznych, ani sąsiednich. Wreszcie jako cechy, przemawiające za zakażeniem pierwotnem, podnosi autor brak miesiączki i zmiany występujące w części pochwowej w formie nacieku, a nie owrzodzenia. *P.*

Foyes: **Przerost sutka prawidłowego i dodatkowego podczas ciąży.** (*Wiener. klin. Wochen.* Nr. 51). Przechodząc zaczerpnięte z piśmiennictwa 36 przypadków przerostu sutka, przytacza autor spostrzegany przez siebie przypadek, dotyczący 18-to letniej pierwiastki, u której w 4-tym miesiącu ciąży doszły sutki do takich rozmiarów, że czyniły ją niezdolną do pracy. Odjęte, ważyły sutki 12½ klg.; prócz przerosłych samych sutków znajdowały się jeszcze gruczoły dodatkowe po nad sutkiem, umieszczone bliżej pachy, wielkości 2 pięści. W zebranych przez autora przypadkach przerost, pomimo leczenia okładami jodowymi, wstrzykiwaniami jodu, mimo podawania tyreoidyny i wyciągów sutkowych, oraz innych wielu sposobów, zupełnie nie ustępował. W niektórych tylko przypadkach przerosłe podczas ciąży sutki, ale nie bardzo znacznie, w połogu wracają do stanu poprzedniego.

Jeżeli przerost jest znaczny, a przytem wzmaga się ogólne wyniszczenie, należy sutek taki zdaniem autora odjąć, bez obawy przerwania ciąży, jak to właśnie miało miejsce w przypadku przytoczonym, gdzie mimo obustronnego odjęcia ciąża została nienaruszoną. *P.*

Cohn. **Wyniki operacyi doszczętnej w przebiegu ostrego i przewlekłego ropienia ucha środkowego.** (*Archiv für Ohrenh.* Tom 53). Stacke podnosi z naciskiem, że operacya doszczętna jest wskazaną tylko w przebiegu przewlekłego ropienia ucha środkowego, w ostrych zaś przypadkach wskazaną jest tylko trepanacya. Zaufal, Gounert, Brieger i Jansen twierdzą, że mogą się zdarzać i ostre przypadki, gdzie będzie wskazaną operacya doszczętna. Whiting poleca w pewnych ostrych przypadkach dołączyć do zwykłej trepanacyi wycięcie kowadełka i ewentualnie młoteczka. Na wskazania, postawione przez Whitinga, niezawsze można się zgodzić. C. przytacza dwa przypadki ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego, w których zmuszony był wykonać operacyę doszczętną. Wskazania do doszczętnej operacyi w ostrych przypadkach nie są ściśle określone; łatwiej zdecydować się na doszczętną operacyę w tych przypadkach, gdzie istnieją powikłania ze strony mózgu, szczególnie jeżeli ognisko chorobowe w czaszce znajduje się nad jamą bębenkową. C. opisuje jeden przypadek ropnia w prawym płacie skroniowym mózgu, który powstał w przebiegu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego; ponieważ wyrostek sutkowy był zdrowy, C. zdecydował się otworzyć ropień od zewnątrz; chory umarł na zapalenie płuc. Co do wyników autora w przypadkach przewlekłego ropienia ucha środkowego, to nie zawierają one nic nowego.

Dr. Teofil Zalewski.

Dr. A. E. Stein. **Przyczynek do statystyki i operacyi guzów szczęki górnej.** (*Archiv Langenbecka*, 65/2). Praca ta, obejmująca statystyczne zestawienie guzów szczęki górnej w ogólności, zajmuje się głównie wynikiem bezpośrednim i dalszym po całkowitem wypiłowaniu szczęki. Operacyę tę wykonano w klinice Bergmanna w ostatnich 10-ciu latach 47 razy. Do części miękkich najczęściej stosowano metodę Diffenbacha. Bezpośrednia śmiertelność wynosiła 14·8%. „Wyniki trwałe" dają obraz znacznie smutniejszy. Po wycięciu szczęki, wykonanej z powodu raka, nie żyje obecnie ani jeden chory. Przyczyną śmierci były nawroty nowotworu, zazwyczaj wcześnie, gdyż już po trzech miesiącach pojawiające się. Z przypadków zaś operowanych z powodu mięsaka szczęki żyje jeszcze w dobrym stanie zdrowia 12·5%. Z innych szczegółów, podanych przez autora, zanotować należy, że w klinice Bergmanna operują zawsze w uśpieniu morfinowo-chloroformowem, stale robią przedwstępną tracheotomię i wprowadzają kaniulę tamponującą Halma, a w ostatnim roku z zasady podwiązywali tętnicę dogłowową zewnętrzną i to ze względu na krążenie uboczne w miejscu pomiędzy tętnicą tarczykową górną, a tętnicą językową. *Herman.*

Dr. J. S. Spiridinow. **Dwa przypadki złamania kręgosłupa.** (*Archiv Langenbecka*, 65/2). W pierwszym przypadku skutkiem przygniecenia ciężką belką nastąpiło złamanie trzonu I-ego kręgu lędźwiowego. Rdzeń został zgnieciony. Wystąpiło porażenie obustronne, 29-ego dnia po wypadku chory umarł, a sekcya wykazała jako przyczynę śmierci ogólne zakażenie gnilne. W drugim przypadku chory spadł ze znacznej wysokości i stwierdzono złamanie kręgów: VII-go szyjnego i I-go piersiowego ze znacznym rozstępem odłamków i następowem wgnieceniem rdzenia. I ten chory zmarł 22-go dnia choroby i tu również stwierdzono na sekcyi posocznicę (z odleżyn i dróg moczowych). *Herman.*

Pflüger. **Wstrzykiwania podspojówkowe hetolu (kw. cynamon.).** (*Archiv d'Ophtalm.* 1901, 7). Autor dotychczas używał w przypadkach zaćmień ciałka szklistego, oraz w zapaleniach środkowych i obwodowych naczyniówki, szczególnie przy wysokiem krótkowidztwie, wstrzykiwań soli kuchennej 2: 100; obecnie przeszedł do wstrzykiwań hetolu, który stosuje w rozczynie 1: 100, co dwa dni 4—5 ctm. sześciennych. Ból trwa zaledwie parę minut; należy przez ten czas lekko oko głaskać; opaska jest zbyteczną.

P. używał tych wstrzykiwań w liszaju (*herpes*) rogówki, — przyczem przekonał się, że usuwają bóle, oraz że przyspieszają wessanie; jednakże podaje autor, że nie ograniczał się li tylko do hetolu, ale stosował go obok zwykłej w tych razach terapii. Hetol przyspiesza również gojenie się głębokich wrzodów rogówkowych, a szczególnie wrzodów środkowych. Nie bez wpływu na przebieg cierpienia okazały się wstrzykiwania hetolu w zapaleniu jagodówki, miąższowem zapaleniu rogówki, oraz w surowiczem zapaleniu tęczówki; szczególnie dodatni wpływ wywarły te wstrzykiwania w gru-

źliczem zapaleniu rogówki i jagodówki. Wreszcie zapalenie twardówki wraz z naciekami rogówki było przedmiotem prób autora, gdzie leczenie ogólne było bez skutku, a hetol sam sprowadził znaczną poprawę wzroku przez wywołanie wessania zaćmień rogówkowych. Jednakże są to dopiero pojedyncze przypadki; lek ten należy poddać jeszcze dalszym próbom. *Dr. Brudzewski.*

Trautas. **Leczenie kurzej ślepoty** (*hemeralopia*) **przez podawanie gotowanej lub pieczonej wątroby.** (*Archive d'Ophthalmologie* Nr. 8, 1901). Dwadzieścia cztery przypadki kurzej ślepoty samoistnej, pochodzące z Zakładu sierót w Konstantynopolu, wyleczył T. w kilka dni li tylko przez podawanie wątroby, 3—4 razy mniejwięcej po 200 grm. na jeden raz. T. stosował dla porównania także i sok wyciskany z wątroby (2—3 łyżki dziennie); ale wynik nie był tak widoczny, — leczenie trwało już kilka dni dłużej. T. przypuszcza, że działanie wątroby jest swoiste, a przypuszcza to na tej podstawie, że dla porównania karmił swych chorych bardzo intenzywnie mięsem, nie osięgając jednak żadnego skutku, który dopiero wystąpił po podaniu wątroby. Tak samo nie widział T. skutku żadnego po zastosowaniu ciemnicy w myśl Nettera. Wątroba wywiera bowiem znakomity skutek także w tych razach, gdzie kurza ślepota trwa kilka lat! Podobne działanie opisywał już Partscher, a świeżo Ocfale-Neenahr w badaniach swych historycznych wykrył, że terapia ta stosowaną była jeszcze 1000 lat przed Hippocratesem. *Dr. Brudzewski.*

Gallet et Coppez. **Kostniak olbrzymi zatoki klinowej.** (*Arch. d'Ophth.* 1901, 9). Przypadek ten zasługuje z tego względu na uwagę, że autorowie długi czas przypuszczali nowotwór, wychodzący z kości czołowej. Prócz wysadzenia gałki ku zewnątrz i ku dołowi, oraz lekkich zaburzeń czucia w zakresie n. trójdzielnego (gałęzi I), nie było żadnych objawów; nieco później zjawiło się zapalenie nerwu wzrokowego z zejściem w zanik, a potem dopiero można było wybadać palpacyą w kącie wewnętrznym szpary powiek guz twardy, niebolesny; w kilka lat później zjawiły się bóle w czole i oczodole, bezsenność, jadłowstręt. Przytem w kącie wewnętrznym oczodołu wystąpiła przetoka, 6 ctm. długa, a zgłębnik wykazał jej przebieg prostolinijny i poziomy, przyczem w przełyku nieco po stronie prawej zjawił się guz twardy, w wysokości wyrostka podstawowego. Rozpoznano kostniak zatoki klinowej, oraz zapalenie błony śluzowej, ją wyścielającej.

Wykonano operacyę, która potwierdziła rozpoznanie — przyczem musiano wykonać tracheotomię oraz czasową resekcyę szczęki górnej, by dojść do punktu wyjścia guza. Chory jednakże po operacyi w dni 10 zginął wśród objawów zapalenia błon, mózgowych, a sekcya wykazała, że w istocie zapalenie opon było ropne, punktem wyjścia którego było ropne zapalenie błony śluzowej zatoki. Nie wchodząc w szczegóły operacyi, dość obszernie w całym przebiegu opisanej, podajemy tylko, że przypadków tego rodzaju jest nie wiele, bo autorowie zdołali zaledwo zebrać 12, a z tych tylko 3, które były leczone chirurgicznie; reszta przypadków pochodzi ze zbiorów anatomo-patolog. muzealnych, względnie z opisów sekcyjnych. *Dr. Brudzewski.*

Terrien. **O torbielach tęczówkowych.** (*Arch. d'Ophtalm.* 1901, 10). Opisując operowany przez siebie, oraz zbadany pod drobnowidem przypadek torbieli tęczówkowego, rozpisuje się autor szerzej o torbielach tęczówkowych wogóle, rozróżniając następujące rodzaje torbieli tęczówkowych: 1) torbiele perłowe, 2) skórzakowate, 3) pasorzytnicze, i 4) surowicze. Pierwsze z nich są pochodzenia urazowego, powstają przy ranach rogówki dlatego, że uraz raniący rogówkę wprowadza do tkanki tęczówki drobne kawałki przybłonka, który zaszczepia się w tęczówce i rosnąc dalej tworzy ów guz perłowy. Drugi rodzaj jest pochodzenia najprawdopodobniej z życia płodowego, jak tego dowiódł Rosenzweig, opisując torbiel taki u dziecka trzechmiesięcznego. Torbiele tęczówkowe, utworzone przez pasorzyty, jak bąblowiec lub nitkowiec są rzadkie, jednakże niewątpliwie znane. Wreszcie torbiele surowicze są może najciekawsze ze wszystkich przez swą patogenezę. Fuchs opisał w tęczówce dołki (krypty), które mogą się zasklepić i dać początek torbielowi tęczówki, powstając bądź bez urazu, bądź też jako następstwo jego. Przypadek autora należy właśnie do pierwszej grupy. *Dr. Brudzewski.*

Dr. K. Dorn. **Radiografia w rozpoznawaniu kamieni pęcherzowych.** (*Deutsche Ztschr. f. Chir.* T. 62, Z. 1 i 2). Jeżeli tylko nie przedłużymy zbytecznie czasu, przez który chory z kamieniem w pęcherzu wystawiony został na działanie promieni Röntgena, otrzymać możemy wcale wyraźne obrazy nawet wówczas, gdy kamień ten składa się wyłącznie z fosforanów. Czas wystawienia w takich razach zwykle, jak na to już Braatz zwrócił uwagę, powinien wynosić średnio $2^1/_2$ minut. Pomoc radiografii w tem cierpieniu niekiedy może być bardzo pożądaną, np. w przypadkach zwężeń cewki moczowej, znacznego i szczególniejszego przerostu gruczołu krokowego etc. *Herman.*

Prof. E. Hahn. **Nowy sposób „orchidopexis“.** (*Crbl. f. Chir.* 1902, Nr. 1). Ściągnięcie, a zwłaszcza utrzymanie jądra, które utkwiło w kanale pachwinowym, w mosznach natrafia na pewne przeszkody. (Niebezpiecznie zaś jest pozostawić jądro w kanale pachwinowym, gdyż w tych warunkach okazuje ono niezwykłą skłonność do zwyrodnienia mięsakowatego. (*Przyp. ref.*) Więc H. podaje nową, przez siebie już z najlepszym skutkiem od r. 1888 stosowaną metodę. Polega ona na tem, że z cięcia ponad jądrem i po uruchomieniu tego ostatniego, narzędziem tępem przebija kanał w odpowiedniej połowie moszen i na końcu tego kanału przecina skórę worka mosznowego na takiej przestrzeni, aby łatwo módz przez ranę wyprowadzić jądro na zewnątrz. Co gdy uskuteczni, paroma szwami rankę tę zmniejsza o tyle, aby jądro nie cofnęło się. Dopiero po 6—7 dniach, kiedy sznurek nasienny zrósł się już z otoczeniem, rozszerza tę dolną rankę napowrót; skórę na brzegach podpreparowuje i w tak wytworzoną jamkę cofa jądro na stałe, zeszywając ostatecznie skórę ponad niem. *Herman.*

Dr. F. Hölscher. **Przyczynek do leczenia rwy kulszowej.** (*Crbl. f. Chir.* 1902, Nr. 2). Zdarzają się uporczywe przypadki tego cierpienia, nie ustępujące mimo stosowania wszystkich znanych wewnętrznych i zewnętrznych, bezkrwawych i krwawych sposobów leczenia. Dla tych przypadków zaleca autor własną metodę, stosowaną przez siebie od lat 10 z jak najlepszem powodzeniem. Cięciem podłużnem odsłania nerw i przykrywa go tamponem, zmaczanym w 5% roczynie kwasu karbolowego. Tampon ten pozostaje w ranie i na nerwie przez 3 dni. Zwykle po tym czasie wszelkie przypadłości znikają bezpowrotnie. Gdyby jeszcze i po tym czasie chory doznawał pewnych cierpień w chorej kończynie, należy założyć świeży tampon na dalsze 3 dni. *Herman.*

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Michaelis. **Kliniczne spostrzeżenia, dotyczące działania aguryny** (*Wraczebnaja Gazeta*, 1901, Nr. 48). Wiadomo, że diuretyna dość często wywołuje wymioty i inne objawy ujemne w przewodzie pokarmowym. To uboczne działanie diuretyny zależy od znajdującego się w niej kwasu salicylowego; na jednę bowiem część teobrominy sodowej zawiera diuretyna 0,8 części salicylanu sodowego. Wobec tego uzasadnionem jest dążenie badaczy do otrzymania takiego połączenia teobrominy, któreby przy zachowaniu własności moczopędnych nie posiadało ubocznego działania ujemnego. Idąc w tym kierunku, Impens zalecił otrzymaną przez fabrykę Bayera podwójną sól teobrominy sodowej i octanu sodowego. Wobec silnych moczopędnych jej własności Impens nazwał to połączenie aguryną. Jestto proszek bezbarwny, łatwo rozpuszczalny w wodzie, smaku słono-gorzkawego. Aguryna posiada więcej teobrominy, niż diuretyna, na jedną bowiem część teobrominy sodowej zawiera ona 0,4 części octanu sodowego. Ta zawartość w niej octanu sodowego jest wielce pożądaną wobec moczopędnych, aczkolwiek niezbyt silnych własności tej soli. Pierwsze badania kliniczne aguryny przeprowadził Destrée. Również Michaelis stosował ten przetwór w ciągu pół roku w oddziale prof. Littena: żadnego nie stwierdził on działania ubocznego, owszem w 1 przypadku miąższowego zapalenia nerek, w którym w ciągu czterech miesięcy prawie codzień występowały wymioty, po zastosowaniu w ciągu czterech dni aguryny po 3,0 dziennie wymioty wystąpiły tylko raz. Działanie moczopędne następuje zwykle po 2—3 dniach podawania aguryny i znika po upływie doby po zaprzestaniu. Na serce aguryna nie działa wcale: moczopędne jej działanie zależy wyłącznie od podrażnienia nerek. Najlepiej aguryna działa wobec zdrowych nerek, lecz w niektórych przypadkach M. spostrzegał dodatnie jej działanie i w przewlekłem śródmiąższowem zapaleniu nerek o słabem natężeniu. Najlepszy jednak skutek aguryny stwierdzono w stanach zastoinowych, wywołanych wadami serca, zwłaszcza przy poprzedniem lub jednoczesnem zastosowaniu naparstnicy. Przeciętna dawka 1,0 trzy razy dziennie w proszku; w roczynie bowiem aguryna rozkłada się pod wpływem kwasu węglowego powietrza i mętnieje wskutek strącania się teobrominy. *Witold Orłowski.*

Rudolf Schmidt. **O działaniu i stosowaniu dioniny w schorzeniach narządu oddechowego.** (*Aerztl. Centr. Ztg.*

Nr. 34, 1901). Nader pomyślne wyniki otrzymał autor podczas epidemii krztuśca przez podawanie dioniny z kreozotalem w kształcie delikatnej zawiesiny, do której dodawał 0·05—0·10 dioniny (odpowiednio do wieku dziecka), rozpuszczonej w zwykłym syrupie (30 grm.). Z tego płynu otrzymywało dziecko co 2—3 godziny jedną łyżeczkę. Nadto stosowano dioninę w tej samej postaci w nieżytach oskrzelowych i zapaleniu płuc u dzieci i starszych. Co się tyczy działania dioniny w krztuścu, okazało się, że ten środek zmniejsza natychmiast częstość napadów kaszlu, a choroba sama przez się trwa o wiele krócej, niż zwykle; to samo odnosi się także do nieżytu oskrzeli i zapalenia płuc. Jakkolwiek wielką część pomyślnego wyniku trzeba kłaść na karb kreozotalu, nie ulega jednak wątpliwości, że dionina, jako znakomity środek łagodzący i kojący, wywiera również skuteczny wpływ. Wobec tego autor twierdzi, że dionina jest tem cenniejszym środkiem, ponieważ posiada kojące własności morfiny bez jej ubocznych szkodliwych działań, — nie upośledza bowiem ani czynności serca, ani odkrztuszania.

Dr. Henryk Pisek.

Dr. A. Cajazzi. **O skutkach leczniczych hedonalu.** Autor próbował hedonalu w postaci kołaczyków w dawkach od 1—3 grm., na uporczywą bezsenność u pijaków, chorych na padaczkę, stwardnienie tętnic, zapalenie mięśnia sercowego, w różnych stanach obłąkania i w bezsenności nerwowej. Hedonal działał zawsze szybko, czasem lepiej niż sulfonal, albo mięszanina soli bromowych z chloralem. Objawów ubocznych nigdy nie zauważył. *Dr. Flis.*

VIII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 11 grudnia 1901.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Grzybowski przedstawił przypadek cięcia cesarskiego, wykonanego na oddziale prof. Dra Rosnera. Wieloródka, rodziła pierwszy raz przed trzema laty. Miednica płaska. Pierwszy poród długo trwały, ciężki, ukończony wymóżdżeniem. Obecnie drugi poród. Płód donoszony, dobrze rozwinięty. Do chwili pęknięcia pęcherza płodowego poród postępował prawidłowo. Po odpływie wód płodowych wystąpiły gwałtowne bóle, wśród których pierścień skurczowy doszedł w przeciągu dwóch godzin do wysokości pępka; dolny odcinek macicy nadmiernie rozciągnięty, cienki, bolesny. Główka płodu duża, nieustalona, nad wchodem. Tętno płodu dobre.

Wobec grożącego pęknięcia macicy porzucono zamiar ukończenia porodu drogą prawidłową, a przystąpiono do cięcia cesarskiego. Macicę otwarto poprzecznem cięciem Fritscha, stosując je w tym przypadku umyślnie, w przeświadczeniu, że wobec nadmiernego rozciągnięcia dolnego odcinka macicy spotkanoby się w razie cięcia podłużnego, które musiałoby w dolnej części iść przez ten rozdęty odcinek, ze znacznym następowym krwotokiem i uzyskanoby gorsze warunki do późniejszego gojenia się rany. Połóg i przebieg pooperacyjny prawidłowe. Pacyentka karmi dobrze rozwinięte i zdrowe dziecko.

W dyskusyi kol. prof. Rosner zwraca uwagę na niezmiernie szybko w tym przypadku postępujące rozciągnięcie dolnego odcinka i usprawiedliwia wybór metody operacyjnej.

Kol. docent Braun uznaje wykonanie takiej operacyi w klinice lub w zakładzie dobrze urządzonym.

Kol. prof. Jordan zwraca uwagę, że w danym przypadku groziło nieuniknione pęknięcie i nadmienia, że widział przypadek rzeczywistego pęknięcia w przeciągu pół godziny. Przy położeniu czaszkowem należy uważać na pierścień skurczowy w przypadkach, w których pierwszy poród trwał długo. Nie zgadza się z kol. doc. Braunem, ażeby cięcie cesarskie wykonywano tylko w zakładach; należy je także w razie wskazania zamiast kraniotomii dla zachowania dziecka robić i w mieszkaniu rodzącej.

III. Kol. prof. Wicherkiewicz przedstawia przyrządy i »etui« własnego pomysłu, służące dla lekarza praktycznego do szybkiego niesienia pomocy choremu w przypadkach okulistycznych.

IV. Kol. prof. Karol Klecki w wykładzie »O cytotoksynach« przedstawił stan nauki w tej materyi, omawiał zastosowania praktyczne wyników otrzymanych przy badaniu cytotoksyn, czy to w medycynie, czy w innych naukach, oraz zastanawiał się nad tem, czego w przyszłości możemy oczekiwać od badań w rzeczonym, zupełnie nowym kierunku.

Kol. Droba zapytuje prelegenta, czy teorya cytotoksyn może mieć znaczenie w leczeniu raka?

Prelegent odpowiada, że co do tego nic nie może powiedzieć, bo odnośnych doświadczeń nie robił.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

Posiedzenie wyborcze w dniu 18 grudnia 1901.

I. Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

II. W zastępstwie nieobecnego przewodniczącego Komitetu przedwyborczego kol. prof. Pieniążka, kol. doc. Rosner odczytuje listę kandydatów, proponowanych przez Komitet do zarządu Towarzystwa: na prezesa kol. prof. Kostaneckiego (powtórnie), na wiceprezesa kol. prof. Nowaka, na sekretarza dorocznego kol. Jana Landaua, na redaktora kol. Kwaśnickiego, do Komisyi redakcyjnej kol. prof. Trzebickyego, Jaworskiego, Rosnera i Raczyńskiego; do komisyi skrutacyjnej kol. Mączkę i doc. Łepkowskiego — na delegatów do Towarzystwa lekarzy galicyjskich kol. prof. Gluzińskiego i Marsa.

III. W głosowaniu tajnem wybrano: prezesem kol. prof. Kostaneckiego (jednomyślnie); wiceprezesem kol. prof. Nowaka; sekretarzem dorocznym kol. Jana Landaua; redaktorem kol. Kwaśnickiego (jednomyślnie); do komisyi redakcyjnej wybrano kolegów: Jaworskiego (jednomyślnie), Raczyńskiego (jednomyślnie), Trzebickyego i Rosnera.

Do komisyi skrutacyjnej wybrano jednomyślnie kol. Mączkę i doc. Łepkowskiego; na delegatów do Towarzystwa lekarzy galic. jednomyślnie kol. prof. Gluzińskiego i Marsa.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Władysław Żydłowicz, sekretarz doroczny.

Posiedzenie administracyjne w dniu 15 stycznia 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Przewodniczący poświęca gorące słowa wspomnienia pamięci bp. kol. Jakóba Blatteisa, który należał do założycieli Tow. lekar. i uprasza o upoważnienie do wysłania kondolencyi do rodziny zmarłego. Uchwalono.

II. Kol. doc. Rutkowski złożył sprawozdanie z działalności Towarzystwa za rok ubiegły.

III. Kol. Gwiazdomorski złożył sprawozdanie kasowe. Kol. Śliwiński zwraca uwagę na sprawę dyżurów nocnych i zapewnia, że ma ona być załatwiona po myśli Towarzystwa lekarskiego. Po przemówieniu kol. doc. Łepkowskiego, członka Komisyi kontrolującej, udzielono kol. skarbnikowi absolutoryum.

IV. Kol. doc. Raczyński złożył sprawozdanie z administracyi »Przeglądu lekarskiego«. Udzielono absolutoryum.

V. Kol. Gliński zdał sprawozdanie ze stanu biblioteki.

VI. Kol. prof. Browicz złożył sprawozdanie Komisyi słownikowej.

VII. Kol. Śliwiński sprawozdanie Komisyi przemysłowo-lekarskiej.

VIII. Kol. prof. Wachholz sprawozdanie Komisyi sprawozdawczej do Archiwu Virchowa i Hirscha.

IX. Kol. Bielański sprawozdanie Komisyi budowy domu Towarz. lek. W dyskusyi nad tem sprawozdaniem kol. doc. Łepkowski uczynił wniosek, ażeby wobec warunków obecnych zakupić dom, a nie budować. Kol. prof. Ciechanowski zwraca się do Komitetu Towarzystwa, ażeby rozważył, ewentualnie przekazał Komisyi budowy domu następujące wnioski:

1) Komisya zbada z pomocą doradców fachowych, czy chwila obecna nie byłaby stosowną do nabycia domu i wyszuka odpowiednią realność.

2) Komisya przeprowadzi rokowania z Komisyą redakcyjną Przeglądu lekarskiego i z Komitetem Tow. o ulokowanie funduszów.

3) Komisya przeprowadzi rokowania z Izbą lek., jako ewentualnym lokatorem.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Towarzystwo dermatologiczne.

Posiedzenie w dniu 1 grudnia 1901.

Obecni: Kol. Baurowicz, Boczar, Borzęcki, Krzyształowicz, Pacyna, Reiss, Schwarz, Sokołowski, Sternbach, Steuermark, Żydłowicz.

Po odczytaniu protokołu z poprzedniego posiedzenia przez sekretarza kol. Reiss, wyraził żądanie, aby w następnych protokołach zamieszczano krótką treść dyskusyi na posiedzeniach, co uchwalono i następnie protokół przyjęto.

Kol. Sokołowski przedstawia pacyenta prywatnego, u którego na podstawie różnych guzkowych wykwitów płaskich w okolicy stawów nadgarstkowych obu rąk po stronie zginaczy rozpoznaje liszaj rumiany płaski *(Lichen ruber planus)*. Chorego tego ma w obserwacyi od dwóch tygodni. Kol. Reiss zaznacza, że obszar chorobowy przedstawionego chorego nie należy do typowych, że nie widzi śladu pigmentacyi po znikających guzkach, że ostatecznie dwutygodniowa obserwacya w takich przypadkach jest zbyt krótką i z tych powodów wahałby się w rozpoznaniu liszaja. Kol. Borzęcki podnosi, że obraz chorobowy przywodzi mu na myśl wyprysk guzkowy *(Eczema papulatum)*, czemu sprzeciwia się kol. Sokołowski; nie upiera się on przy swojem rozpoznaniu, skłania się jednak ku rozpoznaniu liszaja płaskiego. Po dyskusyi, w której zabierali głos kol. Reiss, Borzęcki, Krzyształowicz i Schwarz postanowiono dla wyjaśnienia sprawy poddać chorego dalszej obserwacyi.

Kol. Reiss przedstawia przypadek choroby Raynauda u 7-tygodniowego dziecka; podaje historyę choroby, przedstawia etyologię samego cierpienia w ogólności i zaznacza, że terapia zastosowana w danym przypadku w postaci ciepłych kąpieli, masażu kończyn i jednej kropli dziennie roztworu Fowlera dała nader pomyślny wynik. Dalej przedstawia dwa przypadki słoniowaciny, a mianowicie *Elephantiasis scroti* u mężczyzny w sile wieku i *Elephantiasis cruris dextri c. lupo* u młodej kobiety. W pierwszym przypadku sądzi, że powodem cierpienia może być zmiana w kierunku aplazyi gruczołów pachwinowych. Kol. Żydłowicz twierdzi, że jeżeli u danego chorego była aplazya gruczołów chłonnych od urodzenia, co jest prawdopodobne, dlaczegóżby więc dopiero po całym szeregu lat miała się wytworzyć słoniowacina? Kol. Reiss wyjaśnia, że przez długie lata nie było bodźca do wywołania choroby; skoro jednak przyszło do owrzodzeń na członku, po których mamy znaczne blizny, sprawa chorobowa rozwijać się zaczęła. Kol. Borzęcki podnosi, że u pewnych osobników jest już usposobienie tkanek do przerostu i że w tych przypadkach zakażenie paciorkowcem może być znakomitym punktem wyjścia do wytworzenia się sprawy chorobowej. Kol. Sokołowski biorąc pod uwagę fakt, że w początkowych zwłaszcza okresach słoniowaciny mamy stałe zaczerwienienie skóry i częste podwyższenia ciepłoty, zadaje sobie pytanie, czy więc te objawy nie przemawiają za poprzedzającą różą powrotną? Kol. Schwarz zwraca uwagę, że gdybyśmy w danym przypadku mieli do czynienia z różą, to musiałyby tu być pewne nasilenia i zwolnienia, a tego ani chory nie podaje, ani przy badaniu nie stwierdzono. Kol. Boczar sądzi, że aplazya gruczołów może być tylko częściowym powodem słoniowaciny, boć przecież łatwo może przyjść do zaczopowania samych naczyń chłonnych wytworami zapalnymi, a tem samem odpływ limfy stać się utrudniony, ztąd też i przerost. Kol. Krzyształowicz twierdzi, że w każdym przypadku słoniowaciny można przyjąć zakażenie, które powodując ciągłe drażnienie, jest powodem przerostu tkanek.

Kol. Reiss przedstawia dalej przypadek wyprysku przewlekłego ograniczonego *(Eczema chronicum circumscriptum)*, leczonego metodą Spieglera, którą on uważa za nową, kiedy on sam stosował tę metodę w oddziale szpitalnym przed kilkoma laty. Kol. Borzęcki zaznacza, że idzie tu tylko o pewną modyfikacyę metody dawnej, a najmniejsza w tym kierunku zmiana daje już miano nowej metody, podczas gdy wszystkie one są jednako dobre i jednakowo do celu prowadzą. Kol. Żydłowicz podaje, że metodę tę stosował w dwóch przypadkach z wynikiem dodatnim, zawsze jednak trzeba było dwu- i trzechkrotnego jej stosowania. Po oddzieleniu się strupa w danem miejscu okazują się świeże ziarniny, które należy zapędzlować roztworem lapisu. Kol. Boczar przyznaje tej metodzie doniosłe znaczenie w wypryskach przewlekłych, jednak winna być stosowaną tylko w wyprysku suchym, nigdy w miejscach, gdzie skóra fałduje się, lub gdzie jest znaczniejsza wydzielina i nigdy u dzieci.

Z kolei kol. Borzęcki przedstawia chorego, u którego rozpoznaje łuszczycę powszechną *(psoriasis universalis)*. Chory ten zgłosił się do kliniki dermatolog. ze zmianami łuszczycy na łokciach i kolanach, gdzie mu podawano wewnętrznie arsen, zewnętrznie zaś zastosowano maść pirogalusową. Po krótkim czasie choroba zajęła jednostajnie całe ciało, a skóra stała się tak wrażliwą, że znosiła tylko obojętne tłuszcze. Po pigułkach azyatyckich stosowano wstrzykiwanie arsenianu sodowego (50 wstrzyknięć), następnie pigułki z stężonym kwasem karbolowym po 0,2 na dawkę, ale wszystko bezskutecznie. Chory ma zajęte wszystkie gruczoły chłonne i okazuje znaczną czerwoność całej skóry *(Erythroderma, psoriasis rubra)*. Ostatecznie możnaby tu przypuścić trzy rodzaje choroby: *Psoriasis universalis rubra*, *Pityriasis rubra Hebrae* i *Dermatitis exfoliativa generalisata subacuta Brocq.*; długa jednak obserwacya skłania go do przyjęcia *Psoriasis universalis*. Kol. Reiss zaznacza, że *Pityriasis rubra Hebrae* prowadzi zawsze do zaniku, a tu skóra jest raczej naciekła. Kol. Schwarz po dłuższym wywodzie wyklucza możliwość *Pityriasis* i godzi się na *Psoriasis*. Kol. Sternbach wspomina o podobnym przypadku, który przez kilka miesięcy leczył w oddziale szpitalnym i podnosi uporczywość cierpienia. Kol. Krzyształowicz zwraca uwagę na ogólny łojotok, którego obraz niczem się nie różni od przedstawionego przypadku. Nie przeczy, że tu pierwotnie mogła być łuszczyca; ta jednak przy forsownem leczeniu ustąpiła, a jej miejsce zajął ogólny łojotok; radzi więc przeprowadzić ścisłe odkażenie skóry, które może wyjaśnić obraz chorobowy w danym przypadku. Kol. Boczar, który od samego początku obserwował chorego, twierdzi, że były tu typowe ogniska łuszczycy, ale był również łojotok na głowie; przyjmuje więc twierdzenie kol. Krzyształowicza. Kol. Żydłowicz radzi w tym przypadku ogólne zastosowanie maści Hebery.

Kol. Baurowicz przedstawia pacyenta ze zmianami liszaja żrącego na błonie śluzowej jamy ust, gardzieli i tchawicy, które sięgają poniżej strun głosowych. Matka chorego umarła na gruźlicę płuc. Choroba zaczęła się przed 5 laty na błonie śluzowej warg; wtedy również wyłuszczono gruczoł podszczękowy po stronie prawej, gdzie dziś na miejscu blizny wytworzył się typowy wilk. Chory obecnie wskutek głębokiego nacieku w okolicy strun głosowych stracił głos, rokowanie jest złe, a leczenie powinno być zapobiegawcze, ale nie drażniące; uwzględnić tu trzeba stan ogólny chorego.

W końcu kol. Reiss przedstawia chorego, demonstrowanego już na poprzedniem posiedzeniu, u którego po zastosowaniu odkażenia skóry stan się znakomicie poprawił; tworzą się jednak jeszcze odosobnione pęcherze tak, że dziś jeszcze pęcherzycy wykluczyć nie można.

Dr. Reiss, prezes. *Dr. Pacyna*, sekretarz.

• • •

IX. Przyszłość Cirkvenicy.

O trzy godziny drogi (statkiem tylko $1^3/_4$ godziny) na południe od Fiume leży na wybrzeżu kroackiem, oblana modremi falami Adryatyku, cicha, urocza Cirkvenica. Miejscowość ta, o której lat temu kilka mało kto jeszcze wiedział, a gdzie tylko w lecie nieliczni zjeżdżali Węgrzy na kąpiele morskie, obecnie wchodzi w nową fazę, będącą bezwątpienia początkiem świetnego jej rozwoju. Znany zaszczytnie, doświadczony i słusznie ceniony hidroterapeuta, kolega Dr. Ebers otworzył tu świeżo zakład leczniczy pod nazwą „Therapia“ we wspaniałym budynku, wzniesionym z wielkim nakładem przez arcyksięcia Józefa. Wytworne urządzenie zakładu tego, zbudowanego na łagodnym stoku wzgórz otaczających Cirkvenicę, wśród nowo założonego parku, z prześlicznym widokiem na morze, nie pozostawia nic do życzenia, a komfortem przewyższa niejedno z renomowanych dziś sanatoryów. Nazwisko zaś kierownika daje rękojmię, że przedsiębiorczy ten, rzutki a energiczny kolega, posiadający głęboką zawodową wiedzę, postawi w krótkim czasie zakład swój między pierwszymi w Europie. Przyczyniają się do

tego też i wyborne warunki miejscowe. Klimat morski, łagodny, prawie taki, jak na włoskiej Riwierze, czyni z Cirkvenicy stacyę klimatyczną zimową, a kąpiele morskie o niezbyt silnych falach, więc nie drażniące układu nerwowego, przewyższają o tyle kąpiele w Abbazyi, że wybrzeże równe i więcej płaskie tworzy w jednem miejscu szeroką plażę piaszczystą, której brak we wszystkich innych miejscowościach, rozsianych na skalistych wybrzeżach Adryatyku. Łazienki obszerniejsze i wygodniejsze, niż w Abbazyi, a przedewszystkiem daleko w morze wysunięte, czynią kąpiel o wiele przyjemniejszą i niewątpliwie skuteczniejszą, niż tam, gdzie wiele nadbrzeżnych wpada strumieni i gdzie nawet na dnie morskiem bije kilka źródeł słodkiej wody. Rozległe i cieniste gaje dębowe i oliwne, znajdujące się tuż poza Cirkvenicą w pięknej dolinie Vinodolu, dostarczą w lecie pożądanego chłodu i cienia, tworząc naturalny park do przechadzek. W zimie zaś słońce, zachodzące tu później, niż w zasłoniętej od zachodu wysokim grzbietem gór Monte Maggiore Abbazyi, pozwala na dłuższe korzystanie z niego na obszernych werandach zakładu. Gdy do tego dodamy ludność słowiańską tak w samej Cirkvenicy, jak i w dalekim od niej promieniu, uczciwą, sympatyczną i bardzo Polakom przychylną, mamy wszystkie dane do sądzenia, że w krótkim stosunkowo czasie stanie się miejscowość ta punktem zbornym Polaków ze wszystkich dzielnic kraju, zwłaszcza teraz, gdy kąpiele niemieckie odstraszają nas i wstręt budzą dzięki rozpanoszonemu tam prusactwu.

W przeciwieństwie do kąpieli morskich północnych ma Cirkvenica i tę wielką zaletę, że pobyt tu można rozłożyć na dwa sezony: letni z kąpielami i zimowy sezon klimatyczny. Wszelkie cierpienia przewlekłe dróg oddechowych, wysięki opłucnowe, początkowe zmiany w szczytach, choroby narządu krążenia i trawienia, neurastenia i hysteria, niedokrewność, błednica, zołzy, choroby kobiece itd. itd. nadają się do leczenia bądźto pobytem tutaj przez zimę, bądź też do leczenia kąpielami morskiemi lub hidropatyą przy użyciu wody słodkiej lub morskiej. Prócz tego we wzorowo urządzonym zakładzie zaprowadzono wszelkie najnowsze urządzenia do stosowania elektroterapii i mechanoterapii, kąpieli piaskowych, słonecznych i świetlnych pod kierunkiem trzech rutynowanych specyalistów i przy pomocy dobrze wyszkolonej służby polskiej, oraz masażystki umyślnie z ojczyzny masażu, ze Szwecyi, sprowadzonej. Jednem słowem rzadko który zakład zagraniczny rozporządza tylu środkami leczniczymi razem, co zakład Cirkvenicki.

A ponieważ przy tego rodzaju leczeniu połowę niemal kuracyi stanowi codzienne parogodzinne pływanie po morzu i oddychanie powietrzem, przesyconem silnie solą morską, przeto i pod tym względem Cirkvenica, położona nader korzystnie w punkcie niemal środkowym ciekawej pod każdym względem okolicy, przewyższa wiele innych miejscowości, choćby takie Grado lub Šistianę koło Tryestu. Cały archipelag wysp i wysepek w rozległej zatoce Quarnero z rozrzuconymi po nich zabytkami z czasów rzymskich lub weneckich, lub odznaczających się malowniczymi widokami i ciekawą a pobratymczą nam ludnością, dozwala na wielkie urozmaicenie programu wycieczek morskich, które ułatwiają kursujące stale statki pocztowe lub spacerowe. Że wspomnę tylko o Abbazyi lub Fiume z ogromnemi fabrykami i całym interesującym ruchem portowym. W najbliższem niemal sąsiedztwie Cirkvenicy mamy ślicznie położone miasteczko Porto Rè, po słowiańsku Kraljevica. Według podania początek jego datuje się z czasów panowania króla Longobardów Alboina, który założyć tu miał obronny port, zwany przez Rzymian Portus regius. Naprzeciwko Cirkvenicy, oddzielona tylko wązką cieśniną morską, zwaną Canale della Morlacca, leży wyspa Veglia, do której dostać się można z łatwością barką. Liczy ona około 15.000 ludności prawie wyłącznie słowiańskiej, a miasteczka Castelmuschio, Veglia i Malinska zasługują również na zwiedzenie. Pierwsze z nich, rzucone malowniczo niby gniazdo orle na szczycie wysokiej skały nad głęboko w ląd wrzynającą się zatoką, z ruinami starego zamku rodziny Frangipani, która w historyi Kroacyi wybitną swego czasu odgrywała rolę; drugie, będące dziś siedzibą biskupstwa, odznacza się ładną średniowieczną katedrą z paru cennymi obrazami i wcale pokaźną biblioteką; trzecie wreszcie jest punktem wyjścia wycieczek pieszych i konnych w głąb wyspy, odznaczający się bujną i piękną wegetacyą południową. Nieco dalej leży wyspa Cherso, słynąca wybornym gatunkiem uprawianego tu wina, oraz wykopaliskami z czasów rzymskich, z miastem tegoż samego nazwiska i z podupadłem obecnie miasteczkiem Ossero, które niegdyś licząc 20.000 mieszkańców, było jednym z ważniejszych portów republiki weneckiej, po której rządach liczne tu pozostały zabytki. Z dalszych wycieczek nader interesujące są: na wyspę Arbe, do Pola, jedynego portu wojennego Austryi z olbrzymim arsenałem morskim i świetnie zachowaną jedną z największych aren rzymskich, świątynią Augusta i trzema łukami tryumfalnymi, dalej na wyspę Lussin z obu miastami Lussin grande i Lussin piccolo, znanemi stacyami klimatycznemi dla suchotników, oraz jeszcze dalsze do Raguzy, Spalato i Cattaro w Dalmacyi, lub wreszcie do Tryestu i Wenecyi.

Już z tego krótkiego opisu nabierze czytelnik wyobrażenia, jak szczęśliwą była myśl kolegi Ebersa, że wybrał właśnie Cirkvenicę dla swego zakładu. Podróż tam jest krótka i niekosztowna, zwłaszcza jeżeli się jedzie przez Węgry; z Krakowa lub Lwowa najlepiej przez Peszt koleją do Fiume, zkąd statkiem dwa razy dziennie dostać się można do Cirkvenicy. Tak to, jak i położenie pod względem klimatycznym znakomite, oraz zakład urządzony z wszelkiemi wygodami i zastosowaniem najnowszych zdobyczy wiedzy lekarskiej, przyczynić się powinny do szybkiego rozwoju tej miejscowości, a lekarze i pacyenci Polacy poprą niezawodnie usiłowanie Dra Ebersa, któremu należy się wdzięczność, że na ziemi od wieków słowiańskiej, wśród naszych pobratymców, uprzedził jakiegoś Węgra lub Niemca. Życząc koledze Ebersowi, aby nie zawiódł się w swoich planach, lecz owszem jak najobfitsze zbierał plony, kończę szkic niniejszy; niech zakład jego leczniczy wzrasta i rozwija się jak najlepiej.

Dr. Adam Langie.

X. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1898.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

b. Zakłady dla obłąkanych.

Liczba łóżek w zakładach krakowskim 115 i kulparkowskim 560 pozostała w r. 1898 ta sama; prócz tego w dwóch zakładach prywatnych było razem 24 łóżek. Przypada zatem jedno łóżko (dla obłąkanych) na 9489 mieszkańców, podczas gdy w całem państwie wypadało jedno łóżko na 1804 mieszkańców (w r. 1897 na 1943 miesz., w r. 1896 na 2116 miesz.) Na 100 obłąkanych było w tym roku w Austryi tylko 56·3% niepomieszczonych w zakładach, zaś u nas znacznie więcej, bo 65·8%. A mimo to oba zakłady nasze, a szczególnie krakowski, tak są przepełnione chorymi, że skoro tylko można (t. j. skoro choć małe następuje uspokojenie chorego, a rodzina życzy go zabrać) wypuszcza się chorego niewyleczonego, by nowonapływającym zrobić miejsce; w ten sposób wypuszczono w Krakowie w r. 1898 aż 40% niewyleczonych. Ale i w zakładzie kulparkowskim przepełnienie jeszcze nigdy nie było tak wielkie jak w roku sprawozdawczym, gdzie w dniu 31 grudnia było na 560

łóżkach 706 chorych. Mimo tego przepełnienia wyniki leczenia są względnie dobre, skoro wyszło wyleczonych około 29% (z obu zakładów). Najlepsze wyniki dawało obłąkanie ostre (*amentia*). Pozostawał przeciętnie jeden chory w Kulparkowie 173 dni, w krakowskim zakładzie 103 dni, wszyscy chorzy zaś w Kulparkowie 251.580 dni (kosztem 197,915 złr.), a w krakowskim zakładzie 47.500 dni (kosztem 36.920 złr.).

c. Zakłady położnicze.

Wybudowany w r. 1895 nowy zakład położniczy we Lwowie miał w r. 1898 jeszcze 100 łóżek na oddziale położniczym, a 40 na ginekologicznym, gdyż klinika położniczo-ginekologiczna otwartą została dopiero w r. 1899 i wtedy dopiero podzielono cały zakład. Toteż miejsca było poddostatkiem, a na owych 100 łóżkach na oddziale położniczym było przeciętnie 55·36 matek.

Inaczej w Krakowie gdzie na oddziale położniczym, połączonym ze szkołą położnych, było przeciętnie na 30 łóżkach 42·25 matek, to znaczy, że jest tam stałe przepełnienie zakładu o 25% normalnej ilości łóżek! A trzeba zważyć, że pomieszczenie zakładu jest możliwie najgorsze, w ciasnych, sklepionych a nizkich celkach z małemi okienkami i brakiem zupełnym wentylacyi i. t. d.

Następne bardzo krótkie ustępy, a mianowicie: d) zdrojowiska e) domy zaopatrzenia f) zakłady dla sierot g) domy (fundusze) dla ubogich, h) podrzutki i zakłady dla nich, pomijamy tem więcej, że wobec ich lakoniczności nie można z nich wysnuć wniosków donioślejszych.

III. Ułomni niepomieszczeni w zakładach.

a). Z końcem r. 1898 wykazano w Galicyi 2591 obłąkanych niepomieszczonych w zakładzie dla obłąkanych. Z tych 151 było w zakładach zaopatrzenia, zaś 2536 w opiece domowej (?). Na 100,000 mieszkańców przypada w Galicyi 36 obłąkanych, w całem państwie 74; wypadałoby ztąd, że w Galicyi znacznie mniej osób zapada na choroby umysłowe, o ile liczby wykazane są prawdziwe.

b). Matołków wykazano w Galicyi w r. 1898 3787 tj. o 167 więcej niż w r. 1897. Na 100,000 mieszkańców wypada przeto 57, w całem państwie 73 matołków.

c). Głuchoniemych wykazano 10,687 tj. 161 na 100,000 mieszkańców. Największa liczba tych nieszczęśliwych ma cierpieć już od urodzenia (86%) co wydaje się bardzo nieprawdopodobnem; raczej przypuścić należy, że nabyli tego cierpienia w niemowlęctwie, zwłaszcza po chorobach zakaźnych. Zadziwiającym jest fakt, że w 6 powiatach, stanowiących jeden kompleks (Grybów. N. Sącz, N. Targ, Limanowa, Brzesko i Gorlice) wrodzona głuchoniemota i matolectwo jest prawie endemiczne.

d). Ciemnych wykazano 4866 tj. 73 na 100,000 mieszkańców (w całem państwie zaś 61). Z tych było ciemnych od urodzenia 23·9%, reszta a więc 76% wskutek różnych chorób.

e). Nałogowych pijaków wykazano 5.843, tj. 2·5‰ ludności. O ile liczba ta jest prawdziwa, trudno sprawdzić; ośmielamy się jednak wyrazić obawę, czy nie jest ona o wiele za niską. Ciekawym jest fakt, że rubryki tej o nałogowych pijakach nie znajdujemy wcale w publikacyach centralnej komisyi statystycznej p. t. *Statistik des Sanitätswesens*, na której wzorowane są sprawozdania krajowe. Zdaje się więc, że tylko galicyjska Rada zdrowia utrzymuje słusznie tę ważną rubrykę w swych sprawozdaniach.

IV. Szczepienie ospy i zakłady produkcyi krowianki.

a). Szczepienie.

Sprawa to ważna, jeśli uwzględnimy, że kiedy we wszystkich innych krajach monarchii (prócz Bukowiny), zmarło na ospę w r. 1897 tylko 88 osób, to w Galicyi samej zmarło osób 618 (na Bukowinie 202). Toteż chcieliśmy przez porównanie dat z lat kilku dokładniej rzecz zbadać. Brak nam jednak liczb, na którychby można polegać. Pomijamy tę okoliczność, że szczepienie wielu dzieci nie dochodzi wcale do wiadomości władz, bo władze (zdaje się) podają tylko liczby wykazane przez lekarzy, wydelegowanych do szczepienia. Ale i te liczby nasuwają poważne wątpliwości. I tak w Sprawozdaniu za r. 1894 i 1895 podano liczby dzieci obowiązanych do szczepienia, szczepionych, rewakcynowanych i t. p. zupełnie inne; zaś w tablicy „Szczepienie ospy 1873—1896“ na str. XLIV Sprawozdania z r. 1896 podano za te same lata znowu liczby zupełnie inne, różniące się od tamtych nie o dziesiątki lub setki, lecz dziesiątki tysięcy (np. rewakcynowanych jest w Sprawozdaniu z 1894 r. 59,747, a za ten sam rok w tablicy wyżej podanej 142.209). Któreż teraz liczby są prawdziwe? Ograniczamy się więc do zaznaczenia, że według Sprawozdania z r. 1898 pozostało z zeszłego roku dzieci nieszczepionych 29,130; w r. 1898 przybyło 300,651 (na str. 5 zaś podano liczbę dzieci urodzonych w r. 1898 na 303,066) zmarło 33,406, zmieniło miejsce pobytu 7,226, pozostało więc dzieci obowiązanych do szczepienia 289,149. Z tego zaszczepiono 263,106 i to 89·5% z dodatnim, 3·5% z ujemnym, a 6·9% z nieznanym wynikiem. Pozostało nieszczepionych 26,043 dzieci, najwięcej we Lwowie 32·8%(!). Rewakcynowano 221,471 dzieci (76·2% z wynikiem dodatnim). Prócz tego zaszczepiono 11,094 dzieci szkolnych, a przy szczepieniu z „konieczności“ 11,502 dzieci. Czy liczby te wliczone już były w liczbę ogólną (263,106) ze Sprawozdania wywnioskować nie można. Koszta szczepienia wynosiły w całym kraju kwotę 68,046 złr.

W roku	Było w Galicyi: Doktorów medycyny	Było w Galicyi: Magistrów i patronów chirurgii	Było w Galicyi: Razem lekarzy	Jeden lekarz przypada na mieszkańców: w Galicyi	Jeden lekarz przypada na mieszkańców: w całej monarchii	Na posadach rządowych, autonomicznych lub prywatnych było lekarzy	Bez posad było lekarzy	Weterynarzy było	Położnych było	Aptek było
1873	386	365	751	7214	?	329	422	26	893	168
1894	910	168	1078	6130	2932	595	463	139	1590	254
1895	965	161	1126	5881	?	663	463	150	1699	254
1896	1070	167(?)	1226	5390	2605	712	519	176	1761	254
1897	1133	144	1277	5133	2497	721	556	184	1887	256
1898	1154	135	1289	5085	2408	751	538	208	1933	259*)

*) i 6 sezonowych, zimą zwijanych.

b) Zakładów produkcyi krowianki jest w Galicyi cztery (jak od kilku lat), a mianowicie prof. Kubickiego (którego sposób produkcyi Sprawozdanie nieco szerzej opisuje), prof. Barańskiego i weterynarza P. Kretowicza; te trzy we Lwowie, i chirurga Freysingera w Lisku. Każdy z tych zakładów wyprodukował przeszło 100,000 porcyi krowianki użytej głównie dla szczepienia publicznego.

V. Służba zdrowia.

Daleko krócej, a dość dokładnie pouczyć nas może o rozwoju służby zdrowia w Galicyi tablica, którą piszący te słowa zestawił z kilku sprawozdań lat ostatnich.

Z powyższego zestawienia przekonamy się o niewątpliwym, choć powolnym postępie naszego kraju na tem polu. Tablica ta jednak, zarówno jak i odpowiedni rozdział sprawozdania, nie daje nam zupełnego obrazu rozwoju służby zdrowia w Galicyi. Od dwóch lat bowiem wzbogacono sprawozdania Rady zdrowia cennym nowym działem p. t. „Publiczna ochrona zdrowia“, obejmującym 14 rozdziałów, z których VII (Instytucye i zakłady lecznicze i humanitarne) i XIII (Gminna służba zdrowia) omawiają dodatkowo z nieco innej strony sprawy raz już wyżej omawiane; tam więc znajdziemy nowe szczegóły dotyczące tych samych przedmiotów. O ile ten cały nowododany dział uważamy za nabytek cenny i pożądany, o tyle zdaje nam się, że powracanie w nim do spraw już raz omawianych, jakie wskazaliśmy wyżej, utrudnia oryentowanie się w Sprawozdaniu. Przecież można te sprawy raz gruntownie i wyczerpująco omówić, zamiast rozdzielać szczegóły jednego i tego samego rozdziału, noszącego nawet ten sam tytuł, na dwa osobne ustępy w różnych miejscach książki. (c. d. n.).

Komitet jubileuszowej wystawy Towarzystwa politechnicznego we Lwowie wystosował do krakowskiego Towarzystwa następujące pismo:

»Celem upamiętnienia jubileuszu 25-letniego istnienia Towarz. politechnicznego urządzona będzie we Lwowie w czasie od 17 maja do 30 czerwca 1902 r. wystawa, złożona z trzech działów, a mianowicie:

a) z wystawy wynalazków polskich;

b) z wystawy prac członków Towarzystwa politechnicznego;

c) z wystawy krajowego przemysłu artystycznego.

Zadaniem pierwszego działu wystawy jest zebranie wszystkich wynalazków polskich z dziedziny techniki i przemysłu, by tą drogą policzyć własne siły na polu wynalazków, zaznajomić z nimi społeczeństwo i przyczynić się do ich rozpowszechnienia.

Komitet wykonawczy, któremu powierzono przeprowadzenie wystawy, ma za zadanie zaprosić wszystkich polskich wynalazców do wzięcia udziału w wystawie.

Ponieważ zebranie nazwisk wynalazców z rozmaitych gałęzi wiedzy i przemysłu jest dla Komitetu nadzwyczaj trudne, dalej ponieważ wzięcie udziału w wystawie będzie dla wynalazców korzystne, przeto zwracamy się do Szanownego Towarzystwa z prośbą o poparcie przez zachęcenie swych członków wynalazców do wzięcia udziału w wystawie, a zarazem celem ich zaproszenia o łaskawe zakomunikowanie Komitetowi ich adresów.

Przesyłając w załączeniu program wystawy wynalazków polskich, upraszamy ponownie o poparcie naszych usiłowań i kreślimy się z poważaniem Komitet jubileuszowej wystawy Towarzystwa politechnicznego we Lwowie.

Syroczyński, zast. prezesa. *Epler,* dyrektor. *Świeżawski,* sekretarz.

Dokładniejszy regulamin i program Wystawy znajduje się u Sekretarza Tow. lek krak.

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 30 stycznia.

* Towarzystwo lekar. krak. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem koll. Landau i Borzęcki przedstawili chorych; koll.: Kryński, Ciechanowski i Gliński demonstrowali preparaty; kol. Maziarski miał wykład p. t. »Element przewodzący w układzie nerwowym środkowym i obwodowym.«

Członkiem czynnym Towarzystwa wybrany został dr. Tadeusz Żeleński.

* Prezydyum Rady m. Krakowa rozpisało konkurs na posadę fizyka miejskiego. Urząd naczelnego lekarza naszego miasta ma dziś wielce doniosłe znaczenie i obywatelstwo krakowskie przywiązuje słusznie wielką wagę do obsady tego stanowiska. Uzdrowotnienie Krakowa w epoce przedwodociągowej było prostem złudzeniem; natomiast dziś, gdy miasto nasze posiada nie tylko wodę zdrową, lecz i o tyle obfitą, że może jej użyć do spłókiwania ulic, podworców i t. d., a uzupełnienie sieci kanałów jest nierozdzielnie związane z istnieniem wodociągów, stanowisko fizyka miejskiego stało się wdzięcznem dla niego samego, a wielkiej doniosłości pod względem zdrowotnym i ekonomicznym dla obywateli Krakowa.

Rzecz więc prosta, że wobec rozległych zadań, nierozdzielnie złączonych ze stanowiskiem fizyka m. Krakowa, rozpisanie konkursu w najszerszych granicach było jedynie właściwem. To pojęcie »obszernego konkursu« Prezydyum Rady miejskiej ścieśniło w wysokim stopniu przez wstawienie do warunków konkursu »nieprzekroczony 40-ty rok życia.« Jeśli się uwzględni ten warunek wraz z wymaganiem dowodów złożonego egzaminu fizykackiego, bez zastrzeżenia, że kandydatom, nie posiadającym tej kwalifikacyi, nada się posada prowizorycznie, o ile zobowiążą się złożyć ten egzamin w ciągu pierwszego roku, to z liczby tych, o których słyszeliśmy, że zamierzali wnieść podanie, żaden prawie nie posiada wymaganych kwalifikacyj. Jeśli Prezydyum Rady miasta życzy sobie zapobiedz, ażeby to ważne mianowanie nie odbyło się wśród okoliczności przymusowych, jeśli mu zależy na tem, ażeby wybór padł na człowieka o szerszym zakresie doświadczenia życiowego i zawodowego, to powinno znieść w rozpisanym konkursie warunek »nie przekroczonych lat 40 życia«, a tem samem naprawdę dopuścić szersze koło do spółubiegania się; wszak przy ostatecznym rozstrzygnięciu konkursu zawsze władzy przysługuje prawo wyłączenia kandydata, będącego w wieku nieodpowiednim.

Prezydyum Rady miejskiej może wziąść przykład z Wydziału krajowego, który w rozpisywaniu konkursów na posady lekarzy okręgowych również kładł ten warunek »nie przekroczony 40 rok życia«, a dzięki zabiegom Izby lekarskiej odstąpił od niego z nie małą korzyścią dla siebie i instytucyi lekarzy okręgowych.

* We Lwowie powstało nowe czasopismo, poświęcone higienie, p. t. »Przegląd higieniczny«, organ »Towarzystwa przyjaciół zdrowia«.

Dobroczynnemu wpływowi uchwał IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich zawdzięczyć należy wskrzeszenie organizacyj higienicznych w Galicyi. Przypatrując się bez uprzedzenia biegowi życia społecznego u nas wyznać należy, że może powolniej niż gdzieindziej, lecz wielka sprawa odrodzenia naszego narodu we wszystkich kierunkach, a więc i w zakresie zdrowia, postępuje naprzód; dziś więc liczyć możemy na to, że towarzystwa higieniczne w Galicyi znajdą trwalszą w społeczeństwie podwalinę, niż to miało miejsce przed laty.

Przegląd higieniczny jest organem »Towarzystwa przyjaciół zdrowia«. Prezesem tego Towarzystwa jest Radca dr. J. Merunowicz; zastępcami prezesa: prof. Bądzyński i prof. Szpilman, sekretarzem dr. E. Piasecki; redaktorem naczelnym Przeglądu higienicznego prof. Szpilman (Ul. Kochanowskiego, 33). Komitet redakcyjny tworzy Wydział »Towarzystwa przyjaciół zdrowia«z prezesem drem Merunowiczem; administracyę pisma prowadzi dr. Legeżyński (ul. Koralnicka, 4); przedpłatę przyjmuje skarbnik p. Sklepiński. (Rynek, Apteka centralna).

Przegląd higieniczny wychodzi w połowie każdego miesiąca. Członkowie »Tow. przyjaciół zdrowia«, opłacający jednorazowo wpisowe *2 korony* i rocznie *4 korony,* dostają go bezpłatnie; dla nie należących do »Tow. p. z.« przedpłata wynosi *4 korony* rocznie.

Ogół lekarski, który pismem, słowem, a szczególnie uchwałami i rezolucyami na kongresach tak wybitnie podnosi znaczenie higieny dla pomyślnego rozwoju społeczeństwa, dziś ma obszerne pole do zaświecenia czynem i przykładem: wierzymy szczerze, że ogół lekarski poprze usiłowania »Tow. przyj. zdrowia« i nie tylko gromadnie wpisze się do jego składu, lecz i zachęci w zakresie swoich stosunków do należenia obywateli innych zawodów.

»Towarzystwu przyjaciół zdrowia« i jego organowi szczerze życzymy, by z chlubą dla siebie a pożytkiem dla społeczeństwa spełniło swe szlachetne zadanie.

* Dowiadujemy się, z zarządu Krak. ochotn. Towarzystwa ratunkowego, że Wydział tego Tow. na posiedzeniu odbytem w dniu 26 stycznia 1902 r. postanowił utworzyć cztery posady stałych lekarzy, kierowników pogotowia i obsadzić je na drodze konkursu. Do posad tych przywiązana jest płaca po 100 koron miesięcznie.

Podania bez stempla, z oznaczeniem daty dyplomu doktorskiego, obecnego zajęcia lub urzędowania, jakoteż okresu czasu, w którym podający się o jedną z tych posad pełnił już służbę na Stacyi ratunkowej jako ochotnik, należy wnosić na ręce sekretarza Towarzystwa ratunkowego Dra Michała Śliwińskiego, który też udziela bliższych informacyj codziennie między godz. 2 a 4-tą po południu w mieszkaniu swojem przy ulicy Mikołajskiej pod l. 4, II p.

Konkurs trwać będzie do 15 lutego b. r., a posady nadane zostaną od 1 marca b. r., początkowo na czas nieograniczony z dwutygodniowem wypowiedzeniem.

Zamianowaniem lekarzy kierownikami pogotowia ratunkowego rozwiązał Wydział Towarzystwa ratunkowego kwestyę lekarskiego dyżuru nocnego, który tak koniecznie potrzebnym okazuje się w naszem mieście. Projekt połączenia dyżurów nocnych ze służbą pogotowia, mającą się pełnić przez lekarzy, podał i odpowiednie regulaminy ułożył Dr. Śliwiński.

Prezes Tow. rat. Prof. Wicherkiewicz, chcąc umożliwić Towarzystwu wynagradzanie także i uczniów Wydziału lekarskiego za pełnienie obowiązków Pogotowia ratunkowego, złożył na ten cel jednorazowo 1000 koron do rąk podskarbiego Towarzystwa.

* W Wiedniu odbyła się narada dziekanów nad nową ustawą rygorozalną. Należy przypuszczać, że wynikiem tej narady będzie zmiana w ustawie, mianowicie że termina rygorozów nie będą tak ściśle zobowiązywać kandydatów, a również zmodyfikowany będzie jeden paragraf, dotyczący płacy za egzamina.

* W II-gim tygodniu styczniowym panowała *ospa* w Galicyi w powiecie gorlickim (1 gmina) i turczańskim (3 gminy). W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach: dąbrowskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), nadworniańskim (4 gm.), mieleckim (1 gm.), niskim (1 gm.), rawskim (2 gm.), trembowelskim (1 gm.).

* Błędy druku. W artykule dra Orłowskiego, w Nr. 2. »Przeglądu lekarskiego«, str. 20, szpalta I, wiersz 19 i następne z dołu: Zamiast: »Podobne zachowanie się alkaliczności krwi spostrzega się chociaż nie we wszystkich stanach chorobowych, w cukrzycy, mocznicy i raku rozmaitych narządów. Z badań naszych na chorych, cierpiących na te zaburzenia wynika, że w charłactwie rakowem, cukrzycowem i mocznicowem . . . .« ma być: Podobne zachowanie się alkaliczności krwi spostrzega się jednak nie we wszystkich stanach chorobowych. W samej rzeczy, jak wykazałem w jednej z poprzednich prac (Przegląd lekarski, 1901, Nr. 30; patrz tablicę), w charłactwie rakowem, cukrzycowem, i mocznicowem . . . .

Nr. 3, str. 35, szpalta II, wiersz 2 z dołu zamiast 8 ma być 7.

Mianowania i odznaczenia. Prof. pedyatryi w Gracu, dr. Escherich, otrzymał już nominacyę na prof. tegoż przedmiotu w Wiedniu, w miejsce zmarłego Widerhofera.

Nekrologia. Zmarli: prof. Hugo Ziemssen zmarł w Monachium. Prof. Pascuets w Barcelonie. Prof. Sweetnam w Toronto.

Bibliografia:

— *Przegląd higieniczny* Nr. 1. Szpilman: Uwagi o ekonomicznem znaczeniu higieny kraju naszego. Aleksandrowicz: Wodociąg lwowski.

— *Gazeta lekarska* Nr. 4. Zanietowski: O woltalizacyi w świetle najnowszych poglądów i doświadczeń własnych. Gluziński: O wczesnem rozpoznawaniu raka żołądka. (dok.).

— *Kronika lekarska* Nr. 2. Kopytowski: Dwa przypadki niezwykłego rozlanego cierpienia skóry, polegające na rozwoju znacznej ilości narośli, przeważnie epidermoidalnych. Higier: W sprawie zaburzeń połowydzielniczych w »poliomyelitis anterior i posterior« (dok.).

— *Medycyna* Nr. 4. Cohn: Przyczynek do leczenia miesiączkowania błoniastego za pomocą metody Gramatikati. Goldflam: Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (dr. E. Flatau). (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 4. Chlumský: O léčeni infikovaných ran a septických processů kysolinou karbolovou. Výmola: Přispěvek ku therapii akutních zánětů ušnich. (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 6. Levi: O surowicy Trunečka. Blumenthal: Ruch przeciwgruźliczy we Francyi i w Belgii. — Nr. 7. Launois, Camus i Pagniez: Substancye hemolityczne w zastosowaniu klinicznem. Adamkiewicz: Cztery przypadki raka przełyku wyleczono kankroiną.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 3. Salomon: Przyczynek do organoterapii stolców tłuszczowych przy schorzeniu trzustki. Friedländer: Sposób przenoszenia się zarazka kiłowego. Pick: Łuszczyca a cukrzyca. Gebhard: Prawidła uzupełniające opiekę nad chorymi piersiowymi przez umieszczanie ich w zakładach. Ruhemann: Prosta metoda do natychmiastowego ilościowego oznaczania kwasu moczowego w moczu. (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 3. Romberg: Dalsze przyczynki do serodyagnostyki gruźlicy. Vogl: Umiejętna hidroterapia a »leczenie wodą«. Perutz: Przyczynek do leczenia ciężkiej niedokrewności pochodzenia żołądkowo-jelitowego. Cramer: O szczególnym swoistym stanie moczu podczas drgawek i mocznicy. Kuhn: O związku zachodzącym między moczówką prostą a cukrzycą. Brauser: Zakażenie krwi a amputacya. Doerfler: Amputacya a zakażenie krwi.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 4. Żupnik: O miejscu zadziałania jadu tężcowego. Krzyszkowski: Tętniak pnia tętnicy płucnej, wielokrotne tętniaki rozgałęzień tejże tętnicy i przewód Botalla otwarty. Fibich: Przyczynek doświadczalny do teoryi wpływu złamań kości na krążenie krwi i ciepłotę. Diwald: Postrzał dziurawiący czaszkę ze zmiażdżeniem mózgu.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 4. Lépine: Przyczynek do nauki o glykolyzie. Westphal: O pląsawicy przewlekłej postępowej. Otto: Przypadek hemoglobinuryi zimniczej przy czwartaczce, nabytej pod naszym stopniem szerokości geograficznej. Kolle i Martini: O dżumie (dok.). Rosin i Bibergeil: Wyniki barwienia krwi żywej (dok.). Friedmann: Ocenienie wartości pokarmu niewieściego podług jego obrazu drobnowidowego.

Redakcya otrzymała. C. Beck: 1) Some new points in regard to Raynaud's disease. 2) Die Operation der Hypospadie. 3) On a case of sarcoma treated by the Röntgen rays. 4) Modern aspects of congenital osseous malformations. 5) Der Fall des Präsidenten Mc-Kinley. 6) On the differentiation between inflamatory processes and neoplasms of the bones by the Röntgen rays. 7) A case of double penis, combined with exstrophy of the bladder and showing four ureteral orifices.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 5 lutego, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy*, posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Bier mówić będzie „O organizacyi desinfekcyi w większych miastach“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 8 Lutego 1902. Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Prof. Dr. A. Gluzińskiego we Lwowie.

O myastenii.

Napisał

Dr. Roman Rencki,

asystent kliniki.

Erb[1]) pierwszy zwrócił uwagę na odrębną postać chorobową, która, aczkolwiek ma pewne podobieństwo do porażeń opuszkowych, przebiegiem klinicznym i właściwymi sobie objawami — zasadniczo się od nich różni. W r. 1878 na Zjeździe neurologów niemieckich wspomina on o 3 przypadkach chorobowych, które określa jako „nowy, prawdopodobnie opuszkowy, zbiór objawów.“ Cechowały się te przypadki opadnięciem powiek, nużeniem się mięśni żwaczy, osłabieniem mięśni karku, nadto osłabieniem języka i kończyn, trudnością w połykaniu, oraz zaburzeniami w zakresie górnego odcinka n. twarzowego.

W kilka lat później podobny przypadek opisał Oppenheim[2]); dotyczył on sługi 29 l. liczącej, u której choroba zakończyła się po 2½ letniem trwaniu śmiercią. Badanie drobnowidowe mostu Varola, rdzenia przedłużonego i pacierzowego, nerwów i mięśni nie wykazało żadnych zmian. Autor ten wykazał, że przed Erbem Wilks już w r. 1870 ogłosił podobny zbiór objawów klinicznych u chorej, u której rozpoznawano pierwotnie histeryę. Wśród objawów utrudnionego oddechu chora ta umarła w przeciągu kilku godzin, a dokładne badanie makro- i mikroskopowe narządu nerwowego dało wynik zupełnie ujemny.

Odtąd coraz częściej ogłaszają autorowie podobne przypadki, jak Eisenlohr, Shaw, Bernhardt, Jolly, Goldflam, Hoppe, Remak, a Goldflam[3]) zbierając dotychczasowe i swoje 3 nowe spostrzeżenia w doskonałej monografii „Ueber einen scheinbar heilbaren bulbärparalytischen Symptomencomplex mit Betheiligung der Extremitäten“ daje nam już dokładnie opracowany obraz kliniczny tej choroby. Goldflam pierwszy dosadnie podniósł nadmierne nużenie się mięśni, jako jeden z najważniejszych objawów chorobowych, oraz zmienność i wahania w nasileniu sprawy chorobowej.

Dzięki pracom wspomnianych autorów, oraz coraz liczniej ogłaszanym nowym przypadkom Pinelesa[4]), Struempella[5]), Söldera[6]), Rouxa[7]) Fajersztajna[8]), Kojewnikoffa[9]), Kalischera[10]), Silbermarka[11]), Murriego[12]), Saengera[13]), Unverrichta[14]), Eulenburga[15]), Montesano[16]), Hoffmanna[17]), K. Mendela[18]) i innych, obraz kliniczny coraz więcej zyskiwał na przejrzystości i dokładności. Znamy obecnie nie tylko zbiór objawów chorobowych, oraz ich szczegóły, lecz także dokładny przebieg tego cierpienia tak, że rozpoznanie myastenii nie przedstawia już dziś wielkich trudności.

To też i niejeden z zaliczanych dotąd do myastenii przypadków wypadnie nam prawdopodobnie jeszcze wykluczyć (Erba, Bernhardta, Kalischera, Kosteckija itp.)

O wiele mniejsze posiadamy wiadomości o podstawie anatomicznej tej choroby pomimo, że nie brak już dość pokaźnej liczby badań anatomicznych tak układu nerwowego, jak i mięśniowego. (Wilks, Oppenheim, Mayer[19]), Toby Cohn[20]), Vidal-Marinesco[21]), Murri[22]), Senator[23]). W typowych przypadkach nie znajdowano zazwyczaj żadnych zmian tak w narządzie nerwowym jak mięśniowym; w innych wykazano je tak niejednostajne i drobne, że nie pozwalają one na wyciąganie wniosków co do umiejscowienia i rodzaju zmian anatomicznych. Jeśli dodamy do tego po raz pierwszy stwierdzone w r. b. zmiany patologiczne w mięśniach przez C. Weigerta[24]) w przypadku Laquera[25]), to widzimy jak niedostateczne mamy wiadomości o przyrodzie choroby i jak niezbędne są dalsze badania w tym kierunku.

[1]) Erb: Archiv f. Psychiatrie. T. IX.

[2]) Oppenheim H.: Ueber einen Fall von chronischer progressiver Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund. (Virchow's Archiv CVIII; ref. Virchow's Jahresbericht XXII str. 134).

[3]) Deutsche Zeischrift für Nervenheilkunde 1893. T. IV.

[4]) Jahrbücher für Psychiatrie T. 13. Z. 2 i 3.

[5]) Ueber die asthenische Bulbärparalyse, Deutsche Zeitschr. für Nervenheilk. VIII.

[6]) Neurol. Centralbl. 1894, Nr. 15.

[7]) *Ibidem.*

[8]) O porażeniu astenicznem. (Gaz. lek. Nr. 13, 1896).

[9]) Zwei Fälle von astenischer Bulbärparalyse D. Zeitschrift für Nervenheilk. T. IX.

[10]) Neurol. Centralbl. Nr. 23. 1896.

[11]) Ibidem Nr. 6. 1897.

[12]) Ibidem.

[13]) *Ibidem* 1898, Nr. 6.

[14]) Ueber krankhafte Muskelermüdbarkeit (Myasthenie). (Centralbl. f. inner. Med. 1898 Nr. 14).

[15]) Ein Fall von Myasthenia pseudoparalytica gravis etc. (Deutsch. med. Wochschr. Nr. 1. 1898).

[16]) Neurol. Centralbl. Nr. 12. 1899.

[17]) *Ibidem* Nr. 13.

[18]) Ein Fall von Myasthenia pseudoparalytica gravis. (Neur. Centralbl. Nr. 1. 1901.).

[19]) Neurol. Centrbl. 1894, str. 398.

[20]) *Ibidem* 1897. Nr. 15.

[21]) *Ibidem.*

[22]) *Ibidem* 1898. Nr. 6.

[23]) Asthenische Lähmung, Albumosurie u. multiple Myelome, Berl. kl. Woch. 1899, Nr. 8.

[24]) Pathologisch-anatomischer Beitrag zur »Erb'schen Krankheit« Myasthenia gravis. (Neurol. Centralbl. 1901. Nr. 13.

[25]) Ueber die Erb'sche Krankheit. *Ibidem.*

Ta nieświadomość podstaw anatomicznych była i jest powodem chaosu, jaki panuje w nazwach nadanych tej chorobie. I tak Wilks (*l. c.*) wspomina o histeryi, Erb (*l. c.*) mówiąc o tej nowej jednostce chorobowej, pisze: „Über einen neuen wahrscheinlich bulbären Symptomencomplex"; Oppenheim (*l. c.*) nadaje jej nazwę: „Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund"; Goldflam (*l. c.*) „Ein scheinbar heilbarer bulbärparalytischer Symptomencomplex"; Struempell „asthenische Bulbärparalyse", Jolly (*l. c.*) „Myasthenia gravis pseudoparalytica"; Fajersztajn: „porażenie asteniczne"; Murri (*l. c.*) Schultze[26]) zwą ją „chorobą Erba", inni „porażenie opuszkowe typu Erb-Goldflam"

Oceniając trudności dobrania dziś nazwy trafnej i ściśle naukowej, użyliśmy w opisanym przez nas przypadku nazwy ogólnikowej „myastenia", która nie przesądzając jeszcze tła anatomicznego, ani jego umiejscowienia, określa nam nużenie i wyczerpywanie się siły mięśniowej, jako jeden z najważniejszych objawów chorobowych, który najwięcej charakteryzuje wspomnianą chorobę. Nazwę tę uważa za najodpowiedniejszą Unverricht (*l. c.*).

Przystępujemy obecnie do podania szczegółowej historyi choroby, odnoszącej się do przypadku myastenii, spostrzeganego w r. 1899 w klinice lekarskiej prof. Dra Gluzińskiego.

D. B z Demianowa, żona wyrobnika, przyjęta na klinikę lekarską 21 maja 1899 r.

Rodzice chorej zmarli; przyczyny ich śmierci podać nie umie. Jedyna siostra jej ma być zupełnie zdrową Chora do czasu wystąpienia objawów obecnej choroby zawsze była zdrową, z wyjątkiem jakiejś osutki skórnej przed kilku laty, która pojawiła się po kąpieli; wówczas nie gorączkowała i cierpienie to szybko bez żadnego leczenia ustąpiło. Miesiączkuje prawidłowo od 17-go roku życia.

Od trzech lat zamężna, rodziła dwukrotnie, poród i połóg przebiegały bez żadnych powikłań Oboje dzieci zmarły w pierwszych miesiącach życia. Przyczyny ich śmierci bliżej określić nie umie; na skórze ich żadnych nieprawidłowości nie zauważyła. Nie roniła. Mąż ma być zupełnie zdrowym.

Obecna choroba rozpoczęła się dość nagle przed ośmiu tygodniami. Podczas kłótni uderzono ją ręką silnie w kark; nie straciła wówczas wcale przytomności, ale doznawała w tej okolicy silnego bólu, który utrzymywał się jeszcze długo w nocy. Nazajutrz po obudzeniu się bólu tego już nie odczuwała, natomiast zauważyła zdwajanie się przedmiotów. Podwójne to widzenie utrzymywać się miało przed południem, ustąpiło zaś popołudniu i nie pojawiło się przez następnych dwa dni. Trzeciego dnia popołudniu wróciło wspomniane zdwajanie się obrazów i odtąd utrzymywało się bez przerwy przez trzy tygodnie; po trzech tygodniach zupełnie znikło. Wówczas dopiero zauważyła chora pewną ociężałość powiek; powieki górne opadały tak, że z trudnością i niezupełnie mogła je unosić, a opadnięcie to było znaczniejsze po stronie lewej. W mowie nie zauważyła żadnych nieprawidłowości, natomiast zapytywana wspomina o trudności przy gryzieniu twardszych pokarmów (chleba). Połykanie pokarmów miało być prawidłowe. Przy końcu 4-go tygodnia choroby wystąpiło ogólne osłabienie równocześnie w kończynach górnych i dolnych. Chodzenie wyczerpywało chorą łatwo tak, że przy przejściu niewielkiej przestrzeni nogi jej omdlewały, musiała kilkakrotnie odpoczywać, a po każdym wypoczynku znowu mogła odbywać dalszą drogę Siła kończyn górnych tak dalece zmalała, że chora, otworzywszy drzwi od chaty, nie była w stanie ich za sobą przymknąć. Osłabienie to w kończynach występowało przy ruchach rano i popołudniu i było większe wieczorem, niż w godzinach przedpołudniowych, — większe gdy chora musiała więcej pracować, a mniej wypoczywała. Osłabienie to nie każdego dnia było jednakowe. Były dnie lepsze, w których chora czuła się silniejszą i mogła nawet przez cały przeciąg dnia pracować, a były i dnie gorsze, w których osłabienie kończyn było tak znaczne i tak łatwo się pojawiało, że chora nie mogła się żadną robotą zajmować i zmuszona była siedzieć lub leżeć. Bólów w kończynach nie miała żadnych, jedynie tylko doznawała uczucia znużenia i ociężałości. Objawy powyższe utrzymują się do chwili przyjęcia chorej do kliniki.

Przez cały przeciąg stanu chorobowego nie miała ani dreszczów, ani uczucia gorączki. Nie miewa bólów ani zawrotów głowy, nie kaszle; nie ma duszności, ani bicia serca Łaknienie dość dobre; stolec regularny. Mocz oddaje prawidłowo.

Stan obecny. Dnia 21—22 kwietnia 1899. Chora wzrostu średniego, dość silnie zbudowana, odżywienie mierne, waży 52 klg. Świadomość w zupełności utrzymana, pojętność dość mała.

Skóra blada, ciepłota ciała 36 6. Kości bez zmian; nigdzie w nich ani zgrubień, ani bolesności nie znaleziono.

Mięśnie w ogólności dobrze rozwinięte, jędrne; zaników stwierdzić nie można. Gruczoły na karku drobne, miękie, niebolesne.

Czaszka symetryczna, przy opukiwaniu i obmacywaniu nigdzie niebolesna. Porost włosów prawidłowy. Twarz bez życia, sprawia wra-



Rycina I.

żenie senności chorej. Zakończenia n. trójdzielnego niebolesne. We zwana, marszczy czoło bardzo mało. Obie powieki górne opadnięte, więcej po stronie lewej. Szerokość szpary powiększonej prawej wynosi 4 mm., lewej 3 mm. Chora jest w stanie unieść nieco powieki; te jednakowoż rychło opadają do dawnego stanu. Zamykanie powiek łatwe. Po kilkurazowem wykonaniu ruchów powiekami nużą się one szybko, poczem opadnięcie ich staje się większem, niż było poprzednio a szpary powiekowe stają się węższe. Po krótkim kilkuminutowym wypoczynku powraca dawna zdolność poruszania powiekami. Opadnięcie powiek wśród obserwacyi całodziennej zachowuje się niejednakowo. Najmniejsze jest po obudzeniu się ze snu i w godzinach rannych; w tym też czasie i nużenie się powiek przy ruchach jest mniejsze. Popołudniu powieki opadają więcej, a koło godziny 5-tej prawie stykają się z sobą (p. ryc. I).

Znużenie powiek przy ruchach daleko szybciej występuje o tej porze, aniżeli było przedpołudniem. Opadnięcie powieki na oku lewem zawsze jest większe, niż na oku prawem.

Gałki oczne jednako głęboko osadzone, nie wysadzone nadmiernie, ruchy gałek ocznych możliwe we wszystkich kierunkach, lecz nadzwyczaj ograniczone, a więcej na oku lewem, niż pra-

[26]) Zur Lehre von der Erb'schen Krankheit. (Deutsch. Zeitschrift. für Nervenheilkunde T. 18).

wem. Łatwiej zwraca je chora na zewnątrz ku stronie lewej, aniżeli ku dołowi. Drżenia gałek (nystagmus) wykazać nie można.

Obie źrenice równo szerokie, oddziałują dobrze na światło i na konwergencyę. Podwójnego widzenia niema; po kilkurazowem badaniu oddziaływania źrenic na światło, bezpośrednio jedno po drugiem, szybko słabnie ta reakcya, wreszcie prawie zupełnie ustaje, by znowu po kilkuminutowym wypoczynku powrócić. Wzrok chorej ma być dobry, przeszkadza jej jednak przy patrzeniu w dal opadnięcie powiek. Oczy łzawią. Odruchy: spojówkowy i rogówkowy utrzymane. Badanie wziernikiem wykazuje Vp = 5/5., Vl = 5/6 lm; na dnie oka wybitniejszych zmian nie znaleziono (Dr. Bednarski).

Oba fałdy nosowo-policzkowe jednako zaznaczone, ale dość płytkie; kąty ust na równej wysokości, przekrzywianie ust w prawą i lewą stronę możliwe, odbywa się jednak z pewną trudnością i w dość małych granicach.

Błona śluzowa warg blado różowa. Wargi przymknięte, grube, mięsiste, wykonują łatwo wszystkie ruchy, nużą się jednak dość szybko. Gwizdanie chorej się nie udaje, gasi natomiast zapaloną świecę z łatwością kilka razy. Drżenia włókienkowego mięśni twarzy ani warg wykazać nie można.

Zęby zdrowe; język wilgotny, lekko obłożony, wysunięty ku przodowi, nie zbacza, a po krótkiej chwili zaczyna drżeć i cofa się zwolna ku tyłowi. Umięsienie języka prawidłowe, zaniku nie przedstawia, ruchy języka swobodne we wszystkich kierunkach. Znaczniejszego osłabienia mięśni szczęki dolnej wykazać nie można, chora żuje dość dobrze, połyka łatwo pokarmy płynne i stałe Błona śluzowa gardła zaczerwieniona. Języczek zwisa w dół, dotykając podstawy języka, przy fonacyi z początku dość żywo się porusza i tylko mało się nuży. Odruch gardzielowy utrzymany. Wymowa chorej wyraźna bez podźwięku nosowego. Mięśnie krtaniowe znużenia nie okazują. Powonienie, smak, słuch prawidłowe.

Głowa ustawiona w położeniu prawidłowem. Ruchy czynne głową wykonuje chora z początku z łatwością we wszystkich kierunkach, wkrótce jednakowoż występuje widoczne znużenie i osłabienie mięśni karku. Występuje ono jeszcze wyraźniej, gdy chorej każemy pokonywać opór ręki, jaki stawiamy wśród wykonywania polecanych jej ruchów. Chora skarży się na ból w karku przy podnoszeniu głowy ku górze; ruchy bierne karku nie bolesne.

Słup kręgowy prosty, kręgi szyjne przy ucisku nieco bolesne.

Klatka piersiowa prawidłowo długa, dobrze wysklepiona, nigdzie nie bolesna. Oddechanie równe, typ oddechu obojczykowy, oddechów 24 na minutę Drżenie prawidłowe. Odgłos wypukowy wszędzie jawny w granicach prawidłowych; granice płuc ruchome. Szmery oddechowe pęcherzykowe, przy wdechu od czasu do czasu świsty.

Uderzenie koniuszkowe serca w piątym przestworze międzyżebrowym, na wewnątrz sutka, dość oporne. Rozmiary stłumienia serca prawidłowe. Tony czyste. Tętno regularne, dobrze napięte, 76.

Brzuch lekko zapadnięty, nie bolesny, powłoki wiotkie. Wątroba macalna na jeden palec poniżej łuku żebrowego, niebolesna; śledziona macalna, nie bolesna, nieco twardsza, wypukiem oznaczona sięga od 9-go żebra do łuku, do linii pachowej środkowej.

Kończyny dolne bez obrzęków.

Mięśnie kończyn górnych i dolnych dobrze rozwinięte, zaników żadnych wykazać nie można; ucisk na mięśnie nie bolesny. Pomiary wykonane na kończynie lewej i prawej różnicy nie wykazują. Siła kończyn górnych dość mała; oznaczona siłomierzem, wynosi na ręce prawej 15 klg., na lewej 20 klg. Tak pojedyncze, jak i złożone ruchy kończyn górnych chora wykonuje z łatwością. Uderza jednakowoż nadzwyczajna ich łatwość nużenia się. Zrazu wykonuje chora polecone jej ruchy dość energicznie, wkrótce powolniej, wreszcie ustaje. Na wezwanie podnosi obie kończyny górne z łatwością do poziomu; po kilkunastu sekundach ręce poczynają drżeć, a po upływie dwóch minut opadają w dół; ponowna próba całkowitego ich podniesienia do poziomu nie udaje się już wcale. Udaje się jednakowoż już po dwuminutowym wypoczynku. Zupełnego porażenia wśród wykonywania ruchów nie mogliśmy osiągnąć; szereg prób siły mięśniowej rąk, oznaczonej siłomierzem, daje następujący obraz:

Ręka prawa: 15, 12, 7. 5, 5. 5, 6, 5, 4, 4, 3, 3, 3, 3, 3, 3, 2-
» lewa: 20, 19. 17, 14, 13, 8, 7, 7, 10, 6, 10, 8, 6, 6, 6
6. 5, 7, 5, 5, 5, 5, 4.

Po trzechminutowym wypoczynku siła ręki prawej wynosiła 10 klg., lewej 11 klg.

Więcej złożone ruchy kończyn górnych, jakie np. chora wykonuje przy jedzeniu, powodują również, a nawet szybciej, zupełne znużenie tak, że chora nie może wkrótce donieść łyżki do ust, a musi chwilę odpoczywać.

Siła ruchowa kończyn dolnych nieco zmniejszona. I tu również po krótkiej pracy mięśniowej występuje szybkie znużenie i wyczerpanie mięśniowe. Przy pokonywaniu oporu, jaki stawiamy podczas zginania kończyny w stawie kolanowym, występuje rychło znaczne osłabienie siły mięśniowej tejże kończyny, a po dwóch minutach wyczerpanie jest prawie zupełne. Chód chorej prawidłowy, niezborności ruchów wykazać nie można. Po jednej minucie chora skarży się na omdlewanie w kończynach, po trzech minutach chód ociężały, chora powłóczy stopami; po siedmiu minutach wyczerpanie siły ruchowej jeszcze widoczniejsze, a przy obracaniu się chora się chwieje. Jest w stanie chodzić do 11-tu minut, potem żąda odpoczynku. Zupełnego porażenia aż do upadnięcia nie mogliśmy wywołać. Po kilkuminutowym wypoczynku znowu powraca siła kończyn. Jeszcze wybitniej występują objawy znużenia i wyczerpania mięśniowego przy chodzeniu po schodach, które przedstawia chorej daleko więcej trudności, niż po równinie. Pierwsze 30 schodów idzie chora tam i napowrót dość łatwo, nie przytrzymując się poręczy; zauważaliśmy jednak, że łatwiej jej wstępować, aniżeli powracać na dół. Przy próbie drugiej, bezpośrednio zaraz po pierwszej, skarży się chora na uczucie omdlewania nóg i ból w krzyżach. Przy dalszych zauważyć można wybitną ociężałość, a chora pomaga sobie, opierając się jedną ręką o poręcze, drugą na przedniej stronie uda. Wreszcie, nie podtrzymywana, upada. Zejście ze schodów po znużeniu jest niemożliwe. Chora, powróciwszy do sali, przez kilka godzin nie mogła opuścić łóżka. Skoro znużenie nie było tak znaczne, powracała siła ruchowa kończyn dolnych po krótkim upływie czasu (10 do 15 minut).

Przy badaniu mięśni prądem przerywanym zauważyliśmy pewne zmiany w niektórych ich gromadach. I tak zauważyliśmy szybkie, już po 2-gim lub 3-cim skurczu znużenie mięśni zginaczy rąk, jak: *flexor sublimis, flexor commun. profundus, biceps*. Tężec, wywołany wśród przechodzenia silnego prądu przerywanego, wkrótce ustawał. Mięśnie: *interossei* i *opponens pollicis* również łatwo się nużą. Natomiast mięśnie: *brachialis internus, pectorales* kurczą się dobrze, a wybitnego znużenia stwierdzić nie mogliśmy. Mięśnie wyprostne kończyn górnych zachowywały się dość prawidłowo. Mięśnie kończyn dolnych dają słabe skurcze nawet na silny prąd przerywany i wyczerpują się szybko. Nerw twarzowy po obu stronach daje wybitne skurcze, przyczem nie zauważono większego nużenia się mięśni (15—20 skurczów). Zwracając uwagę, o ile nużenie się jednej gromady mięśniowej wpływa obniżająco na gromady inne, wpływu wybitnego nie zauważyliśmy.

Pnie nerwowe nigdzie nie okazują bolesności.

Odruchy kolanowo prawidłowe.

Czucie dotyku, bólu, temperatury zmian nie przedstawia. Mocz i stolec oddaje prawidłowo.

Mocz wysycony, c. g. 1034, nie zawiera białka i cukru. Chlorki prawidłowe.

W stolcu mierna ilość śluzu, a pod drobnowidem obok składników prawidłowych jajka cianki *(trichocephalus dispar)*, oraz glisty ludzkiej *(ascaris lumbricoides)*.

Krew. Ciałek czerwonych 3,560.000, ciałek białych 8000, Hgl 70%, w preparatach barwionych barwikiem Ehrlicha znaleziono mikrocyty, a stosunek ciałek białych następujący:

Neutrofilne:	65%,
Limfocyty:	27%,
Przejściowe:	1·7%,
Eozynochlonne:	6·3%.

Polecono chorej leżenie w łóżku, dyetę posilną i na wewnątrz *Sol. arsenic. Fowleri.*

26-go maja. Stan bdzgorączkowy (36·7°).

Opadnięcie powiek utrzymuje się, zmiany w ruchomości gałek ocznych, jak poprzednio. Podwójnego widzenia niema. Chora skarży się na bóle głowy, trudność przy żuciu pokarmów twardszych, utrudnione połykanie Oddechów 22, tętno 76. Objawy znużenia kończyn utrzymują się.

31-go maja. Ogólny stan nie zmieniony; w godzinach popołudniowych skarży się chora na zapadanie języka ku tyłowi i trudność w przyjmowaniu pokarmów, większą niż poprzednio. Żucie pokarmów stałych znacznie utrudnione, połykanie pokarmów płynnych

w pierwszej chwili się udaje, po wykonaniu jednak kilku ruchów połykowych chora zakrztusza się, pokarmy wracają nosem.

Chora nie opuszcza łóżka; stolec zaparty.

Ilość moczu na dobę 1200 ctm.³. Mocz barwy winowo-żółtej, oddziałuje silnie kwaśno, c. g. 1027. Cukru ani pentoz niema, białka, peptonu ani mucyny nie zawiera. Chlorki w ilości = 0·855% Nacl, fosforany = 0·1% P_2O_5; kwas moczowy 0·05%. Kreatynina, indykan w zwiększonej ilości, urochrom prawidłowy. Kwas mlekowy obecny. Reakcya diazowa i acetonowa wypada ujemnie. Barwików: krwi i żółci wykazać nie można. Pod drobnowidem stwierdzono liczne duże przybłonki płaskie, ułożone w płatach, nieliczne ciałka wypocinowe, kryształki szczawianu wapniowego.

1-go czerwca. Podmiotowo czuje się chora silniejsza, może przechadzać się po pokoju.

3-go czerwca. Chora czuje się znacznie lepiej, zwłaszcza w godzinach przedpołudniowych. Popołudniu stwierdzono większą szerokość szpar powiekowych, obie szpary równo szerokie. Pokarmy stałe spożywa łatwiej, zjada na obiad całą pieczeń cielęcą, przy żuciu jednak występuje znużenie mięśni żuchwy, które zmusza chorą do wypoczynku. Płynne pokarmy połyka dobrze, nie zachłystuje się wcale.

6-go czerwca. Po bezsennej nocy znużenie ogólne łatwiej występuje, niż dnia poprzedniego. Opadnięcie powieki już wczas rano większe, co przeszkadza chorej w patrzeniu.

7-go czerwca. Chora spała dobrze, rano czuje się lepiej i silniejsza, niż 6-go czerwca.

11-go czerwca. Krwawienie z nosa dość obfite. Stan ogólny pogorszył się. Chora skarży się na bóle gardła i bóle w plecach. Kręgi szyjne przy ucisku bolesne, również bolesny nieco ucisk na mięśnie grzbietowe. Przy zginaniu czynnem głowy ku przodowi ma pojawiać się ból w karku, którego nie stwierdzamy przy ruchach biernych. Chora siedząc na łóżku pochyla tułów ku przodowi, a głowa opada ku klatce piersiowej. Utrzymanie głowy w pozycyi prawidłowej przez czas dłuższy niemożliwe. W zakresie siły mięśniowej kończyn stwierdzić się daje szybkie jej wyczerpywanie, a chora tego dnia nie opuszcza łóżka. W gardle nieznaczne zaczerwienienie nieżytowe. Stan bezgorączkowy. Tętno 72. Oddechy przyspieszone, 28 na minutę.

16-go czerwca. Chora czuje się lepiej, przechadza się, chwilami jednak stan ogólny pogarsza się. Czoło marszczy nieco lepiej, niż dawniej. Opadnięcie powieki utrzymuje się, szpara powiekowa prawa szersza, niż lewa; szerokość prawej wynosi 6 mm., lewej 5 mm. Na wezwanie podnosi chora szybko powieki, te jednakowoż wkrótce opadają tak, że wnet szerokość szpary powiekowej prawej wynosi 4 mm., lewej 3 mm. Fałd nosowo-policzkowy po obu stronach jednako zaznaczony, język wysunięty ku przodowi po chwili lekko się trzęsie. Ruchy języka łatwe we wszystkich kierunkach, znużenie jego przy ruchach stwierdzić się daje popołudniu. Głowa utrzymuje się w położeniu prawidłowem, nie opada ku przodowi.

Siła kończyn górnych, oznaczona siłomierzem, wynosi:

po stronie prawej . . . . 25 klg. po lewej 38 klg.
po 12 ściśnięciach siłomierza . 5 » » » 10 »
po 20 » » . 5 » » » 7 »

Wkrótce następuje wyczerpanie całej kończyny górnej tak, że kończyna zaczyna opadać, a chora kończynę tę podtrzymuje ręką.

Po 5-ciu min. wypoczynku siła kończyny prawej 20 klg. lewej 30 klg.
Po dalszych 5-ciu minutach: » » » 35 » » 34 »
Po 10-ciu min. wypoczynku » » » 35 » » 37 »

Chora chodzi łatwiej, aniżeli dawniej, a wyczerpywanie się siły mięśniowej kończyn dolnych występuje później. Na schody o 16-tu stopniach wstępuje z początku z łatwością, i dopiero przy 7-mym razie występuje znużenie, chora pomaga sobie, opierając się rękami na przednich powierzchniach ud i domaga się wypoczynku. Przy 8-mej próbie wejścia na schody z trudnością i ociężale się podnosi, po raz 9-ty nie jest już w stanie wstąpić na 1-szy schód. Dalsze chodzenie po równi przez pewien jeszcze czas możliwe.

17-go lipca. Stan ogólny, jak dnia poprzedniego. Szpary powiekowe węższe popołudniu, aniżeli rano. Ruchomość gałek również gorsza popołudniu. Rano wystąpiło podwójne widzenie, które utrzymywało się przez przeciąg dwóch godzin.

19-go czerwca. Opadnięcie powiek znaczne, ruchy gałek ocznych popołudniu tak znacznie we wszystkich kierunkach upośledzone, że oczy prawie nieruchomo w jednem położeniu się utrzymują. Źrenice oddziaływują dobrze na światło i akomodacyę.

Dnia tego badano zachowanie się mięśni prądem przerywanym i sporządzono kilka myogramów. Badania te nie wykazywały wśród dość długiego tetanizowania mięśni odczynu myastenicznego. Krzywe otrzymywane myografem, nie różniły się z początku wcale od prawidłowych pomimo długiego szeregu wywoływanych skurczów tężcowych m. zginaczy przedramienia. Dopiero po dłuższym upływie czasu (około 15-tu minut), przy ponownych próbach nasilenie skurczów, stało się mniejsze, pomimo, że siła prądu zawsze pozostawała ta sama, a skurcze słabsze. Widzimy to na załączonej rycinie (ryc. II), porównując ją z myogramem mięśni zdrowych (ryc. III).



Rycina II.



Rycina III.



Rycina IV. M. goleniowy przedni myastenika według Jollyego.

Jak z powyższych spostrzeżeń wynika, cierpienie nie okazywało stanowczego zwrotu ku pogorszeniu. Stwierdziliśmy tylko zmienność w nasileniu choroby; po krótkotrwałej poprawie nastawały dnie gorsze i na odwrót. Stanowczego zwrotu ku poprawie również nie zauważyliśmy, pomimo stosowania leczenia. Polegało ono na przestrzeganiu u chorej trwałego spokoju, posilnej dyecie, podawaniu arsenu, przetworów żelaza, wreszcie strychniny.

Na żądanie chorej wypisaliśmy ją z kliniki dnia 22-go czerwca 1899 r. Dnia poprzedniego przy ponownem badaniu znaleźliśmy następujący stan:

21-go czerwca. Wyraz twarzy, jak w dniu przyjęcia chorej do kliniki. Obustronne opadnięcie powiek, szpara powiekowa lewa węższa, niż prawa. Powieki podnosi chora z trudnością i to na chwilę, gdyż szybko opadają.

Ruchy gałek ocznych we wszystkich kierunkach znacznie upośledzone, podwójnego widzenia niema. Oddziaływanie źrenic prawidłowe.

Fałdy nosowo-policzkowe zaznaczone jednakowo po obu stronach. Na twarzy dostrzedz można od czasu do czasu drgawki *(tic.)*. Wargi bez zaników, przymknięte; język mięsisty, wysunięty prosto ku przodowi po chwili zaczyna drżeć i cofa się ku tyłowi; ruchy jego prawidłowe. Języczek dotyka podstawy języka, podniebienie miękie przy fonacyi leniwo się porusza, odruch podniebienny słabszy. Mowa chorej

nieco monotonna, powolna, większego znużenia przy mówieniu stwierdzić nie można. Żucie pokarmów twardszych utrudnione, chora chętniej przyjmuje strawę płynną, a jedząc bułkę, rozmiękcza ją sobie poprzednio w mleku. Połykanie łatwiejsze, zachłystywania się niema.

Mięśnie szyjne i karkowe po kilkunastu sekundach nużą się. Górne kręgi szyjne (w miejscu uderzenia) przy ucisku nieco bolesne. Oddechanie prawidłowe. Tętno 72.

Ruchy kończyn górnych prawidłowe, wyczerpywanie się jednak siły mięśniowej bardzo wybitne. W miarę powstawania ruchów stają się one wolniejsze i mniej wydatne. Kończyny te uniesione do poziomu po 20-tu sekundach poczynają drżeć, a po 25-ciu sekundach opadają bezwładnie na dół. Szereg prób siły mięśniowej rąk oznaczony siłomierzem, przedstawia się następująco:

Ręka prawa: 30, 24, 15, 12, 10, 4.

» lewa: 25, 25, 21, 18, 12, 12, 11, 10.

Podobnie nużą się szybko i kończyny dolne. Po wypoczynku siła kończyn powraca i jest tem większa, im więcej czasu upłynęło od wykonywania czynności.

Na prąd faradyczny mięśnie szybko oddziałują, ale w niektórych występuje podobne znużenie, jak przy ruchach czynnych. Zaników mięśniowych nigdzie wykazać nie można.

Odruchy kolanowe w pierwszej chwili po obu stronach wyraźne, po kilkakrotnem wywoływaniu słabną, lecz nie znikają.

Czucie dotyku, bólu, ciepłoty, oraz lokalizacya czucia, zachowują się prawidłowo. Oddawanie stolca i moczu prawidłowe.

O dalszych losach chorej dowiedzieliśmy się dzięki uprzejmości kolegi Dra A. Macha w Bursztynie, za co niech nam wolno będzie złożyć Mu na tem miejscu szczere podziękowanie.

Chora po powrocie do domu czuła się słabszą, a objawy chorobowe dawniejsze nadal się utrzymywały bez zmiany. Po 10-ciu tygodniach pobytu w domu stan chorej zaczął się poprawiać. Czuła się silniejszą, nie nużyła się już tak szybko, jak dawniej. Poprawa stale postępowała. W dniu badania chorej (Dr. Mach), t. j. 22-go sierpnia 1901 roku, podano następujące szczegóły:

Od dwóch prawie lat czuje się tak zdrową, że może się zajmować sama gospodarstwem domowem, a nawet chodzi za zarobkiem do lżejszych robót i uważa się obecnie za uleczoną. Przed sześciu miesiąc mi urodziła dziecko donoszone. Poród odbył się siłami natury dość szybko. Bóle porodowe rozpocząć się miały rano, a poród skończył się wieczorem. Połóg przebiegał zupełnie prawidłowo. Dziecko karmi sama. Obecnie doznaje tylko przy żęciu sierpem uczucia bólu i znużenia kończyn górnych tak, że częściej niż dawniej musi wypoczywać. Znużenie to występuje również, gdy dłuższy czas nosi dziecko na rękach. Podczas wstępowania pod górę lub szybkiego chodu występuje brak oddechu, ćmienie przed oczyma i podwójne widzenie. Przypadłości te po chwilowym wypoczynku ustępują. Łaknienie dobre, chora gryzie nawet twardsze pokarmy, połyka z łatwością, chodzi przez cały dzień, a wieczorem nie czuje się wcale słabszą.

Stolec regularny. Mocz oddaje prawidłowo.

Stan obecny: Odżywienie dobre. Wejrzenie zdrowe. Mięśnie jędrne, zaników nigdzie zauważyć nie można. Szpary powiekowe nierówne, prawa szersza od lewej, różnica szerokości wynosi około 2 mm. Prawa powieka górna funkcyonuje prawidłowo, lewa nieco opadnięta. Przy zwracaniu gałek ocznych ku górze powieka lewa nie podnosi się należycie i po chwili opada. Ruchy gałek ocznych nie upośledzone. Jedynie przy powolnem zwracaniu gałek za prowadzonym palcem ku stronie prawej i lewej po dwóch minutach występuje znużenie mięśni; gałki oczne zaczynają się cofać, lecz zaraz zwracają się w kierunku palca.

Obie źrenice równo szerokie, na światło dość żywo oddziałują. Wzrok dobry. Palec oddalony na odległość 60 ctm. od ócz i zbliżany na 15 ctm. widzi chora za dziesiątym razem przy zbliżaniu podwójnie i nieco niewyraźnie.

Mowa zupełnie płynna, czysta, wyraźna. Pokarmy podawane (skórka chleba, sucha kiełbasa) gryzie dobrze i połyka łatwo.

Chodzi dobrze i zupełnie pewnie, może nawet biegać. Kończyny górne przy podnoszeniu nie nużą się szybko. Ramiona podniesione do poziomu trzyma dobrze przez 7 minut, potem dopiero doznaje w nich uczucia osłabienia.

Odruchy kolanowe po obydwu stronach dość żywe. Po dwukrotnem wywoływaniu ich zaczynają słabnąć, ale nie znikają nawet po 20-tu wywołaniach. Narząd oddechowy, serce bez zmian; tętno miarowe, dość dobrze napięte, 76. Nad mostkiem, 4 ctm. poniżej górnego brzegu, lekkie przytłumienie na przestrzeni około 4 ctm.

Wątroba nie powiększona, śledziona macalna, dość twarda, nie bolesna, sięga wypukiem od 9-go żebra do łuku żebrowego.

W jamie brzusznej zmian żadnych wykazać nie można. Mocz czysty, nie zawiera białka; chlorki prawidłowe. Miesiączkowanie bez zboczeń.

Sfera psychiczna nie przedstawia nic nieprawidłowego; usposobienie chorej wesołe, z obecnego stanu zdrowia jest zupełnie zadowoloną.

Badanie powyższe wykonano o godzinie 5-tej popołudniu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Sprawozdanie z Zakładu szczepień ochronnych przeciwko wodowstrętowi w Krakowie za rok 1901

podali

Prof. O. Bujwid i Z. Klemensiewicz.

Przystępując do sprawozdania z działalności Zakładu w r. 1901, zaznaczyć przedewszystkiem należy jego ustawiczny rozwój: gdy bowiem w r. 1893 szczepiono tylko 1 osobę, w 1894 — 38, w r. 1895 — 109, w 1896 — 146, w r. 1897 — 160, w r. 1898 — 278, w r. 1899 — 320, w 1900—427, to w roku 1900 liczba zgłoszonych wzrosła do wysokości **647**! Nie są to wszyscy pokąsani w tym roku przez zwierzęta wściekłe, o których wiadomość doszła do zakładu, wielu bowiem, szczególniej ze wschodnich powiatów, do leczenia wcale się nie zgłosiło.

Jednakże dzisiejsze urządzenie Zakładu, który jest właściwie tylko ambulatoryum, gdzie chorzy przychodzą dwa względnie trzy razy dziennie w celu szczepienia się i gdzie wyrabia się materyał szczepienny, nie odpowiada z wielu bardzo względów choćby najskromniejszym wymaganiom.

Lokal Zakładu składa się z jednego pokoju i małego przedpokoju, gdzie częstokroć do 30 chorych oczekuje swej kolei szczepienia. W pokoju mieści się biuro Zakładu i ambulatoryum. Wydobywanie rdzenia i szczepienie królików odbywa się w suterenach i tylko dzięki niebywałym ostrożnościom rdzenie, a więc i chorzy, nie ulegają zakażeniu.

Każdą seryę chorych szczepi się świeżo wygotowaną strzykawką; każdego zaś chorego świeżo wygotowaną igłą.

Chorzy pomieszczeni są w szpitalu św. Łazarza, gdzie z powodu stałego przepełnienia śpią w kuchniach, na gankach i t. p. O tem, aby mieli osobne pomieszczenie, naturalnie ani mowy być nie może.

Z trudnością przychodzi również uzyskać dla chorych natychmiast po przybyciu do szpitala kąpiel. Jestto rzeczą nader ważną, wielu bowiem chorych kąpiel zna tylko ze słyszenia, a grubą powłokę brudu można jedynie w gorącej kąpieli usunąć.

Pomieszczenie w przepełnionym szpitalu ludzi, — ściśle biorąc zdrowych, których naraża się na możność zakażenia, musi podlegać surowej krytyce i nie może być obojetne ani dla Dyrekcyi Zakładu, ani dla Dyrekcyi Szpitala. Nie jest również obojętną rzeczą, czy na Zarząd Szpitala i tak przeciążony nadmierną pracą, nakłada się nowe ciężary, które z natury rzeczy na innych powinny spoczywać barkach.

W obec wzrastającej z rokiem każdym frekwencyi Zakładu i wobec wyżej podanych okoliczności, jest rzeczą niezbędną urządzenie jak najszybsze osobnego Zakładu przynajmniej na 25 łóżek, gdzie chorzy znaleźliby pomieszczenie i zupełne utrzymanie, gdzieby można urządzić ambulatoryum i salkę operacyjną, odpowiadającą dzisiejszym wymaganiom aseptyki.

Opis metody szczepień, używanej w naszym Zakładzie, podano w roku ubiegłym [1]).

Szczegółowe sprawozdanie Zakładu za r. 1900 przedstawia się następująco:

Ogółem udzielano porady 647 osobom; z tego 40 osób nie leczono wcale, gdyż psy były, jak okazały wywiady — zdrowe, lub też ukąszenia nie rozerwały ubrania, naskórek więc pozostał nienaruszony; 7 osób przerwało dobrowolnie szczepienie (po 2—6 wstrzyknięciach), obliczenia więc dalsze odnoszą się do 600 osób, u których szczepienia calkowicie przeprowadzono.

Co do płci: mężczyzn było 388, kobiet 212.

Co do wieku było:

1 rocznych	5 osób.	8 letnich	22 osób
2 letnich	8 „	9 „	31 „
3 „	15 „	10 „	32 „
4 „	16 „	11 „	20 „
5 „	15 „	12 „	18 „
6 „	21 „	13 „	17 „
7 „	22 „	14 „	25 „

15-letnich 14 osób.

reszta po nad 15 do 70 lat.

Co do miejsca pochodzenia było według powiatów:

Biała	8	(1·33 %)
Bóbrka	5	(0·83 %)
Bochnia	5	(0·83 %)
Bohorodczany	5	(0·83 %)
Borszczów	8	(1·33 %)
Brody	6	(1 %)
Brzesko	14	(2·33 %)
Brzeżany	11	(1·83 %)
Buczacz	10	(1·66 %)
Chrzanów	14	(2·33 %)
Cieszanów	3	(0·50 %)
Czortków	4	(0·66 %)
Dąbrowa	1	(0·16 %)
Dobromil	10	(1·66 %)
Dolina	5	(0·83 %)
Drohobycz	1	(0·16 %)
Gorlice	6	(1 %)
Gródek	16	(2·06 %)
Grybów	1	(0·16 %)
Horodenka	7	(1·16 %)
Husiatyn	20	(3·33 %)
Jarosław	13	(2·16 %)
Jasło	1	(0·16 %)
Jaworów	11	(1·83 %)
Kałusz	3	(0·50 %)
Kamionka Strumiłowa	7	(1·16 %)
Kolbuszowa	17	(2·83 %
Kołomyja	11	(1·83 %)
Kosów	1	(0·16 %)
Kraków	14	(2·33 %)
Krosno	3	(0·50 %)
Łańcut	3	(0·50 %)
Limanowa	3	(0·50 %)
Lwów	41	(6·83 %)
Mielec	6	(1·00 %)
Mościska	19	(3·16 %)
Myślenice	7	(1·16 %)
Nadwórna	5	(0·83 %)
Nisko	8	(1·33 %)
Nowy Sącz	21	(3·50 %)
Nowy Targ	8	(1·33 %)
Peczeniżyn	8	(1·33 %)
Pilzno	3	(0·50 %)
Podgórze	12	(2 %)
Podhajce	1	(0·16 %)
Przemyśl	13	(2·16 %)
Przemyślany	7	(1·16 %)
Przeworsk	1	(0·16 %)
Rawa	2	(0·33 %)
Rohatyn	16	(2·66 %)
Ropczyce	3	(0·50 %)
Rudki	1	(0·16 %)
Rzeszów	3	(0·50 %)
Sambor	2	(0·33 %)
Sanok	5	(0·83 %)
Skałat	9	(1·50 %)
Śniatyn	18	(3·00 %)
Sokal	21	(3·50 %)
Stanisławów	17	(2·83 %)
Stryj	8	(1·33 %)
Strzyżów	5	(0·83 %)
Tarnobrzeg	1	(0·16 %)
Tarnopol	8	(1·33 %)
Tarnów	2	(0·33 %)
Trembowla	5	(0·83 %)
Turka	3	(0·50 %)
Wadowice	7	(1·16 %)
Wieliczka	3	(0·50 %)
Zaleszczyki	11	(1·83 %)
Zbaraż	6	(1 %)
Złoczów	20	(3·33 %)
Żółkiew	11	(1·83 %)
Żydaczów	11	(1·83 %)
Żywiec	15	(2·50 %)
Królestwo Polskie	22	(3·66 %)

Ze względu na rodzaj i miejsce pokąsania było, jak to widać z niżej podanej tablicy, najmniej pokąsań w głowę (rany najniebezpieczniejsze), najwięcej w ręce.

Rany powstałe z ukąszenia były, biorąc z chirurgicznego czysto stanowiska lekkie, jakkolwiek pewna liczba ukąszeń przedstawiała się nader groźnie. Do tych zaliczamy ukąszenie w głowę, głębokie rozdarcie mięśni rąk i nóg, oraz przypadek rozdarcia piersi u położnicy. Na ogół biorąc, rany z ukąszeń powstałe goją się znacznie gorzej i powolniej, zostawiając często wielką i szpetną bliznę.

O sprawie zupełnie zbytecznego a często

[1]) Przegląd lek. str. 180, Tom 39.

Wykaz 647 osób, które zgłosiły się do leczenia w r. 1901 z uwzględnieniem miejsca i rodzaju pokąsania.

POKĄSANIE	A. Wściekliznę stwierdzono przez szczepienie próbne cząstki mózgi (sub duram) królikowi	B. Wściekliznę stwierdzono przez sekcyę weterynarską	C. Zwierzęta podejrzane	Ogółem
w twarz i głowę . . .	2	16	20	38
w kończyny górne i tułów	31	224	163	418
w kończyny dolne . . .	12	96	83	191
w ciało gołe	27	199	130	356
przez ubranie	18	137	136	291
Ogółem	45	336	266	647

szkodliwego przypalania ran z ukąszenia powstałych, czyto żelazem rozpalonem, czy środkami żrącymi — była mowa w Nrze poprzedzającym „Przegl. lek."[1])

Jak w latach ubiegłych, tak i w tym roku największa ilość ukąszeń pochodziła od psów, jak to wykazuje następująca tabelka:

Zwierzętami kąsającemi były:

Nazwa zwierzęcia	Ilość przypadków
Psy	613
Koty	24
Borsuki	3
Konie	3
Lisy	2
Prosie	1
Człowiek chory na wodowstręt . . .	1

Wiadomo, że im wcześniej od chwili ukąszenia rozpocznie się szczepienie ochronne, tem pewność niedopuszczenia wybuchu choroby jest większą. Statystyczne dane, poniżej przytoczone, wykazują jednak, że bardzo znaczna liczba chorych zgłasza się do leczenia nader późno. Przyczyny tych opóźnień, które dla pokąsanych mieć mogą fatalne skutki, szukać należy w powolności drogi biurokratycznej odnośnych władz, tak, iż częstokroć 7 do 10 dni upłynie, zanim wszelkie papiery i dokumenta zostaną przygotowane i chorzy mogą wreszcie udać się do Zakładu! Byłoby rzeczą ze wszech miar na przyszłość wskazaną, aby czynności biurowe można w ten sposób uprościć, iżby chorych bezzwłocznie w podróż wyprawiano! Dla oszczędzenia kosztów nie potrzeba wcale ludzi odsyłać pod konwojem. Przecież często nawet małe dzieci przejeżdżają same znaczniejsze przestrzenie, aniżeli szerokość Galicyi; pocóż więc posyłać policyę i dozorców z ludźmi dorosłymi? W jednym przypadku przysłano z 1 kobietą 2 policyantów.

[1]) Bujwid: Zbyteczne a często szkodliwe przypadki po ukąszeniach. Przegl. lek. 49 str. 65.

Tablica zgłoszeń do szczepienia od dnia pokąsania:

Po ilu dniach od dnia pokąsania	Liczba osób	Po ilu dniach od dnia pokąsania	Liczba osób	Po ilu dniach od dnia pokąsania	Liczba osób
Tego samego dnia	14	11	12	27	1
1	55	12	13	28	1
2	109	13	3	29	5
3	95	14	6	30	8
4	101	15	4	33	1
5	57	16	4	34	1
6	32	17	6	35	1
7	41	18	4	36	1
8	24	21	1	51	1
9	18	23	4	60	1
10	3	24	1	135	1

Wreszcie co do zatrudnienia pokąsanych, to największa liczba pokąsań przypada na wsie, gdzie najczęściej padają ofiarą dzieci. Dzieci na ogół biorąc, dostarczają prawie połowę wszystkich przypadków, co tłómaczy się łatwo niemożnością obrony i ucieczki.

Wykaz osób pokąsanych według zatrudnienia:

Zatrudnienie	Mężczyźni	Kobiety	Dzieci
Rolnicy, zagrodnicy i ich rodziny	101	74	173
Służba	42	38	15
Rękodzielnicy i ich rodziny . .	13	5	31
Robotnicy i ich rodziny . . .	22	5	21
Urzędnicy, nauczyciele, inżynierowie i ich rodziny	22	9	15
Kupcy i przemysłowcy i ich rodziny	11	2	7
Bez określonego zajęcia i ich rodziny	6	5	2
Właściciele dóbr lub realności i ich rodziny	—	4	8
Policyanci i oprawcy miejscy i ich rodziny	9	—	3
Księża gr.-kat. i ich rodziny .	—	2	1
Lekarze, aptekarze, weterynarze i ich rodziny	—	3	1

Wyniki leczenia w roku sprawozdawczym są pomyślne. Mamy bowiem do zanotowania tylko dwa przypadki śmierci na wodowstręt u osób szczepionych ochronnie, — co stanowi 0·33% ogólnej sumy szczepionych.

Przytaczamy historye choroby obu zmarłych pacyentów:

1) Ludwik Zapała l. 4, syn wyrobnicy z Sokołówki, zgłosił się dnia 26 maja 1900 r. do szczepienia. Pokąsaniu uległ dnia poprzedniego. Badanie wykazało wielokrotne ukąszenia w ciało gołe, cięższe i lżejsze, na ręce prawej, przedramieniu lewem, oraz na kolanie lewem. Rany wypalano w kilka godzin kamieniem piekielnym. Wściekliznę psa stwierdziło szczepienie próbne, przeprowadzone przez c. k. Akademię Weterynaryi we Lwowie. Według sprawozdania p. Dra Michała Wosia, lekarza okręgowego z Sokołówki, wystąpiły około 5 lipca objawy wodowstrętu, mianowicie silne bóle i drgawki w ręce lewej (skaleczonej), podwyższona ciepłota, oraz charakterystyczne kurcze przy po-

dawaniu jadła i wody. Chory zmarł dnia 10 lipca 1900 r., tj. w dwa i pół miesięcy od chwili pokąsania.

2 Kanner Salomon l. 63, akcyznik z Husiatyna, zgłosił się do szczepienia w dniu 18 września; pies pokąsał go dnia 16 września w ucho lewe, gdzie zadał mu rankę dość głęboką, krwawiącą, oraz w ramię lewe, gdzie nastąpiło zdarcie naskórka. Ranki przemyto. Według doniesienia c. k. Starostwa w Husiatynie w dniu 16 października, a więc w miesiąc od daty pokąsania, nastąpiła śmierć wśród objawów wodowstrętu.

Oprócz szczepienia chorych i przygotowywania materyału szczepiennego, w Zakładzie prowadzi się badania nad zarazkiem wścieklizny.

Ogólniejszych wniosków tak z tego sprawozdania, jak i z sprawozdań lat ubiegłych, na razie nie wyciągamy, — zostawiając tę pracę do roku przyszłego, gdy będziemy mieć przed sobą wyniki dziesięcioletniego stosowania w Galicyi Pasteurowskiej metody ochronnych szczepień przeciwko wodowstrętowi.

III. Kilka uwag nad wycinaniem macicy przez pochwę z uwzględnieniem metody Döderleina.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

(Dokończenie).

Zastanawiając się nad podanymi przypadkami, przedewszystkiem zaznaczyć muszę niemiłe wydarzenie, jakie miało miejsce w I. i III. przypadku, mianowicie, że wśród operacyi tylna ściana macicy poprzecznie się przerwała. W I-szym przypadku operacyę, rozpoczętą metodą Döderleina, musiałem dokończyć metodą Doyena. W III. przypadku wprawdzie sobie poradziłem, ściągając palcem ciało macicy, które po przerwaniu się tylnej ściany ku jamie brzucha się usunęło, wydarzenie to wszakże było wielce niemiłe i mimo że przebieg pooperacyjny był gładki, było ono niekorzystne z tego względu, że części rakowate i wydzielina mogły się z jamy macicy do jamy brzucha dostać i zakażenie sprowadzić. Może być, że i w I-szym przypadku dałoby się było ciało macicy palcem zahaczyć i dalej ściągnąć, podobnie jak w przypadku III-cim, a operacya byłaby się może była dała przeprowadzić rozpoczętą metodą. To jednakowoż rzeczy nie zmienia i dlatego sądzę, że przypadki te, w których tylna ściana macicy jest zwyrodniałą, nie nadają się do zabiegu metodą Döderleina.

W przypadku II. i VIII, gdzie również mieliśmy do czynienia z rakiem macicy, a gdzie tylna ściana macicy była prawidłowa, operacya przebiegała nietylko gładko, ale muszę powiedzieć, że daleko łatwiej i bezpieczniej, aniżeli w metodzie Doyena.

Szczególniej podnieść muszę jako wysoką bardzo zaletę tej metody, że wśrod niej pęcherz moczowy dobrowolnie sam się odłuszcza, oszczędzamy sobie zatem aktu operacyjnego, w którym zawsze zachodzi obawa, aby pęcherza moczowego nie otworzyć; usuwają się z pęcherzem z pola operacyjnego moczowody, co też jest rzeczą wielkiej doniosłości. Powtóre, po przepołowieniu wyprowadzonej na zewnątrz macicy, zaopatrzenie więzów szerokich nie przedstawia żadnych trudności, każdą metodą można go dokonać.

Chcąc metodę Döderleina wypróbować, postanowiłem operować nią przypadki włókniaków macicy, mając na myśli te przypadki, w których macica nie jest zbyt pojemna i daje się w całości przez pochwę wyciąć. W myśl tego też zabrałem się w przypadku IV. do wycięcia macicy metodą Döderleina, a uczyniłem to tem chętniej, że macica niezdawala się być zbyt dużą, była dobrze ruchomą, niebyło zniekształcenia postaci, a wobec bardzo obfitej wydzieliny brudnej byłbym jej był drogą przez powłoki brzuszne nie operował.

Poprzednio operowałem macice, obarczone włókniakami przez pochwę, wykonując rozkawałkowanie *(morcellement)* według zasad podanych przez autorów francuzkich. Zawsze szedłem od sklepienia przodkowego, okrawałem część pochwową, usuwałem pęcherz, a dalej kawałkowałem macicę. Teoretycznie brzmi to bardzo pięknie i łatwo, w praktyce atoli przekonałem się wielokrotnie, że ta operacya nietylko zabiera bardzo wiele czasu, ale wymaga ciężkiej pracy i wysiłków, a conajmniej bezgranicznej cierpliwości Ileż razy zdawało mi się, że to wycinanie kawałków będzie trwać bez końca, zanim potrafię dosięgnąć dna macicy. Ileż razy żałowałem wśród zabiegu, żem się do niego zabrał, bo mi na myśl przychodziło, że go ukończyć nie zdołam, że trudności nie pokonam, operując w ciasnem miejscu między spojeniem kości łonowych a macicą, a po bokach mając moczowody i poważne naczynia. Mimo to powracałem do zabiegu przez pochwę znowu, a to w interesie chorej, bo jestem zdania, że wycięcie macicy przez pochwę jest zabiegiem daleko łagodniejszym i mniej niebezpiecznym, niż wycinanie przez powloki brzuszne.

Jakże byłem zdumiony i szczerze uradowany, widząc z jaką łatwością udało mi się wyciąć macicę za pomocą metody Döderleina, a zrobiwszy doświadczenie w kilku przypadkach, muszę wyznać, że oprócz korzyści, jakie metoda Döderleina w stosownych przypadkach przedstawia, główną i najważniejszą zasługą autora jest, że powrócił do operowania macicy przez tylne sklepienie.

Zachęcony wynikiem w przypadku IV., podjąłem zabiegi operacyjne w ten sam sposób w obec guzów coraz to większych i przyszedłem w przypadku V. do zapatrywania, że każdą macicę, dającą się wtłoczyć największą objętością do wchodu miednicy, można od tylnego sklepienia na zewnątrz wcale łatwo wyprowadzić.

Dlatego też niewahałem się co do zabiegu w przypadku VI-ym, w którym macica zbita, twarda i niepodatna sięgała do pępka, a chora nigdy nie rodziła. Operując od tyłu, nie troszczyłem się o wązkość pochwy i sromu; szło mi tylko o to, czy guz największą swą objętością da się przez wchód miednicy przeprowadzić; udało mi się to w zupełności, przy pomocy cięcia Schuchardta, z macicą ważącą wyżej 1000 gramów.

Mimowoli zastanawiałem się nad tem: w czem leży przyczyna takiego znaeznego ułatwienia w wydobywaniu macicy, obarczonej włókniakami, przez tylne sklepienie? Wyjaśnienie samo się nasuwa przy uwzględnieniu stosunków topograficznych i mechanizmu w czasie zabiegu.

Stosunki anatomiczne pouczają, że macica leży w miednicy bliżej spojenia kości łonowych, aniżeli kości krzyżowej, czyli bliżej przedniej ściany pierścienia kostnego. Więzy szerokie, odchodzące od macicy na boki, połowią jamę miednicy na dwie nierówne części. Przestrzeń, położona przed macicą i więzami szerokimi a tylną ścianą spojenia łonowego

i kości łonowych, jest znacznie mniej pojemna, aniżeli przestrzeń, położona za macicą i za więzami szerokimi ku wygięciu kości krzyżowej. Już z tego względu operowanie od tylnego sklepienia, tam gdzie idzie o wydobywanie tworów pojemniejszych, powinno być daleko łatwiejsze, aniżeli operowanie od sklepienia przedniego.

Uwzględniwszy szerzej stosunki mechaniczne, rzecz nam się jeszcze więcej wyjaśni. Jeżeli wśród zabiegu operacyjnego drażymy od przedniego sklepienia ku górze i ściągamy macicę ku dołowi, to z natury rzeczy i z powodu kierunku kanału miednicy i kanału rodnego, przybliżamy macicę do tylnej ściany spojenia kości łonowych i zacieśniamy pole operacyjne, co tem wybitniej się dzieje, że przybliżamy macicę do ściany kostnej, a temsamem niepodatnej. Że tak jest, możemy się przekonać łatwo wśród każdej takiej operacyi. Jeżeli chcemy palce wprowadzić między ścianę pęcherza a szyję macicy, albo założyć wziernik łyżkowy w utworzoną szczelinę, musimy zwolnić pociąganie za część pochwową. Zupełnie rzecz się ma przeciwnie, jeżeli postępujemy drogą od tylnego sklepienia, pociągając macicę ku dołowi, a przybliżając ją do tylnej ściany spojenia kości łonowych, oddalamy ją zarazem od tylnej ściany miednicy i zyskujemy na miejscu. Operując od tylnego sklepienia mamy ku przodowi macicę, pęcherz moczowy, części podatne. Jeżeli chcemy zaglądnąć, albo wejść palcem do jamy Douglasa, to nie potrzebujemy pociągania zwalniać, ale owszem, im więcej macicę pociągniemy ku dołowi, tem łatwiej się po za nią w głąb do jamy brzucha dostaniemy.

Uwzględniając dalej kierunek jamy miednicy i kierunek kanału rodnego, musimy przyznać, że wydobywając pojemniejsze ciało macicy przez sklepienie przodkowe, mamy jeszcze do przezwyciężenia tarcie o tylną ścianę spojenia kości łonowych, czego nie mamy wydobywając je przez sklepienienie tylne, bo ciało macicy, dające się do jamy miednicy wciągnąć, pociągane od tyłu, będzie się okręcać około tylnej ściany spojenia kości łonowych, nie dosięgając wygięcia kości krzyżowej. W obec pojemnego ciała macicy stosunki wytwarzają się podobne, jak podczas porodu, gdy wydobywamy główkę, wysoko stojącą. Jeżeli operujemy zwykłemi kleszczami, mamy znaczne trudności, a głównie musimy przezwyciężać tarcie na tylnej ścianie spojenia kości łonowych, kiedy zaś, używając kleszczy Tarniera, Breussa i td., możemy główkę sprowadzić z łatwością. Kto raz zwykłemi kleszczami pociągał główkę ku dołowi w tych warunkach, a potem w tym samym przypadku zastosował kleszcze do ciągnięcia w kierunku osi miednicy, ten wie jak wielka jest różnica w użyciu potrzebnej siły do urodzenia główki, ten doświadczył, jakie jest ułatwienie wśród operacyi, dokonywanej w kierunku osi miednicy.

Podobną różnicę odczułem pomiędzy ściąganiem macicy obarczonej włókniakami przez przednie, a przez tylne sklepienie.

Jeżeli operujemy od sklepienia przodkowego i staramy się ciało macicy sprowadzić, to jest ono podparte w dwu punktach, a mianowicie; szyja macicy, trzymana więzami szerokimi, daje się tylko do pewnego stopnia przesunąć ku tyłowi, a później stawia opór i wytwarza punkt stałego podparcia dla sprowadzanego ciała macicy. Drugim punktem podparcia jest tylna ściana spojenia kości łonowych. Narzędzia, za pomocą których staramy się ciało macicy sprowadzić, leżą w pośrodku pomiędzy obu punktami podparcia. Jeżeli ciało macicy jest małe, sprawa ta prawie nie wchodzi w rachubę; jeżeli atoli ciało macicy jest nieco większe, okoliczność ta ma zastosowanie i wpływ niepomierny.

Zupełnie odmiennie rzecz się ma, gdy guz pojemniejszy wyprowadzamy przez tylne sklepienie. Jeżeli guz jest tych rozmiarów, że może przejść wchód miednicy, to w próżni miednicy nie dosięga do wygięcia kości krzyżowej. Szyja macicy zostaje przyparta przez pociąganie do spojenia kości łonowych, a ciało wydobywane ma dwa punkty podparcia tuż do siebie przylegające, t. j. umocowanie więzami szerokimi i tylną ścianę spojenia kości łonowych. Siła pociągająca znachodzi się wówczas po za oboma punktami podparcia, działanie dźwigniowe występuje w całej pełni, wydobywany guz okręca się około tylnej ściany spojenia łonowego, jak około osi i z łatwością daje się na zewnątrz wyprowadzić.

Jeżeli teraz uwzględnimy, jakie trudności mamy czasem z odłuszczaniem pęcherza moczowego w przypadkach włókniaków ciała macicy, gdzie się w każdym przypadku stosunki anatomiczne inaczej układają, jeżeli nadto zważymy, że operując od sklepienia przodkowego musimy nieraz zakładać kleszczyki na dolne części więzów szerokich, albo zakładać podwiązki w miejscu ciasnem i niedogodnem, a wśród metody Döderleina tego unikamy, bo pęcherz moczowy dobrowolnie sam się oddziela i usuwa, a więzy zaopatrujemy na zewnątrz ciała przed częściami rodnemi, to przyznać musimy, że dla przypadków włókniaków macicy metoda Döderleina jest nieocenionym nabytkiem.

Zebrawszy moje spostrzeżenia przyszedłem do przekonania:

1) że metoda Döderleina nie nadaje się dla wszystkich przypadków, w których tylna ściana macicy jest zwyrodniała;

2) że w przypadkach raka w ogólności nie chroni pola operacyjnego od zanieczyszczenia wydzielinami z jamy macicy;

3) że sprowadza znakomite ułatwienie w technice operacyjnej przez to, iż wyklucza akt operacyjny odłuszczania pęcherza moczowego;

4) że ułatwia znakomicie zaopatrywanie więzów szerokich, jak żadna z metod dotychczasowych;

5) że jest nieocenionym nabytkiem w obec przypadków macicy, obarczonej włókniakami, gdyż guzy macicy nawet znacznych rozmiarów dają się z łatwością przez tylne sklepienie wyprowadzić;

6) że właściwie nadaje się dla tych ostatnich przypadków;

7) że prawdopodobnie znajdzie zastosowanie przy wycinaniu macicy ciężarnej i przy wycinaniu macicy tuż po porodzie.

IV. Kilka uwag w sprawie postępowania przeciw- i bezgnilnego w położnictwie.

Podał

Docent Dr. A. Sołowij.

(Dokończenie).

Najcenniejsze i najbardziej wyczerpujące wyniki badań bakteryologicznych wydzieliny części rodnych kobiecych i zastosowania ich do spostrzeżeń klinicznych złożył

w dziele dwutomowem Menge i Krönig (*Bakteriologie des weiblichen Genitalkanales.* Leipzig 1897).

Menge zapoznaje nas w I. części z florą pochwy u nieciężarnych. Właściwością wydzieliny pochwy jest to, że mogą się w niej rozwijać tylko te drobnoustroje, które potrzebują do swego rozwoju kwaśnego podłoża. Wydzielina pochwy posiada moc pozbywania się drobnoustrojów, jak to stwierdził Menge za pomocą hodowli prątka ropy błękitnej.

Samoochronę pochwy stanowią według Mengego leukocyty i brak tlenu, podczas gdy Döderlein (*das Scheidensekret und seine Bedeutung für das Puerperalfieber* Leipzig 1892) przypisuje ją prątkom przez siebie oznaczonym, a stale w kwaśnej wydzielinie pochwy w znacznej ilości żyjącym (*bacillus vaginalis* Döderlein), tudzież kwasowi mlekowemu, przez te prątki wytwarzanemu.

Spostrzeżenia Kröniga w II. części przemawiają za tem, że wydzielina pochwy posiada także u położnic siłę odporną przeciw drobnoustrojom, jakkolwiek ta dopiero z końcem pierwszego tygodnia staje się skuteczną. Zresztą zmienia się według Kröniga charakter flory pochwy już wnet po porodzie i podczas gdy u ciężarnych przeważają formy laseczkowate drobnoustrojów, więcej jest koków po porodzie.

W szyi macicy znajdujemy jeszcze mniej niż w pochwie korzystne warunki dla rozwoju drobnoustrojów. Badania Waltharda (*Archiv f. Gynaekologie,* 1895. Bd 48 Hft 2), Mengego (*Bakteriologie des weiblichen Genitalkanales.* Leipzig 1897) i moje (*Przegląd lekarski,* 1900 Nr. 21 i 22) wykazały, że z wyjątkiem dwoinek rzeżączkowych niema w wydzielinie szyi macicy drobnoustrojów chorobotwórczych.

Podobnie jak pochwa, posiada szyja macicy jeszcze w wyższym stopniu zdolność pozbywania się drobnoustrojów (Menge). Leukocyty i brak tlenu odgrywają tutaj najważniejszą rolę, a może także i aleksyny działają zabójczo na drobnoustroje (Menge); nie ulega jednak wątpliwości, że także różnica oddziaływania wydzieliny szyi macicy a pochwy, tudzież korzystne warunki mechaniczne (czop śluzu w szyi macicy, odnawiający się ciągle od góry), stanowią bardzo skuteczną ochronę.

Krönig (l. c.) znalazł w warunkach prawidłowych jamę macicy wolną od drobnoustrojów. Wyjątek mogą stanowić tylko takie przypadki, w których znajduje się w macicy obumarła miazga, a w których Menge (*l. c.*) wykazał drobnoustroje u nieciężarnych.

Według Kröniga jama macicy, podobnie jak szyja macicy i pochwa, posiada odporną siłę („*baktericide Kraft*") przeciw drobnoustrojom, mianowicie z powodu braku tlenu, obecności leukocytów i własnej energii komórek. Z tego powodu znajdują w macicy warunki bytu i rozwoju tylko pasorzytnicze drobnoustroje, wnikające do tkanek i saprofity niepotrzebujące tlenu (*anaërob*).

Döderlein kładzie nacisk na ważność stwierdzenia ile możności już podczas ciąży, czy wydzielina pochwy jest prawidłowa, czy patologiczna.

W celu usunięcia wydzieliny patologicznej radzi Döderlein wycieranie pochwy zapomocą gazy i rozczynu lysolu; przyznaje jednak, że ten sposób postępowania, jakkolwiek skuteczny, może być także niebezpieczny.

To naprowadziło Döderleina na myśl zwalczania wydzieliny patologicznej zapomocą przestrzykiwań 1% rozczynem kwasu mlekowego i w istocie już zwykle po 3—4 dniach 3-razowego codziennego przestrzykiwania pochwy takim kwaśnym rozczynem, udawało mu się zmienić stale wydzielinę pochwy patologiczną na prawidłową. Niekiedy jednak były te przestrzykiwania bezskuteczne, np. w rzeżączce szyi macicy, gdzie obfita wydzielina alkaliczna ciągle do pochwy spływa.

Przestrzykiwaniami antyseptycznemi nie mógł Döderlein nigdy osiągnąć tak pomyślnego skutku, jak przestrzykiwaniami 1% rozczynem kwasu mlekowego, który według Döderleina jest głównie dlatego tak skuteczny, gdyż dozwala rozmnażać się prątkom (*bac. vag.* Döderlein) wstrzymującym rozwój innych drobnoustrojów.

Praktyczna wartość klasyfikacyi wydzieliny pochwy według Döderleina jest więc bardzo mała, gdyż podczas porodu najczęściej brak na nią czasu i tylko podczas ciąży dałyby się przeprowadzić z dobrym skutkiem przestrzykiwania pochwy za pomocą rozczynu kwasu mlekowego.

Krönig (*l. c.*) wykazuje, że przestrzykiwanie pochwy nawet tak silnymi środkami przeciwgnilnymi jak 1‰ sublimat i 1% lysol nie jest w stanie usunąć drobnoustrojów z pochwy. Przeciwnie, działanie środka przeciwgnilnego jest nawet szkodliwe, gdyż osłabia siłę odporną wydzieliny pochwy. Drobnoustroje, wprowadzone do pochwy, znikały prędzej bez przestrzykiwania pochwy, niż po niem. Jak mało skutecznemi są przestrzykiwania pochwy choćby najsilniejszymi środkami przeciwgnilnymi, dowodzą spostrzeżenia, poczynione przy wydzielinie patologicznej, która już niedługo po przestrzykiwaniu nie okazywała żadnej zmiany, a nawet zawierała czasem jeszcze więcej drobnoustrojów i stawała się cuchnącą. Co więcej Krönig wykazał, że jeden gatunek drobnoustrojów, uzyskany z wody płodowej i odchodów połogowych, wstrzyknięty podskórnie świnkom morskim, wywoływał ich śmierć tak samo, czy był wyhodowany z odchodów połogowych przed przestrzykiwaniem, czy po niem. Widocznie zatem przestrzykiwanie środkiem przeciwgnilnym nie było w stanie osłabić jadowitości tego drobnoustroju. Spostrzeżenie to nie dziwi nas wcale wobec tego, że Schimmelbusch (*Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1894 Nr. 28) i Reichel (*Archiv f. klinische Chirurgie,* Bd. IL), wykazali, że rany powierzchowne cięte u królika, do których wprowadzono hodowle wąglika lub gronkowca ropotwórczego złotego i bezpośrednio potem przepłókiwano najsilniejszymi środkami przeciwgnilnymi, ulegały co najmniej ropieniu, a często nawet przychodziło do ogólnego zakażenia. Bez porównania gorszymi są warunki w macicy po porodzie, gdyż zakażenie dużych otworem stojących naczyń o wiele łatwiejsze, a działanie środków przeciwgnilnych w porównaniu z powierzchowną raną ciętą o wiele mniej pewne, nie mówiąc o tem, że czas między zakażeniem rany a działaniem środka przeciwgnilnego był nader krótki przy tych doświadczeniach, podczas gdy po porodzie może być środek przeciwgnilny zastosowany dopiero po upływie dłuższego czasu.

Krönig (*l. c.*) wyraża się słusznie: „Die lokale Therapie leistet nicht das, was man von ihr erwartet hatte".

Porównanie wyników klinicznych pod względem chorobowości połogowej wykazuje, że były one gorsze tam,

gdzie robiono przed porodem przepłókiwania pochwy środkami przeciwgnilnymi. I tak wynosiła chorobowość połogowa u Alfelda 35%, Winckla 27·7%, a tylko u Hofmeiera 9·5%, podczas gdy wyniki przeciwników przepłókiwań zapobiegawczych pochwy są w ogóle znacznie lepsze, u Mermanna 6%, Leopolda 8·3%, Marsa 10·25% i t. d.

Najciekawszemi zaś są liczby Fehlinga, który osiągnął w dwóch klinikach za każdym razem po zaniechaniu przepłókiwań zapobiegawczych pochwy lepsze wyniki (Bazylea 34·9 : 19·7, Halle 21·9 : 13·5).

Możemy zatem oświadczyć się z całą stanowczością przeciw wszystkim sposobom oczyszczania pochwy rodzących.

Bez względu na jakość wydzieliny i na to, czy poród jest prawidłowy, czy też wymaga zabiegu operacyjnego, przestrzykiwanie pochwy pochwy płynem przeciwgnilnym jest więcej szkodliwe niż użyteczne, gdyż pozbawia błonę śluzową wydzieliny ślizkiej, która ułatwia poród i chroni blonę śluzową przed obrażeniem i zakażeniem, a nie jest w stanie wydalić drobnoustrojów z pochwy. Z tych samych powodów musimy się także oświadczyć przeciw wycieraniu pochwy zapomocą gazy wśród równoczesnego przepłókiwania rozczynem przeciwgnilnym, jakkolwiek sposób ten dozwala przynajmniej na pewien przeciąg czasu wydalić drobnoustroje.

Natomiast posiadamy w przebiegu porodu cały szereg naturalnych nader cennych czynników, które z jednej strony przeszkadzają drobnoustrojom w wywarciu szkodliwego wpływu na błonę śluzową części rodnych, a z drugiej strony przyczyniają się znakomicie do wydalenia drobnoustrojów na zewnątrz. Do pierwszego rodzaju czynników należy ślizka wydzielina, pokrywająca błonę śluzową, chroniąca ją przed obrażeniem i ułatwiająca posuwanie się płodu; do drugiego zaś rodzaju czynników należy prąd wody płodowej i krwi, tudzież przesuwanie się płodu i łożyska z macicy przez pochwę ku dołowi i na zewnątrz.

Przestrzykiwanie pochwy w połogu płynami przeciwgnilnymi z tych samych przyczyn co podczas porodu jest więcej szkodliwe, niż pożyteczne. Tylko przy bardzo cuchnących odchodach połogowych może być wskazanem przestrzykiwanie pochwy płynami przeciwgnilnymi w celu odwietrzenia, wszystkie jednak formy zakażenia drobnoustrojami gnilnymi (*Sapraemia, endometritis saprica*) przebiegają zwykle tak samo korzystnie wśród przestrzykiwań, jak bez nich.

Możliwość samozakażenia podczas porodu za pośrednictwem drobnoustrojów chorobotwórczych, znajdujących się wyjątkowo w częściach rodnych wewnętrznych, nie da się z góry zaprzeczyć. W wydzielinie pochwy wykazano bowiem łańcuszkowce, gronkowce, prątka okrężnicowego, gonokoki i t. p., które mogą się stać czasem szkodliwymi pomimo wyżej wymienionych czynników chroniących. Toteż znajdujemy w piśmiennictwie przypadki, gdzie u położnicy wystąpiła śmiertelna gorączka połogowa, jakkolwiek chora ta nie była wcale badana podczas porodu. Ahlfeld, najgorętszy wyznawca nauki o samozakażeniu, zestawił 23 takich przypadków. Nie można się jednak oprzeć powątpiewaniu, czy wszystkie te przypadki mogą służyć w istocie jako dowód samozakażenia. Gdzie niema bezwzględnej pewności, że rodząca nie dotknęła się części rodnych własnemi rękami, lub gdzie jakikolwiek inny czynnik (np. nieczyste naczynie, bielizna i t. p.) nie zadziałał szkodliwie, tam niema dostatecznych dowodów samozakażenia.

Niebezpieczeństwo samozakażenia jest więc w rzeczywistości tylko wyjąkowem, nie da się jednak całkiem wykluczyć. Bumm (*Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Gynaekologie VIII)* określił bardzo trafnie znaczenie samozakażenia podczas porodu słowami: „Die Gefahr kommt von aussen“. Trudno nie podzielać tego zapatrywania.

Stosunek antyseptyki do aseptyki w położnictwie. Jeżeli więc niebezpieczeństwo zakażenia podczas porodu i połogu może pochodzić tylko zupełnie wyjątkowo od drobnoustrojów chorobotwórczych, znajdujących się w częściach rodnych wewnętrznych, a zresztą prawie zawsze zagraża tylko od zewnątrz, chodzi o to, jak powinniśmy postępować, by jak najskuteczniej utrudnić drobnoustrojom dostęp do części rodnych zewnętrznych?

Walka z drobnoustrojami jest wogóle w położnictwie o wiele trudniejsza, niż w chirurgii. Jeżeli zaś w chirurgii nie zawsze możemy się obejść bez postępowania przeciwgnilnego, to w położnictwie potrzebujemy go jeszcze bardziej z powodu osobliwych, a dla utrzymania czystości tak niekorzystnych warunków. Bliskość otworu stolcowego naraża części rodne na ciągłe niebezpieczeństwo zakażenia drobnoustrojami chorobotwórczymi podczas porodu i połogu. Nie mogę się zatem zgodzić z tymi autorami, którzy nazywają aseptykę ideałem postępowania położniczego i uważają jej przeprowadzenie zawsze możliwem. Przeciwnie! Scisłe przeprowadzenie postępowania bezgnilnego w położnictwie, zwłaszcza w praktyce prywatnej, jest bardzo trudne, czasem wręcz niemożliwe. Gdzie czas zezwala wykonać potrzebne przygotowania i gdzie nie brak pomocy drugiego w aseptyce wyćwiczonego lekarza, można nawet przy zabiegach położniczych uczynić zadość wszystkim wymaganiom postępowania bezgnilnego; często jednak jest to niemożliwe i wtedy odpowie najlepiej swemu zadaniu ten położnik, który w danych niekorzystnych warunkach najmniej się oddali od zasad postępowania przeciw i bezgnilnego. W ogóle zaś zadanie położnika polega na racyonalnem kombinowaniu postępowania przeciw — i bezgnilnego. Nawet w zakładach wzorowo urządzonych nie można się obejść bez postępowania przeciwgnilnego, w praktyce prywatnej zaś powinniśmy używać jak najwięcej środków przeciwgnilnych, zwłaszcza sublimatu, w celu ciągłego odkażania rąk i części rodnych zewnętrznych!

Nie zapominajmy jednak jeszcze o jednym nader ważnym czynniku. Jest nim odporność ustroju i jego tkanek, bez której nie moglibyśmy zrozumieć, dlaczego rany goją się często gładko w najniekorzystniejszych warunkach i dlaczego wielka liczba porodów i połogów przebiega szczęśliwie lub tylko wśród nieznacznych zaburzeń, pomimo zapoznania wszelkich wymagań postępowania przeciw — i bezgnilnego.

Jak ważnym czynnikiem powodzenia jest także zręczność operatora, widzimy z doskonałych wyników tych lekarzy, którzy nie przestrzegają ściśle zasad postępowania przeciw — i bezgnilnego, a mimo to mają doskonałe wyniki

dzięki swej znakomitej technice operacyjnej, chroniącej tkanki przed obrażeniem. Toteż dzisiaj już nie ufamy ślepo aseptyce i działaniu środków przeciwgnilnych, lecz kształcimy znowu z większą starannością technikę operacyjną, bo przekonaliśmy się, że od niej także bardzo wiele zależy. Minął czas, w którym można było przypuszczać, że lepiej jest przestrzegać ściśle zasad postępowania przeciw — i bezgnilnego, niż być zręcznym operatorem. Te dwa przymioty są nierozłączne.

V. Wyciągi.

Zalewski. **O leczeniu polipów usznych.** (*Gazeta Lekarska* 1901, Nr. 28, 29, 30, 31). Polipy uszne nie przedstawiają jakiejś określonej formy anatomicznej, tak co do swego kształtu, jak i budowy. Otyatra nazywa polipami usznymi nietylko właściwe polipy, lecz np. i ziarninę wyrosłą po nad miarę na ubytkach tkanek. Wskutek tego mamy w uchu polipy, które pokryte są na powierzchni błoną śluzową lub przyskórkiem i znowu takie, które nie są pokryte. Polipy uszne najczęściej powstają w przebiegu przewlekłego ropienia ucha środkowego; mogą powstać także w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego, a Itard i Urbantschitsch spostrzegali polipy uszne już w bardzo wczesnem dzieciństwie i wskutek tego przyjmują możliwość polipów wrodzonych, t. j. powstałych podczas życia wewnątrzmacicznego.

Co do leczenia, to jako rzecz zasadniczą uważamy prócz usunięcia samego nowotworu leczenie choroby podstawowej, inaczej nie możemy się spodziewać dobrych i trwałych wyników. Musimy pamiętać o tem, co powiedział Clarke, że najłatwiej jest polip wydalić, najtrudniej uchronić od nawrotu.

Polipy uszne same zniknąć mogą bez jakiejkolwiek z naszej strony interwencyi, i to nietylko ziarniniaki, w czem nie byłoby nic nadzwyczajnego, lecz i właściwe polipy, t. j. polipy pokryte na powierzchni błoną śluzową lub naskórkiem. Gomperz opisuje trzy takie przypadki, gdzie polipy znikły same, a leczenie całe było skierowane tylko przeciwko ropieniu ucha środkowego, które było przyczyną polipów. Przyczyną zniknięcia polipów był zanik wywołany zarastaniem naczyń krwionośnych wskutek bujania nabłonka. Może nastąpić samowyleczenie się także i w ten sposób, że polip wydala się z ucha w całości wskutek obumarcia jego podstawy. Obumarcie to następuje najczęściej wskutek okręcenia się szypuły. Oczywista rzecz, że stać się to może tylko w przypadkach polipów uszypułowanych. Znane są także przypadki, gdzie polip został wydalony z ucha jakimś niewinnym zabiegiem, n. p. przez wypłókanie ucha.

Do najdawniejszych metod leczenia należy sposób podany przez Clarkego, polegający na wstrzykiwaniu do miąższu *liquor. ferri sesquichlorati*; polip, jako czarna masa, w całości wydala się na zewnątrz. Sposób ten obecnie jest nieużywany.

Wszystkie metody leczenia polipów, które obecnie częściej lub rzadziej są używane, dzielą się na metody operacyjne i metody leczenia środkami farmaceutycznymi.

Z metod operacyjnych najwięcej używany jest sposób operowania zapomocą pętli Wildego, pierwotnej lub zmodyfikowanej przez Hartmanna i Bucka. Modyfikacya pierwotnej pętli Wildego polega na tem, że rurka niema przegrody. Pierwotna pętla Wildego nadaje się szczególnie wtedy, gdy chcemy polip wyrwać, zmodyfikowanej zaś użyjemy wtedy, gdy chcemy polip odciąć. Pierwszy sposób (wyrwanie) jest więcej doszczętny, niż drugi (odcięcie); niewszędzie jednak użyć go możemy, bo musimy pamiętać, że wyrywając polip, możemy uszkodzić jakąś ważną część narządu słuchu. Odcinając zaś polip, musimy pamiętać, że należy zniszczyć resztkę polipa.

Jednym z dawniejszych sposobów, którego chyba wyjątkowo zmuszeni będziemy użyć, jest podwiązanie polipa, które polega na tem, że pętlę, założoną w zwykły sposób, okręcamy i drut zostawiamy w uchu; po kilku dniach polip wydali się w całości.

Pętli galwanokaustycznej zmuszeni będziemy użyć tylko wyjątkowo, w przypadkach niezwykłej zbitości nowotworów.

Jakkolwiek pętla jest narzędziem najczęściej używanem do wydalenia polipów usznych, zdarzają się przypadki, gdzie użyć się nie da. Dlatego podano mnóstwo sposobów i narzędzi, któreby zastąpić mogły pętlę i mogłyby być użyte i w tych przypadkach, gdzie pętli użyć nie można. Jednym z dawniejszych, dziś nieużywanych sposobów, jest operowanie zapomocą kleszczyków. W tym samym celu podał Trautmann, Lange, ja i inni swoje pensety. Penseta Trautmanna zrobiona jest na tej samej zasadzie, co konchotom; penseta Langego jest zwykłą pensetą uszną o ostrych łyżeczkach; moja penseta jest pensetą krtaniową, zastosowaną do ucha.

Polecono do wydalenia polipów usznych ostre łyżeczki rozmaitego rodzaju. Najwięcej zasług położył koło rozpowszechnienia tego sposobu operowania Politzer, który podał cały szereg rozmaitej wielkości łyżeczek. Swojego pomysłu łyżeczkę, która jest naśladownictwem takiegoż przyrządu, używanego w okulistyce, podał Abel. Łyżeczki nadają się przeważnie do wydalenia polipów małych.

W celu wydalenia małych polipów podał Politzer swój nożyk w kształcie kółka (Ringmesser). W pewnych przypadkach można użyć tego nożyka; trzeba tylko pamiętać, że po operacyi tym nożykiem pozostaje zawsze resztka, którą zniszczyć trzeba. Politzer polecił specyalne kleszczyki z mocno karbowanym końcem, zapomocą których można zmiażdżyć guz. Sposób ten nie jest odpowiedni i trudno sobie wyobrazić, w jakich przypadkach zmuszonymby się było użyć go.

Oprócz tych sposobów i narzędzi, które tutaj wyliczyliśmy, a które specyalnie do ucha są podane, musimy nieraz robić operacyę zupełnie atypową. Rooda mówi np., że nożyczki Coopera są obok pętli najodpowiedniejszem narzędziem. Stone musiał raz użyć dłóta do odcięcia polipa, który był chrząstkowatej zbitości.

Co do niebezpieczeństwa samej operacyi, to prócz możliwości uszkodzenia jakiejś ważnej części organu słuchu, dla życia bezpośrednio nie wynika żadne niebezpieczeństwo. Schwartze obserwował jednak po wyjęciu polipa tak znaczny krwotok, że zdawał się grozić życiu chorego. Krwotok ustał po wytamponowaniu ucha. Gdyby krwotok po wytamponowaniu ucha nie zatrzymał się, a krew wychodziła do gardła, nie pozostawałoby nic innego, jak wytamponować jamę nosowo-gardłową.

Co do znieczulenia, to do uśpienia uciec się będziemy zmuszeni chyba u dzieci niespokojnych i u osób wyjątkowo wrażliwych; zwykle używamy znieczulania miejscowego kokainą; musimy jednak zauważyć, że kokaina na błonę śluzową ucha środkowego działa słabo. W odpowiednich przypadkach, n. p. w przypadkach dużych polipów, może udałoby się zastosować sposób znieczulania Schleicha. Drugą gromadę metod leczenia polipów usznych stanowią sposoby zapomocą środków żrących, do których prócz środków farmaceutycznych zaliczamy i galwanokaustykę. Wielu autorów jest przeciwnych używaniu środków żrących z obawy, by polip nie przeszedł w nowotwór złośliwy. Nie ulega wątpliwości, że środki żrące mają mnóstwo stron ujemnych, drażnią tkanki sąsiednie, i w ten sposób mogą wywołać pogorszenie sprawy zapalnej, istniejącej zwykle obok polipa.

Polecano mnóstwo środków żrących do leczenia polipów usznych. Schwartze i Bonnafont chwalą azotan srebra; Clarke potas żrący *in substantia*, a Triquet chlorek cynku *in substantia*. Hildige polecił octan cynku w rozczynie; Blau siarkan cynku 2: 30, Lucae siarkan miedzi, a Politzer sześciochlorek żelaza.

Polecano także mnóstwo kwasów do zniszczenia polipów usznych. Najwięcej używanym jest obecnie kwas chromowy. Zamiast kwasu chromowego Gruber używał też kwasu siarkowego i kwasu azotowego, który polecił Buck. Bürkner miał mieć dobre wyniki po użyciu kwasu trójchlorooctowego.

Galwanokaustyka miała początkowo więcej zwolenników; wkrótce przekonano się, że jest to sposób dla ucha nieodpowiedni. Schwartze otwarcie powiedział, że galwanokaustyka nie sprawdziła nadziei, jakie w niej pokładał.

Prócz tego podano mnóstwo środków, które nie mają własności żrących, a raczej posiadają własności ściągające. Buck i Spencer polecili ałun i jodoform, a Moos i Steinbrügge 10—25% octan ołowiu. Ze środków tej gromady alkohol, polecony przez Politzera, jest obecnie w częstszem użyciu.

Stosując środki żrące pamiętać musimy, że nadają się one do zniszczenia tylko małych polipów, lub resztek polipów, i że stosować je musimy z pewną ostrożnością, a to dlatego, że działają także na tkanki sąsiednie i mogą wywołać niepożądane następstwa.

W końcu wspomnieć wypada o jednym sposobie, którego używał już Toynbee: mianowicie starał się on usunąć polipy przez ciągły ucisk; w tym celu wkładał do ucha kawałki gąbki lub waty. Hammerschlag tamponuje w tym celu ucho gazą. Sposobu tego można użyć w przypadkach polipów małych, jeżeli wydzieliny wcale niema, lub jest mała.

Ze wszystkich sposobów tutaj podanych najlepsze wyniki daje operacya, dlatego wszędzie, gdzie się tylko da, będziemy się starali usunąć polipy uszne operacyjnie; do środków żrących i innych uciekniemy się dopiero wtedy, kiedy drogą operacyjną polipa usunąć nie będziemy mogli. (*Autoreferat*).

Killian. **Wydobycie ości rybiej z lewego oskrzela u 3½-letniego dziecka przez usta zapomocą górnej bron-**

choskopii. (*Deutsche med. Wochs.* 1901, Nr. 52). Dziecko $3^1/_2$-letnie, jedząc przed 11-tu tygodniami rybę, zakrztusiło się. Od tego czasu cierpi na uporczywy kaszel, ból w piersiach i podupada na siłach. Badanie płuc nie wykazało nic niezwykłego; zauważyć tylko dało się, że lewa połowa klatki piersiowej cokolwiek słabiej się porusza i że dolne przestwory międzyżebrowe zapadają się. Oddech ciężki, — jak u starca z rozedmą płuc. W krtani i górnym odcinku tchawicy nic nieprawidłowego niema. K. przypuszczał, że może ość rybia uwięzła gdzie w drogach oddechowych, i dlatego zdecydował się na bronchoskopię górną. Dziecko zachloroformowano, prócz tego krtań i tchawicę zapędzlowano kokainą. Zapomocą bronchoskopu K. wykrył ość w lewem oskrzelu tuż poniżej bifurkacyi i zapomocą tępego haka wydalił ją na zewnątrz. Ość, jak okazało się po wydobyciu, pochodziła z łuku skrzelowego. Jest to najświeższy przypadek, w którym zapomocą górnej bronchoskopii wydobyto ciało obce z oskrzela. K. radzi w każdym przypadku próbować najprzód bronchoskopii górnej i tylko wtedy, kiedy to okaże się niemożebnem zrobić tracheotomię i ciało obce wydobyć zapomocą bronchoskopii dolnej. Do górnej bronchoskopii trzeba uśpienia; u dorosłych dolną można wykonać w znieczuleniu miejscowem. Bronchoskopię górną rozwinął brat autora, prof. Killian z Fryburga.

Dr. Teofil Zalewski.

Iljaszew. **Wpływ soli różnych ciężkich metalów na morfologiczny skład krwi i tworzenie hemoglobiny.** (*Rozprawa na stopień doktora.* Petersburg, 1901). Zamiarem I. było sprawdzić teoryę Noordena, czy żelazo, podawane osobnikom niedokrewnym, jest lekiem, który tylko pobudza podupadłą czynność szpiku kostnego, nie wpływając wcale na odnowę krwi innym sposobem i czy pod tym względem nie można zastąpić żelaza innymi metalami ciężkimi, jak miedź, manganez itd. Na podstawie ścisłych doświadczeń na szczeniętach I. przyszedł do następujących wniosków: 1) przetwory miedzi, rtęci i manganezu przy wewnętrznem użyciu nie wpływają na liczbę krwinek czerwonych i ilość hemoglobiny; 2) odwrotnie sole żelaza w tych samych warunkach podnoszą znacznie liczbę krwinek czerwonych i ilość hemoglobiny; w pierwszym okresie zwiększa się przeważnie liczba krwinek, ilość zaś hemoglobiny wzmaga się odpowiednio do zwiększania się liczby krwinek czerwonych: każda więc krwinka zawiera w tym okresie pierwotną ilość hemoglobiny; w okresie zaś następnym liczba krwinek pozostaje bez zmiany, zawartość zaś hemoglobiny wciąż się wzmaga, przez co i względna ilość jej się powiększa: to działanie żelaza trwa jeszcze długo po odstawieniu leku, co zależy prawdopodobnie od zużytkowania przez ustrój zapasów żelaza, które powstały w wątrobie i śledzionie podczas zażywania leku; 3) ponieważ odnowa różnych składowych części krwi przy podawaniu „luźnie związanego“ żelaza zachowuje to samo stopniowanie, jakie występuje pod wpływem żelaza pokarmowego, t. j. „mocno związanego“, więc i w postaci soli żelazo nietylko wchłania się do ustroju i działa pobudzająco na szpik kostny, jak tego chce Noorden, lecz i przyswaja się, jako materyał dla budowy hemoglobiny; 4) ten wniosek stwierdza i znaczne podniesienie % komórek eozynochłonnych, które J. spostrzegał wyłącznie we krwi szczeniąt, którym podawano żelazo; komórki te zawierają, jak wiadomo, znaczną ilość żelaza w postaci połączenia organicznego; 5) przytoczony wyżej wpływ żelaza na krew nie zmienia się podczas jednoczesnego podawania soli żelaza z solami miedzi, rtęci i manganezu.

Witold Orłowski.

Dr. M. Čačkovič. **O całkowitem zmniejszeniu żołądka i o jejunostomii.** (*Archiv Langenbecka* 65/2, 1901). Pracę autora podzielić można na trzy części: każda z nich równo dokładna i równie wyczerpująca rzecz. W pierwszej części omawia etyologię i symptomatologię znacznego zmniejszenia żołądka. W końcu dochodzi do wniosku, że najczęstszą przyczyną, a może jedyną, pomniejszenia żołądka jest nacieczenie rakowe jego ścian. Objawy przedmiotowe i podmiotowe zawisły jedynie od małej pojemności jamy żołądka i bardzo upośledzonej jego mechanicznej czynności. Zmniejszenie się pojemności jamy żołądka stwierdzić można przedmiotowo zgłębnikiem i wodą.

W leczeniu na pierwszy plan wysuwa się całkowite wycięcie żołądka, — co autor omawia szeroko w drugiej części. Operacya taka jest możliwa: dowodzą tego dawne doświadczenia Czernego i jego uczniów i nowsze próby na ludziach. W każdym razie jest to zabieg bardzo ciężki i wyjątkowo tylko technicznie wykonalny. Więc też najczęściej przyjdzie nam w takich przypadkach poprzestać na operacyi objawowej drugorzędnej, tj. na jejunostomii. O tem traktuje autor w ostatniej części. Metod operacyjnych jest nader wiele. Ująć je można w 3 typy: 1) Sarmaya najzwyklejsza jejunostomia boczna; 2) v. Eiselsberg-Kadera — boczna jejunostomia z przetoką domykającą się; 3) Alberta — jejunostomia z anastomozą między ramieniem do- i odprowadzającem i 4) Maydla — jejunostomia terminalna (t. j. przecięcie poprzeczne jelita, wszycie odcinka odprowadzającego w powłoki, a wszczepienie doprowadzającego w poprzedni). Tę ostatnią metodę uważa Č. za najodpowiedniejszą. Bezwzględne liczby statystyczne wykazują po tej operacyi znaczną śmiertelność, lecz biorąc wzgląd na jakość przypadków i przyczynę śmierci, oblicza Č. bezpośrednią śmiertelność na 32·8%. Śmiertelność ta jeszcze się zmniejszy, gdyż wskazania do tej operacyi w ostatnich czasach znacznie się rozszerzyły.

Herman.

Dr. B. Finkelstein. **Przyczynki do sprawy gruźlicy gruczołów chłonnych.** (*Archiv Langenbecka* 65/2, 1901). Na podstawie 456 przypadków gruczolaków zolzowych, przeważnie na szyi usadowionych, spostrzeganych zaś i leczonych w szpitalu Obuchowa, autor wyraża się bardzo niezachęcająco o leczeniu wewnętrznem tego cierpienia. Jedynie po miejscowem zastosowaniu gorących okładów widział niekiedy zmniejszanie się guza. Pod koniec zestawia autor pewne, zresztą znane wskazówki techniki operacyjnej.

Herman.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dr. W. Meitner. **Przyczynek do wartości alboferyny w złem odżywianiu.** (*Aerztliche Monatshefte* Nr. 11, 1901). Jak ze stanowiska teoretycznego na podstawie składu chemicznego należało przypuszczać, alboferyna, która zawiera 90·14% białka związanego z Fe i P. będzie bardzo skuteczną w chorobach, połączonych z upadkiem odżywienia; rzeczywiście praktyka potwierdziła wartość tego przetworu. Prawie zupełna wessalność, zupełny brak szkodliwych objawów ubocznych ze strony żołądka i jelit czynią ten przetwór cennym. Autor przytacza historye chorób, w których dobry skutek leczenia osiągnął tam, gdzie inne środki odżywcze zawodziły. W końcu podaje M. kilka wskazówek co do sposobu podawania alboferyny.

Dr. Flis.

Dr. F. Winkler. **Przyczynek do stosowania epikaryny.** (*Monatshefte f. prakt. Dermatol.* Nr. 8, 1901). Wychwalana przez Kaposiego własność przeciwświądowa i przeciwpasorzytnicza epikaryny (*Wiener med. Wochenschrift* Nr. 6, 1900) zapewnia jej miejsce w leczeniu świerzbu, liszaja wyłysiającego i świerzbiączki. Autor podaje jeszcze dwa wskazania dla stosowania epikaryny. W łojotoku skóry na głowie i następowem wypadaniu włosów poleca on ten lek w rozczynie wyskokowym: *Rp. Epicarini 5·0, Aeth. sulf 15·0, Spir. vin. gall. 80·0*, i każe po ostrzyżeniu włosów nacierać skórę na głowie raz codziennie. Nie potrzeba przytem głowy zmywać wyskokiem mydlanym; wystarczy nakropić bezpośrednio na skórę kilka kropel rozczynu epikaryny i rozcierać go palcami.

Drugie wskazanie dla stosowania epikaryny jest odmrożenie; łagodzi ona swędzenie i ma wpływ na naczynia skórne. Winkler zapisuje zwykle w tym celu maść z kazeiną: *Rp. Epicar. 3·00, Sapon. virid. kalin. 0·50, ung. caseini ad 30·00 Mf. ug.* Maść codziennie zmywa się ciepłą wodą i po wysuszeniu dokładnem skóry smaruje się nową. Już pierwszego dnia ustępuje swędzenie i palenie, oraz ból przy ucisku. Zaczerwienienie znika, a owrzodzenia goją się szybko.

Wreszcie nadmienia autor, że udało mu się i w liszaju czerwonym płaskim zapomocą okładów z wyskokiem epikarynowym i wcierania maści epikarynowej zupełnie usunąć swędzenie.

Dr. Flis.

† HUGO ZIEMSSEN.

D. 20 stycznia b. r. zakończył życie w Monachium Hugo Ziemssen, jeden z najzasłużeńszych klinicystów XIX wieku. Śmierć przecięła żywot człowieka, którego długoletniej karyerze naukowej i nauczycielskiej stale towarzyszyło zadowolnienie wewnętrzne, idące w parze z zaszczytami zewnętrznymi. Nie wielu uczonych potrafi się poszczycić takiem powodzeniem twórczych zamiarów jak Ziemssen, którego niezmordowana żądza działania znalazła zawsze wdzięczną i szeroką arenę.

Hugo Ziemssen przyszedł na świat 13 grudnia 1829 r. w Gryfii; był synem wyższego urzędnika pruskiego, który pochodził ze Szwecyi. Od lat wczesnych żywił żądzę poznania praw przyrody i ta okoliczność później wpłynęła na jego postanowienie poświęcenia się wiedzy lekarskiej. Studya medyczne rozpoczął w Gryfii r. 1848; po roku przeniósł się do Berlina, gdzie kształcił się pod kierunkiem Schlemma i Joh. Müllera, w ustawicznem zetknięciu

z Virchowem, Schererem i Scanzonim; od tych mistrzów nabył umiejętności stosowania do medycyny przyrodniczej metody badania, gdyż były to czasy przełomowe, w których ścierały się systemy filozofii naturalnej Schellinga, Brownianizmu i witalizmu z nowymi wpływami szkoły naturalistycznej. W r. 1854 złożył egzamin lekarski i napisał rozprawę promocyjną p. t. „Hospitalbrand.“ Od r. 1855 do 1861 był asystentem F. Niemeyera.

Pierwsze laury na polu medycyny klinicznej zdobył rozprawą p. t. „Pleuritis und Pneumonie im Kindesalter.“ Po tej pracy nastąpił liczny szereg monografij, świadczących o wszechstronności Ziemssena, a dzieło „Die Elektricität in der Medicin“ w licznych wydaniach. Od r. 1863 do 1874 wykładał w Erlandze i tu w r. 1866 założył „Deutsches Archiv für klinische Medicin,“ którego wyszło 69 tomów; z rozwojem tego wydawnictwa rosła światowa sława jego założyciela i najpłodniejszego współpracownika. W sześćdziesiątych latach z. w. wydał swój znakomity podręcznik „Handbuch der Pathologie und Therapie innerer Krankheiten,“ w którym wspólnie z Zenkerem opracował choroby krtani i połyku, a samoistnie rozdział o pląsawicy oraz fizyologię skóry. W r. 1870 oddał swoją wiedzę i siły na usługi ojczyzny i kierował oddziałem szpitalnym w Metzu. Od roku 1874 do śmierci był kierownikiem 1-szej kliniki lekarskiej i dyrektorem szpitala w Monachium, gdzie przeprowadził reformę klinicznego nauczania — i wyprzedzając spółczesnych, położył główny nacisk na praktyczne wykształcenie lekarzy.

Wspólnie z Pettenkoferem wydał „Handbuch der Hygiene“. Ziemssen ogłosił 87 prac, z których przytaczamy tylko najważniejsze: „Neuralgie und Neuritis bei Diabetes;“ „Cholera und ihre Behandlung“; „Aetiologie der Tuberculose“; „Syphilis des Nervensystems“; „Lähmungen von Gehirnnerven“; „Studien über die normalen Bewegungsvorgänge am menschlichen Herzen“; „Pulsus differens und seine Bedeutung“; „Stimmbandlähmungen“; „Zur Technik der Localbehandlung des Magens“; „Behandlung des Morbus Brightii“; „Die Neurasthenie und ihre Behandlung“; „Therapie der Tuberculose“; „Behandlung der acuten Infectionskrankheiten“; „Ernährungstherapie bei Nierenkrankheiten“; „Ueber den medicinisch-klinischen Unterricht“; „Dämonenglaube und Wissenschaft“ i t. d. Prócz prac ściśle klinicznych ogłosił Ziemssen wielką liczbę rozpraw z dziedziny higieny, statystyki, medycyny publicznej i t. d.

Życie Ziemssena, to długi łańcuch systematycznej i owocnej pracy. Znał wszystkie luki i braki wielkich tajemnic życia, zdrowia i choroby i cały żywot poświęcił, by rzucić światło na te sfinksowe zagadnienia bytu. Dzieła geniuszu i płody pracy Ziemssena przekażą jego imię wiecznej pamięci i niewygasłej wdzięczności. *A. K.*

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1898.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

VI. Parowe przyrządy desinfekcyjne.

Było ich w Galicyi z końcem r. 1898 stałych i ruchomych razem 187, t. j. o 11 więcej, niż w roku ubiegłym; najwięcej przyrządów, t. j. 71 było własnością sądów 40 własnością gmin, po 14 własnością szpitali i zarządów kolejowych i t. d. Nie podobna się jednak opędzić myśli, że i w tym roku możnaby powtórzyć ze Sprawozdaniem zeszłorocznem, „że ogólną wadą tych przyrządów jest, iż tylko wyjątkowo posiadają odpowiednio wyćwiczoną posługę, bardzo często nie są używane, a niektóre wskutek nieodpowiedniego pomieszczenia są uszkodzone i nieużyteczne“. Czy w r. 1898 zaszły pod tym względem zmiany na lepsze? nie wiadomo.

Publiczna ochrona zdrowia.

1. *Asanacya.*

Dział ten Sprawozdania wprowadzono, jak powiedzieliśmy wyżej, — dopiero od roku 1897. Byłoby więc bardzo pożądanem, aby wprowadzając go, zrobić naprzód niejako inwentarz tego, co na polu asanacyi kraju do r. 1897 już w poprzednich latach zrobiono; a więc należałoby wyszczególnić, które miasta, względnie gminy, miały już wodociągi, kanalizacyę i t. p. i jakie? Zaś od r. 1897 należało dopiero notować zmiany, które w ciągu każdego roku sprawozdawczego zaszły. Tymczasem tak w Sprawozdaniu za r. 1897, jak i za r. 1898, znajdujemy tylko zaszłe zmiany i ulepszenia. Wobec tego brak nam jasnego obrazu stanu asanacyi w Galicyi, bez którego też i ocena postępu na tem polu jest nadzwyczaj trudna.

Musimy więc ograniczyć się do tego, co w Sprawozdaniu z r. 1898 znajdujemy. A mianowicie co do zaopatrzenia w wodę: zawiadomienie o rozpoczęciu budowy wodociągu we Lwowie, Krakowie i Białej i ulepszenie już istniejących w Bochni, Czchowie, Bieczu i Przemyślanach, urządzenie 603 studni w 28 powiatach — i ulepszenie 321 dawnych studni.

Ciekawy jest następujący ustęp: „W jednym powiecie wydało c. k. Starostwo w r. 1897 zarządzenie, aby w 11 gminach zaprowadzono studnie wiercone z pompami, ponieważ w tych gminach pojawiały się często epidemie duru, tyfusu brzusznego i dysenteryi. Wskutek wniesionego rekursu, w którym wykazano, że wszystkie te gminy mają dostateczną ilość wody studziennej (ale czy dobrej?) musiało Namiestnictwo uchylić zarządzenie Starostwa, ponieważ nie udowodniono, aby woda w istniejących studniach była zdrowiu szkodliwa. Jeżeli zaś poszczególne studnie zawierały wodę pod względem higienicznym nieodpowiednią, należało tylko te studnie zakwestyonować i stosownie do wyniku badania, zarządzić oczyszczenie, pogłębienie odpowiednie, należyte zaopatrzenie w pompę i t. p.; w każdym razie sumaryczne zamknięcie wszystkich studni w 11 miejscowościach nie było uzasadnione“.

Ani myślimy, nie znając bliższych szczegółów, wchodzić w ocenę kroków starostwa lub namiestnictwa; zaznaczamy tylko odniesione wrażenie, a mianowicie, że jeśli może starostwo, będące w miejscu, znające więc stosunki miejscowe, a widzące, że „w tych gminach pojawiały się często epidemie tyfusu brzusznego i dysenteryi“, zawiniło o tyle, że nie dostarczyło dowodu „aby woda w istniejących studniach była zdrowiu szkodliwą“, na co trzeba było szeregu rozbiorów wody z każdej studni, a wiadomo ile to wymaga czasu i że często jeden rzut oka wystarcza, by się przekonać o zanieczyszczeniu studni, to w każdym razie „uchylenie zarządzeń starostwa przez namiestnictwo“ nie zmniejszyło niebezpieczeństwa epidemii, a z pewnością przyczyniło się do osłabienia zarówno powagi władzy miejscowej jak też do stępienia energii władzy. Zdaje nam się, że władze centralne winny raczej popierać i pobudzać energię lekarzy urzędowych, zasłaniać ich przed niechęcią i niedbalstwem czynników miejscowych, a nie utrudniać ich stanowiska. Nie mówimy tego wyłącznie *ad vocem* powyższego faktu. Ale mieliśmy parokrotnie sposobność słyszeć i czytać żale lekarzy powiatowych, a zwłaszcza okręgowych, na samowolę, opór i niedbalstwo gmin (najczęściej wójtów), przeciw którym walcząc, nie znajdują dość często skutecznego poparcia ze strony władz wyższych.

Przepraszając za małe zboczenie od tekstu, powracamy znowu do dalszej części „asanacyi“.

Kanałów betonowych do usuwania nieczystości wybudowano we Lwowie w 1898 r. 4755 mtr. i zasklepiono

Pełtew: w Krakowie 5388 mtr., w Gorlicach 442 mtr., w Łańcucie 145, w N. Sączu 215, w Przemyślu 800, w Przemyślanach 150 mtr. i prowadzono dalej kanalizacyę Podgórza. W Białej już prawie każdy dom ma betonowy dół kloaczny; w 1898 roku urządzono ich jeszcze 100, w Limanowej 14, w Gorlicach i Żółkwi sprawiono przyrządy pneumatyczne do czyszczenia dołów kloacznych.

W powiecie krakowskim usunięto około 400 gnojowisk z bezpośredniego pobliża mieszkań (a w innych powiatach?). Następuje wyliczenie ilości metrów kwadr. nowych bruków w różnych miastach, jak również wyszutrowanie placów i ulic, a wreszcie wyliczenie prac wykonanych w r. 1898 celem osuszenia bagien i regulacyi rzek i potoków.

2. Pokarmy, używki i napoje.

Tylko miasta Lwów i Kraków posiadają własne pracownie chemiczne do badania środków spożywczych, służące głównie do celów targowych. Do tych dwóch pracowni przybył w grudniu r. 1897 w Krakowie pierwszy państwowy zakład do badania środków spożywczych, z którego czynności w r. 1898 sprawozdanie podaje pewną ilość dat. Oczywiście w pierwszym roku czynności Zakładu były mniej liczne, gdyż nie wiele przysyłano próbek do zbadania a z 47 powiatów nawet żadnej.

Z przysłanych zaś próbek zakwestyonowano najwięcej napojów wyskokowych, herbat, mąki i wód studziennych. W dalszym ciągu znajdujemy zarządzenia władz: jużto autonomicznych, jużto rządowych, dotyczących konfiskat złych pokarmów, pożywek i napojów, względnie wymiaru kar za ich sprzedaż. Nowe rzeźnie powstały w ośmiu miasteczkach Galicyi, a we Lwowie rozpoczęto budowę nowej.

W rzeźniach stwierdzono perlicę u 1403 sztuk bydła, z tych zniszczono jednak tylko 153 sztuk, resztę dopuszczono do sprzedaży.

3. Higiena budowy i mieszkań.

Lwów i Kraków mają osobne swe ustawy budowlane; prócz tego mamy w Galicyi ustawę dla 29 miast większych (z r. 1882) i dla 131 mniejszych (z r. 1889). Wszystkie one już wymagają rewizyi. Lwów i Kraków czynią do niej przygotowania. Projekt zaś ustawy budowlanej dla wsi i miasteczek, przedłożony w r. 1897 po raz piąty sejmowi, nie doczekał się i w r. 1898 uchwalenia.

Głównymi brakami, które jeszcze zeszłoroczne sprawozdanie podniosło, było przepełnienie małych mieszkań w miastach, a jeszcze znaczniejsze po wsiach. — w miasteczkach zaś brak wychodków przy domach, wskutek czego place i ulice bywają zanieczyszczone; znajdują się bowiem i takie miasteczka, w których $^3/_4$ domów nie miały wychodków (w r. 1897).

Przy niektórych fabrykach i kopalniach prywatnych brak pomieszkań dla robotników, pomieszczonych jak najgorzej (Sanok, Borysław, Schodnica). Jest też w r. 1898 nieco lepszych wiadomości, zwłaszcza z Krakowa i Lwowa, które zabudowują się coraz higieniczniej. W Przemyślu zburzono około 60 starych domów dla celów asanacyjnych. A i po wsiach, zwłaszcza w Galicyi zachodniej, znać postęp w budowie domów, w którym przodują przykładem wieśniacy powracający z Ameryki.

Rozdziały 4. (Zakłady przemysłowe) i 5. (Handel środkami leczniczymi i truciznami), zawierające po kilkanaście wierszy, pomijamy, jako mało treścią swą ważne.

(C. d. n.)

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 6 lutego.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem wygłoszono następujące odczyty: kol. doc. L. Korczyński: »O przemianie materyi u chorych na rozmiękczenie kości«; kol. dr. Bier: »O organizacyi desinfekcyi w większych miastach«.

(—) W październiku r. z. wykazał słynny Giard w paryskiem Towarzystwie biologicznem, że jedno z najciekawszych i najważniejszych zjawisk biologicznych, t. j. możliwość sztucznego zapłodnienia i dalszego rozwoju cząstek jaja, wykrył doświadczalnie u morszczynów i ogłosił pierwszy prof. Rostafiński z Krakowa jeszcze w r. 1877. Ta niezmiernie doniosła praca wyszła po polsku w publikacyach krakowskiej Akademii Umiejętności.

Otóż to wystąpienie Giarda dało pochop Rudolfowi Fickowi, nadzw. profesorowi anatomii w Lipsku, do następujących wywodów, ogłoszonych w Nr. 18 Tomu XX »Anatomischer Anzeiger« z d. 11 sierpnia b. r na str. 462 i 463.

Przeoczenie pracy, ogłoszonej po polsku, jest zdaniem Ficka dowodem, że chybia celu ogłaszanie prac w języku, nie będącym jednym z czterech przyjętych w nauce (niemiecki, angielski, francuski i włoski). Ideałem byłby jeden wspólny język, jak dawniej był nim łaciński; o wskrzeszeniu jednak zwyczaju ogłaszania prac naukowych w tym języku niema, zdaniem Ficka, co i marzyć, podobnie jak nie udałoby się dzisiaj wprowadzić sztucznych języków: »volapük«, »lingua«, »nov latin« i t. p.

Wobec tego, aby zapobiedz rozpraszaniu się działalności naukowej należałoby, zdaniem Ficka, uznając zresztą w całej pełni dążenia kulturalne wszelkich narodów, żądać, aby one »porzuciwszy narodową próżność na neutralnym gruncie nauki«, ogłaszały prace naukowe lub przynajmniej najważniejsze ich wyniki w jednym z tych czterech języków, »w których w zeszłem stuleciu ukazały się najważniejsze prace i które są językami przodowników nauki«. Żądanie to, zdaniem Ficka, nie powinno natrafić na trudności, bo każdy uczony włada przynajmniej jednym z owych czterech języków, a wielu badaczy, należących do szczepów germańskiego, słowiańskiego i innych już teraz w ten sposób prace swe ogłasza »z korzyścią dla nauki — i dla siebie«.

Dlatego uważa Fick za »wielki i ze stanowiska potrzeb nauki wszechświatowej pożałowania godny błąd, że czasopisma sprawozdawcze starają się obecnie o własnych sprawozdawców z piśmiennictwa polskiego, skandynawskiego, hiszpańskiego i t. d., ponieważ przez to odwodzi się uczonych tych narodowości od chwalebnego zwyczaju ogłaszania prac w jednym z dawna przyjętych języków naukowych »Do czegóż to prowadzi?« — pyta Fick. »Wszyscy mają tu równe prawa: gdzież leży granica? Równie słusznie czy niesłusznie mogą teraz żądać Bułgarzy, Chińczycy, Hindusowie, Japończycy, Kroaci, Węgrzy, Persowie, Rosyanie, Rusini, Serbowie, Słoweńcy, Czesi i inne, naukowo także pracujące narody, aby wielki ogół naukowy »»uwzględnił«« rzeczy, ogłoszone w tych językach. Przypuściwszy nawet, że teoretycznie rzecz biorąc, mogłyby czasopisma sprawozdawcze znaleźć sprawozdawców dla wszystkich tych języków (pod względem praktycznym natrafiłoby to na słuszny opór wydawców i nakładców), to dla nauki byłoby to niedostateczne, bo najlepsze sprawozdanie nie zastąpi pracy oryginalnej«.

»Pozwólmy więc owym narodom« — kończy Fick — »niech sobie zakładają osobne narodowe »»Akademie Umiejętności«« i wszechnice (jeżeli członkowie tych narodów mają na to środki!), ale żądajmy stanowczo, aby ci autorowie, którzy w nauce wszechświatowej chcą mieć prawo głosu, ogłaszali prace swoje także w jednym z tych języków, którymi dotychczas głównie posługiwano się w nauce! I zdaniem mojem — dodaje Fick — »posiadają czasopisma sprawozdawcze środek, aby żądanie to wywarło skutek, jeżeli będą umieszczać sprawozdania z tych tylko prac, które ukazały się w językach niemieckim, angielskim, francuskim lub włoskim. Jest to nietylko prawem, ale i obowiązkiem owych czasopism, aby położyć kres »»wieży Babel«« w nauce«.

Wywody te wydrukowało czasopismo, będące urzędowym organem niemieckiego Towarzystwa anatomicznego, którego przewodniczący niedawno z chlubą stwierdzał, iż Towarzystwo to jest naprawdę międzynarodowe, jednoczące uczonych wszystkich ludów i języków.

Zresztą wywody prof. Rudolfa Ficka nie potrzebują komentarzy.

* Ze sprawozdania z ostatniego »Zjazdu Pirogowskiego« w Moskwie, które ogłosił Dr. Sawaniewski w Nrze 3. »Kraju«, dowiadujemy się, że wniosek prof. Otta, poparty przez liczne grono uczonych rosyjskich, ażeby lekarze słowiańscy mogli mieć prawa członków zwyczajnych na tych Zjazdach, nie uzyskał poparcia i upadł.

* D. 3 b. m. odbył się wykład habilitacyjny dr. Emila Godlewskiego na temat: »Nowsze zapatrywania na regeneracyę«.

* Minister oświaty zatwierdził uchwałę kolegium profesorów Wydziału lekarskiego Uniw. lwowskiego, dopuszczającą do wykładów w charakterze docentów: dr. J. Marischlera z zakresu chorób wewnętrznych i dr. A. Szulisławskiego — z okulistyki

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymał Michał Leinkram.

* Wobec grasującej epidemii ospy w Anglii, południowej Francyi i sąsiednich Włoszech zaleciło austryackie ministeryum spraw wewnętrznych, obok czuwania nad stanem zdrowia przybywających z wymienionych krajów, ścisłe przeprowadzenie ochronnego szczepienia przeciw ospie, jakoteż rewakcynacyę.

* Na zjeździe balneologów austryackich, który odbędzie się w Wiedniu od 20 do 23 marca, referować będą: Kolisch i Strasser o cukrzycy; Wick i Bum o przewlekłym gośćcu stawowym. Sekretarzem Zjazdu jest doc. Ullmann.

* Od 15 do 28 stycznia stwierdzono ospę w Galicyi w powiecie Gorlickim (1 gmina) i turczańskim (1 gm.). W tymże czasie doniesiono władzy o durze osutkowym po jednym przypadku w Krakowie i Lwowie, oraz w powiatach: bohorodczańskim (1 gm.). brodzkim (2 gm.), brzeżańskim (1 gm.), buczackim (1 gm.), dąbrowskim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.), kałuskim (1 gm.). kamioneckim (1 gm.), kołomyjskim (1 gm.), nadworniańskim (7 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (2 gm.), stanisławowskim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.), żółkiewskim (1 gm.), żydaczowskim (2 gm.).

Ogólna liczba chorych na dur osutkowy w wyżej wymienionych powiatach i gminach wynosi 128.

* *Kol. dr. Gertler przysyła nam następujące* uzupełnienie *swego artykułu, umieszczonego w N. 5 Przegl. lekarskiego:*

Na stronicy 67, w uwadze, na samym dole, pod*) ma być: »rzeczona firma wyrabia proszek w sposób następujący: 100 części miazki torfowej ciemnej miesza się z 15 częściami siarkanu miedziowego w zgęszczonym rozczynie wodnym. Przetwór tak otrzymany wysusza się, a następnie w maszynie dobrze i dokładnie uszczelnionej dodaje się do niego 2% formaliny i taką ilość goździków tartych lub olejku goździkowego, aby zrównoważyć zapach formaliny.

Mięszankę tę miesza się pod ciśnieniem kilku atmosfer przez 1 godzinę.

Mianowania i odznaczenia. Profesorem psychiatryi w Budapeszcie mian. został dr E. Moravcsik. Dr. Havas został mian. nadzw. profesorem dermatologii w Peszcie. Prof. Liebermann mian. został na katedrę higieny w Peszcie, w miejsce prof. Fodora.

Nekrologia. Dr. Alojzy Roth, emeryt. lekarz powiatowy, zmarł w Bochni. Dr. Jan Barusiewicz, lekarz okregowy, zmarł d. 1 b. m. w Mrzygłodzie. Dr. Ed. Cramer. prof. higieny. zmarł w Akwisgranie Dr. Garibaldi, prof chirurg. anatomii, zmarł w Genui Dr. Al. Kożewnikow. prof. chorób nerwowych i umysłowych, zmarł w Moskwie

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 5. Dłuski: W sprawie trawienia u suchotników. Goldflam: Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem, wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (Dr. E. Flatau), (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 1. Idźkowski: Mały szpital ludowy. Zienkiewicz: Działalność lekarska w obwodzie ciechanowskim. S. Sterling: O działaniu namocznem teobrominy. Rząd: Informacya w sprawie babek wiejskich.

— *Gazeta lekarska* Nr. 5 Flaum: Chemia fizykalna w medycynie. Idzikowski: O znieczulaniu w szpitalu ludowym.

— *Przegląd dentystyczny* N. 12. Krakowski: O wyjmowaniu zębów u ciężarnych.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 5. Novy: Primarni rakovina vejcovodu. Výmola: Příspěvek ku therapii akutnich zánětův ušnich. (dokończenie).

— *Lekařské rozhledy* Nr. 1. Malhon: Připad pseudohermaphroditismu kombinovaného s uskřinutou kýlou. Zachradnický: Příspěvek ku konservativnimu léčeni rozsahlých poraněni končetin. Prettner: O experimentalni tuberkulose a jejim lečeni.

— *La Presse médicale* Nr. 8. Carnot: O zapaleniu płuc. Sicard: Chromodyagnostyka cieczy mózgowo-rdzeniowej — Nr. 9: Labbé i Bertin: Oddziaływanie gruczołów w wieku dziecięcym.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 5. Mohr: O zmianach we krwi przy zatruciu przetworami benzolu. Aronsohn: Istota gorączki. Brandenburg: O zasadowości i stopniu alkaliczności krwi w stanach chorobowych. Westphal: Przypadek polineurytycznej psychozy Korsakowa z szczególnem zachowaniem się odruchów ścięgnistych. Suchier: Częściowe niezupełne porażenie n. sprychowego. Wiesinger: Przypadek przedziurawienia żołądka z następowem ogólnem zapaleniem otrzewnej. Operacya czwartego dnia od początku choroby. Wyzdrowienie.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 4. Schwarz: Sto przypadków znieczulenia rdzeniowego tropokokainą. Rosenbach: O osłuchiwaniu narządów oddechowych, oraz uwagi nad patologią gruźlicy płucnej. Mendel: Grasica a krzywica. Bruno: O chorobie Addisona. Gebele: O naczyniakach i ich związku z rakiem. Vogl. Hidroterapia umiejętna a »leczenie wodą«.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 5. Prochnik: Rak a zakażenie zimnicze. Kraus i Ludwig: O bakteryohemaglutyninie i antyhemaglutyninie. Moro: O nowym odczynie kobiecego mleka. Grosz: O zrogowaceniu czerniacem *(Keratosis nigricans)*. Wiczkowski: Tętniak pnia tętnicy płucnej, wielokrotne tętniaki rozgałęzień tejże tętnicy i przewód Botalla otwarty. (Część kliniczna).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 4. Helbron. O oderwaniu siatkówki w zapaleniu nerek u ciężarnej. Mendel: Rokowanie przy operacyi jaskry Edel: O godnem uwagi pokuszeniu do samookaleczenia się Weicker: O wzajemnym stosunku leczenia gruźlicy w sanatoryach i tuberkuliną. Riegel: Przyczynek do symptomatologii i terapii przewlekłego rozdęcia płuc (Nerwica n. błędnego).

Redakcya otrzymała. W. Jaworski: Heilwässer und Heilwassertrinkstätten. Jessner: Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung. Bollenstern: Die nicht operative Behandlung der bösartigen Geschwülste.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 12 lutego, o godzinie 6-tej wieczorem. *w sali wykładowej prof. Szajnochy*, posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. prof. Rosner mówić będzie: „O ciąży bliźniaczej monochorialnej“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 15 Lutego 1902. Nr. 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Siedlisko znużenia.

Badania doświadczalne, wykonane w pracowni psychologicznej Uniwersytetu Brukselskiego.

Przez

Dra med. Józefę Joteyko

laureatkę Paryzkiej Akademii nauk, sekundaryusza pracowni

ROZDZIAŁ I. WSTĘP.

Badania nad znużeniem fizycznem, dokonane na człowieku, datują, jak wiadomo, dopiero od r. 1890, czyli od chwili ogłoszenia jednocześnie w języku niemieckim *(Dubois-Reymond's Archiv.)* i włoskim *(Archives italiennes de Biologie)* sławnej rozprawy A. Mossa o znużeniu mięśni, mierzonem za pomocą specyalnego przyrządu, zwanego ergografem. Wkrótce potem pojawiła się w druku popularna książeczka włoskiego fizyologa o znużeniu, która odrazu zyskała sobie niezmierny rozgłos i powodzenie i została przełożoną prawie na wszystkie języki europejskie [1].

Są to wszystko rzeczy powszechnie znane, a w obecnej rozprawie nie mam bynajmniej zamiaru wracać do prac Mossa i jego szkoły [2]; pragnę natomiast zapoznać czytelnika z wynikami badań najnowszej doby i naszkicować nowe kierunki, jakie zarysowały się w poszukiwaniach nad znużeniem. Owo studyum psycho-fizyologiczne zawierać będzie obok działu krytycznego dział doświadczalny, w którym podam wyniki mych własnych badań na tem polu.

Ponieważ wszystkie te prace zostały wykonane za pomocą ergografu Mossa, należałoby rozpocząć od opisu tego przyrządu. Sądzę jednak, iż zbytecznem byłoby wchodzić w szczegóły techniczne; wystarczy zaznaczyć wyższość ergografu nad dawniej używanym siłomierzem (dynamometrem), który nie dostarcza ścisłych wskazówek przy badaniu znużenia, z powodu znacznej liczby kurczących się mięśni, w czasie gdy dynamometr ściskamy w pięści. Nie wiemy przeto, jaka siła przypada w udziale każdemu mięśniowi pojedynczemu i mamy wszelkie prawo przypuszczać, że gdy jedna grupa mięśni się nuży, inna grupa przychodzi jej z pomocą. Badania nad znużeniem u człowieka weszły na tory ściśle naukowe dopiero od czasu wynalezienia przez Mossa przyrządu, zwanego ergografem, który podobnie jak myograf służy do oznaczenia graficznego skurczów mięśniowych. Łatwo pojąć, że myograf może być użyty tylko do doświadczeń na zwierzętach [3]), którym po zniszczeniu ośrodków nerwowych lub po uśpieniu środkami znieczulającymi, oddzielamy mięśnie i nerwy od innych tkanek. Otóż zasada ergografu polega na tem, że bez żadnego szwanku dla zdrowia może być użyty do doświadczeń trzeci palec u ręki. Do palca, jak wiadomo, dochodzą ścięgna dwóch mięśni zginaczy, które kurczą się przy zginaniu palca bez współudziału pracy innych mięśni ustroju; jednak udział mięśni międzykostnych jest dość znaczny, jak to już zaznaczył Mosso, a ostatniemi czasy dowiódł Müller. Ręka i przed ramię osoby, poddanej doświadczeniu, zostają przytwierdzone do deszczułki za pomocą pasów lub innych jakich więzów; palec drugi i czwarty zostają wprowadzone do metalowych rurek i unieruchomione, a tylko trzeci palec może się poruszać dowolnie według pewnego rytmu, wybijanego na metronomie. Do końca trzeciego palca przytwierdzony jest sznurek, zakończony ciężarkiem; przeto za każdym skurczem trzeciego palca ciężar zostaje podniesionym do pewnej wysokości, a ruch ten strzałka (przytwierdzona do ruchomej części ergografu) wiernie zapisze na obracającym się zaczernionym walcu. Ze względu na znaczną siłę skurczów u człowieka wszelkie powiększenie sztuczne linij zapisywanych na walcu jest zbyteczne, możemy przeto natychmiastowo obliczyć ilość pracy mechanicznej, dokonanej podczas doświadczenia. Wystarczy pomnożyć wysokość wszystkich skurczów razem wziętych przez ciężar dźwigany, a otrzymamy pracę oznaczoną w kilogramometrach. Przy skurczach dowolnych należy zginać palce z *maximum* rozporządzalnej siły; ciężar dźwigany wynosi 2 do 6 kg. (najczęściej 3 do 4), a skurcze powtarzają się co dwie sekundy. Krzywą znużenia nazwał Mosso linię łączącą w wyobraźni wierzchołki wszystkich skurczów, zapisanych na walcu w postaci linij pionowych, obniżających się wciąż pod wpływem znużenia aż do zera.

Nie będę wchodzić w szczegóły, odnoszące się do właściwości indywidualnych ergogramów, które aczkolwiek wielce ciekawe zbyt daleko odsunęłyby nas od przedmiotu. Pomijam również milczeniem prace, dokonane przez Mossa i jego szkołę, a także w Niemczech, nad rozmaitymi wpływami (jak n. p. temperatura, znużenie umysłowe, ilość i jakość pokarmów i t. d.), działającymi na siłę mięśniową i na ilość pracy mechanicznej. Z tych wszystkich badań wspomnę tylko o tak nazwanem przez Mossa „prawie wyczerpania“, które polega na tem, że znużenie nie wzrasta proporcyonalnie do pracy wykonanej, lecz wzrasta szybciej od pracy. Praca, jakiej dostarczają mięśnie już znużone, działa w sposób bardziej wyczerpujący od pracy, dokonanej w warunkach prawidłowych. Stwierdzenie tego prawa znajduje Mosso w następującem doświadczeniu: przypuśćmy, że u danego osobnika 30 skurczów wystarcza do zupełnego wyczerpania mięśnia; w tych warunkach dwie godziny spo-

[1]) Patrz: polski przekład Dra Flauma.

[2]) Przegląd tych prac znajdzie czytelnik w mej rozprawie: *„Metoda graficzna, zastosowana do badań nad znużeniem mięśniowem“ (Wszechświat 1899, n. 46, 47 i 48.)*

[3]) Nie wspominam tu o myografach, zastosowanych do badania pobudliwości mięśni u człowieka bez wykonania pracy mechanicznej (bez podniesienia ciężarka).

czynku okażą się niezbędnemi dla ustąpienia znużenia. Gdyby jednak dany osobnik dostarczył tylko 15 skurczów. to już po upływie pół godziny spoczynku siła byłaby odzyskaną. A jeśli obliczymy ilość pracy mechanicznej, dostarczonej w ciągu dnia w obu przypadkach, dojdziemy łatwo do wniosku, że wytwórczość będzie znacznie większą, jeżeli nie będziemy posuwać pracy do zupełnego wyczerpania. Ustrój nie może być porównany do lokomotywy, — wyraża się w obrazowy sposób Mosso, — spalającej jednakową ilość węgla na każdy kilometr przebytej drogi, lecz praca, dokonana w stanie znużenia, prowadzi za sobą zgubne następstwa.

Prawo wyczerpania Mossa (nagromadzenie znużenia) posiada wysokie znaczenie w fizyologii; wykazuje ono, że praca mięśnia znużonego różni się zasadniczo od pracy mięśnia wypoczętego i że w mięśniu znużonym, a może i w ośrodkach nerwowych, zachodzą jakieś ważne podczas czynności zmiany. Tym sposobem dochodzimy do samego jądra kwestyi i do jej najbardziej ciekawego punktu: jakie są te zmiany fizyologiczne, które zachodzą podczas znużenia i jaki jest udział mięśni a ośrodków nerwowych w tych zjawiskach? Co do pierwszego pytania, to tyle powiedzieć można, że mamy prawo oczekiwać odpowiedzi ze strony chemii fizyologicznej; lecz zebrane dotychczas spostrzeżenia odnoszą się jedynie do skurczów, wywołanych u zwierząt prądem elektrycznym i tylko daleki posiadają związek ze zjawiskami znużenia u człowieka. Kwestya ta istoty czyli pochodzenia znużenia nie będzie przeto roztrząsaną w niniejszej rozprawie. Natomiast na drugie pytanie, odnoszące się do siedliska znużenia, postaramy się dać odpowiedź.

Specyalny rozdział poświęcimy dyskusyi nad otrzymanymi wynikami; zapoznamy wówczas czytelnika z zapatrywaniem Mossa i innych fizyologów nad siedliskiem znużenia, lecz uczynimy to po opisie naszych własnych doświadczeń w tej dziedzinie. Obecnie należy tylko zaznaczyć jeden ważny punkt: wszystkie prace ergograficzne nad znużeniem, dokonane bądź przez samego Mossa, bądź pod jego kierunkiem lub wpływem, opierają się na wyliczeniach li tylko ilościowych. I tak n. p. badają wpływ ciepłoty, rozmaitych trucizn, alkoholu, pokarmów, napojów, i t. d. na ilość pracy mechanicznej, dokonanej przez danego osobnika. Otóż od lat kilku nowy czynnik wprowadzony został do badań ergograficznych przez Hocha i Kraepelina (1895), oraz przezemnie (1899); jest nim jakość pracy. Dzięki zastosowaniu tych dwóch metod, polegających na obliczeniu z jednej strony ilości pracy, a z drugiej jej jakości, zdołałam wykonać szereg doświadczeń aby znaleźć odpowiedź na pytanie, czy siedlisko znużenia jest ośrodkowe, czy obwodowe.

ROZDZIAŁ II.

O typach czuciowo-ruchowych.

Powszechnie wiadomo, że ośrodki psycho-ruchowe, zarządzające ruchami dowolnymi mięśni, zajmują w każdej półkuli mózgowej ściśle odgraniczone okolice, oraz że istnieje ośrodek specyalny dla ruchu ruchów kończyny górnej i ośrodek specyalny dla kończyny dolnej. Niektórzy nawet przypuszczają, że rozmaite grupy mięśniowe mają swe specyalne ośrodki. Pomimo tego ścisłego anatomicznego odgraniczenia nie wiemy nic zgoła, co się dzieje w ośrodkach psycho-ruchowych podczas znużenia fizycznego. Weźmy jako przykład ruchy, wykonywane na ergografie Mossa, a polegające na szeregu skurczów trzeciego palca w celu wielokrotnego podniesienia ciężarka aż do znużenia. Zapytać można, czy owo wstrzymanie funkcyi, zwane znużeniem, wywołane jest stanem wyczerpania mięśnia, który nie chce słuchać dalej rozkazów, wysyłanych mu nieprzerwanie przez ośrodki nerwowe, czy też może znużone ośrodki nerwowe przestały już wysyłać bodźce ruchowe w stronę mięśnia. Innemi słowy, jakie jest siedlisko znużenia fizycznego, ośrodkowe czy mięśniowe?

W celu roztrzygnięcia tej kwestyi wykonałam cały szereg doświadczeń z wynikami, którymi zamierzam podzielić się w krótkości z czytelnikiem.

Powiedzieliśmy wyżej, że nie posiadamy dotychczas sposobu dla wymierzenia stanu pobudliwości ośrodka nerwowego w chwili, gdy wskutek znużenia odpowiedni ruch ulega wstrzymaniu. Natomiast możliwem się wydaje wymierzenie stanu pobudliwości ośrodków, sąsiadujących z tym, który wykonał pracę; może więc tym sposobem da się wykryć, czy jego stan znużenia lub podniecenia nie udzielił się innym ośrodkom.

Wykonajmy doświadczenie następujące: niech osobnik podlegający doświadczeniu zasiądzie przy stole ergograficznym i niech wykona pewną ilość skurczów trzecim palcem aż do zupełnego wyczerpania. Włóżmy mu wówczas do dłoni siłomierz i zbadajmy stan siły dynamometrycznej. Przekonywamy się, że siła dynamometryczna danego osobnika jest teraz cokolwiek mniejsza po pracy ergograficznej, niż była przed pracą. Czy owo obniżenie się siły dynamometrycznej mamy przypisać znużeniu ośrodków ruchowych? Wniosek ten byłby zbyt pospieszny, gdyż po pracy ergograficznej ręka znajduje się w trochę gorszych warunkach, niż była poprzednio (wskutek tarcia, nacisku, i t. p.) i może tym właśnie wyłącznie lokalnym przyczynom przypisać należy obniżenie się siły.

Dla wykluczenia tego możliwego źródła błędów możemy postąpić w inny cokolwiek sposób. Niech osobnik wykona pracę ergograficzną jedną ręką (n. p. prawą), a gdy nastąpi znużenie, niech ściśnie siłomierz ręką drugą (lewą), a wówczas przekonamy się, czy ruchy wykonane na ergografie aż do znużenia nie wywołały jakich zmian w pobudliwości ośrodków drugiej półkuli mózgowej. Oczywistem jest, że dany osobnik ściska siłomierz lewą ręką i przed pracą ergograficzną, wykonaną ręką prawą. Jeśli praca ergograficzna jednej ręki (prawej) wywołała jakikolwiek wpływ na siłę ciśnienia drugiej ręki (lewej), to jasnem się okazuje, że wpływ ten udzielił się drogą ośrodkową. O przeniesieniu toksyn drogą krążenia nie może być mowy, jeśli wziąć pod uwagę nieznaczną ilość wprawionej w ruch tkanki mieśniowej. (skurcze trzeciego palca).

Doświadczenia moje, wykonane na 20 osobnikach (studentach Uniwersytetu Brukselskiego) wykazały, że istotnie praca ergograficzna jednej ręki wywiera wpływ na siłę ciśnienia (dynamometryczną) drugiej ręki, lecz wpływ ten nie jest jednaki u wszystkich osobników. Biorąc odporność na znużenie jako miarę, można wykazać istnienie dwóch typów ruchowych przeciwnych sobie, oraz typu przejściowego.

1) Osobniki należące do pierwszego typu (typ dynamogeniczny) są najwytrzymalsze na znużenie. Praca ergograficzna nie wywołuje u nich nigdy znużenia ośrodków mózgowych, a nawet wywołuje stale lekkie podniecenie tych ośrodków. Podniecenie ośrodkowe objawia się w ten sposób,

że po pracy ergograficzej ręki prawej siła ciśnienia ręki lewej ulega wzmożeniu. Nawet kilka ergogramów nie jest w stanie wywołać upadku siły ciśnienia. Po kilku minutach spoczynku wzmożona siła ciśnienia ręki lewej wraca do normy.

2) U osobników, należących do drugiego typu (typ inhibicyjny), praca ergograficzna nie wywołuje nigdy wzmożenia siły ciśnienia drugiej ręki; przeciwnie zaraz po pierwszym ergogramie siła ciśnienia ulega spadkowi. Strata wynosi przeciętne 20% pierwotnej siły dynamometrycznej. Owa utrata jednej piątej siły jest oczywiście wynikiem odpowiedniej utraty energii ośrodków nerwowych. Wskutek ruchu na ergografie nastąpiło znużenie ośrodka przewodniczącego ruchowi, a ów stan znużenia udzielił się innym ośrodkom Ten stan depresyi znika po kilku minutach spoczynku.

3) Wreszcie do typu pośredniego zaliczyć się dają osobniki, które po pierwszym ergogramie wykazują podniecenie ośrodkowe; po kilku jednak ergogramach następuje u nich stan wyczerpania[4])

Widzimy z powyższego zestawienia, iż praca ergograficzna połączona jest u niektórych osobników z lekkim stanem znużenia ośrodków ruchowych; u innych przeciwnie nietylko niema śladu znużenia, ale spostrzegać się dają objawy podniecenia. To nam nasuwa wniosek, że ogólnie biorąc, udział ośrodków nerwowych w zjawiskach znużenia fizycznego jest nieznaczny i że znużenie ma przedewszystkiem swe siedlisko w mięśniach. Wstrzymajmy się jednak od kategorycznego sądu zanim przejdziemy do drugiej części tej pracy.

Ośrodki nerwowe wypoczywają prędzej od mięśnia i tak n. p. potrzeba najmniej dziesięciu minut wypoczynku, aby ustąpiło znużenie ergograficzne; czas ten odpowiada wypoczynkowi mięśnia, gdyż ośrodki nerwowe wracają do pierwotnego stanu znacznie prędzej. Istotnie depresya po-ergograficzna, spostrzeżona u niektórych osobników, ustępuje już w 4 do 5 minut wypoczynku. Toż samo da się powiedzieć o objawach podniecenia, stanowiących charakterystykę typu dynamogenicznego. A nawet owo szybkie znikanie następstw dynamogenicznych lub inhibicyjnych pracy ergograficznej i powrót do stanu prawidłowego, jest jednem z najlepszych świadectw, przemawiających za istotnością opisanych przezemnie typów.

Istnienie ich wyda nam się jeszcze bardziej uzasadnionem, jeśli dodam, że udało mi się pochwycić stały związek między objawami ruchowymi a czuciowymi. Z pomiędzy 20 osobników, poddanych doświadczeniu, wybrałam pięciu, wykazujących wybitne zmiany siły po pracy ergograficznej i zbadałam ich wrażliwość czuciową za pomocą estezyometru przed pracą ergograficzną i po tej pracy. Rzecz godna zaznaczenia, osobniki należące do typu dynamogenicznego, czyli wykazujące wzrost siły ciśnienia po pracy ergograficznej, wykazały w tej seryi doświadczeń podniecenie wrażliwości czuciowej po dokonaniu pracy na ergografie. Osobniki zaś należące do typu inhibicyjnego, wykazały zmniejszenie się wrażliwości czuciowej po odbytej pracy ergograficznej.

Te doświadczalne dane pozostają w zgodzie z tem wszystkiem, co wiemy o dynamogenii i inhibicyi. Wiemy, że podrażnienia stosunkowo słabe wywołują wpływ podniecający; podrażnienia nadzwyczaj silne wywołują wstrzymanie ruchu. Lecz nowa strona tych doświadczeń polega na możliwości ustanowienia dwóch typów czuciowo-ruchowych i typu pośredniego, biorąc jako miarę wykonanie pewnej pracy mechanicznej, która stosownie do osobników wywołuje objawy dynamogeniczne, polegające na wzmożeniu się siły mięśniowej i na podnieceniu wrażliwości, bądź objawy inhibicyjne, polegające na zmniejszeniu się siły mięśniowej i wrażliwości ogólnej.

Różnice między dwoma typami czuciowo ruchowymi polegają na zjawiskach, rozgrywających się w ośrodkach nerwowych i znajdujących oddźwięk na obwodzie ciała. Otóż we wszystkich przypadkach i niezależnie od swych objawów ośrodkowych znużenie ergograficzne było zawsze kompletne, aż do zupełnego wyczerpania siły zginaczy trzeciego palca. Czyż nie mamy prawa wyrzec, że owo wyczerpanie siły jest pochodzenia obwodowego?

Chociaż w doświadczeniach tych miałam jedynie na widoku naukową stronę kwestyi, nie mogę jednak zamilczeć, że to stwierdzenie typów czuciowo-ruchowych nie może być obojętnem dla pedagogiki. Istotnie stanowią one probierz wytrzymałości ośrodków czuciowo-ruchowych na znużenie. Otóż wiemy, że znużenie umysłowe daje się w pewnym stopniu wymierzyć stanem znużenia ruchowego. (C. d. n.)

[4]) Oczywiście, warunki pracy ergograficznej są jednakowe dla wszystkich osobników (skurcze co dwie sekundy, ciężar 3—4 kilogr

II. Sprawa dziesięciu miesięcy księżycowych ciąży w świetle historyi.

Przez

Dra Jana Lachsa.

W numerze drugim „Centr. für Gyn.“ omawia B. S. Schultze sprawę „dziesięciu miesięcy księżycowych“, zastanawiając się nad pochodzeniem tego określenia i dochodząc do wniosku, że należy ten termin uznać za niewłaściwy, a jako nieodpowiadający ani prawdzie historycznej, ani rzeczywistemu czasowi trwania ciąży, — gdyż 10 miesięcy księżycowych odpowiada 295 lub 296 dniom, — usunąć z terminologii lekarskiej i wprowadzić natomiast pojęcie ciąży 280 dniowej lub 40-tygodniowej, tak jak on to już oddawna w swoim podręczniku zaleca. Przy uzasadnieniu swojego stanowiska czyni Schultze niektóre spostrzeżenia historyczne, które nas spowodowały do zadania sobie pytania, czy i o ile nasi starożytni przodkowie znali pojęcie dziesięciu miesięcy księżycowych u ciężarnych i w jakim stosunku pozostaje to pojęcie do rzeczywistego czasu trwania ciąży.

Tu napotyka się w pierwszym rzędzie na Hipokratesa, albo raczej na zbiór pism znanych pod nazwą „corpus hippocraticum“, a z tych mają dla poruszonej kwestyi znaczenie następujące trzy: „de septimestri partii“ i „de partu octimestri“, obydwa najprawdopodobniej knidyjskiego pochodzenia, jakoteż „de carnibus“ [1]), które jak Haeser [2]) twierdzi, pochodzi z czasów poarystotelesowych.

Podobnie jak w całej patologii Hipokratesa, tak i w nauce jego o ciąży odgrywa liczba 7 wielką rolę. Je-

[1]) Magni Hippocratis opera omnia ed Kühn. Lipsiae 1825 T. 1.

[2]) H. Haeser; Lehrbuch der Geschichte der Medicin u. der epidemischen Krankheiten Jena 1875 T. 1.

żeli dziecko ma się uważać za donoszone i żeby mu można dalszy żywot wróżyć, musi ciąża aż do chwili porodu trwać 7 × 40 czyli 280 dni. Wyrażając ten czas w miesiącach księżycowych, otrzymamy 9 całych miesięcy i mniej więcej jeszcze połowę 10 go miesiąca nadto.

Hippokrates wie dobrze, że 280 dni nie stanowcałych 10 miesięcy księżycowych, a jeżeli się mimo to w „corpus hippocraticum" czas trwania ciąży oblicza na miesiące, to dzieje się to dlatego, że ten sposób obliczania był dla położnych, — które się przecież naówczas jedynie położnictwem zajmowały, — łatwiejszym, powtóre, gdyż ten system prawdopodobnie dawnej tradycyi raczej odpowiadał, a po trzecie ponieważ starożytni lekarze w dziełach swoich liczyli się bardzo często z laikami, dla których po największej części pisali. Dla laików zaś musiało być bezwarunkowo łatwiejszem obliczanie podług miesięcy, aniżeli podług dni, lub nawet tygodni. Ztąd to pochodzi, że Hipokrates wprawdzie tu i ówdzie, o ile idzie o teoretyczne wywody, na dni ciążę oblicza, po za tem zaś tylko o trzy, — cztero — pięcio — i t. d. — miesięcznej ciąży mówi.

Że zaś lekarze starożytni o miesiącach księżycowych mówią, pochodzi to mojem zdaniem stąd, że podług mniemania jednych do zapłodnienia przyczyniało się najbardziej spółkowanie pod koniec miesiączki, podług zaś innych z początkiem miesiączki. Tak kończącą się miesiączkę, jak i jej początek wprowadzali niektórzy w związek ze stanem księżyca. Najczęściej uważano czas pełni księżyca za najodpowiedniejszy do zapłodnienia, a obserwacya wykazała, że dziecko wtedy przychodziło na świat silne, gdy się księżyc pokazał od chwili zapłodnienia dziesięć razy w pełni [3]). Stąd prawdopodobnie pochodzi, że lekarze starożytni mówili o 10-miesiacach księżycowych.

Już Hippokrates uważał dziesięciomiesięczną ciążę za prawidłową. Przez to ostatnie pojęcie rozumiał on ciążę, która po upływie 280 dni lub co najmniej po ukończonych 10 dniach dziesiątego miesiąca się kończyła, a dzieci, które się w tym czasie rodziły, uważał za dostatecznie silnie, by mogły niejedno złe na tym świecie znieść: „novem autem mensium et decem dierum foetus editur et vitalis est" [4]). Nie musiały więc 10-miesięczne noworodki po upływie dziesięciu miesięcy na świat przychodzić, lecz uchodziły już za takie, jeżeli tylko w ciągu dziesiątego miesiąca ciąży się rodziły. — Gdy ciąża rzeczywiście tylko 280 dni, lub też nawet cokolwiek mniej, trwała, natenczas rodziły się wprawdzie zdolne do życia dzieci, lecz na te nie dawano, — pomimo ich zdolności żywotnej, — o wiele więcej, aniżeli na siedmiomiesięczne płody; tak, że liczbę 280 dni należy uważać tylko za najniższą granicę dla dziecka według wszelkich wymagań nauki zdrowego, „et supersunt quidem hi (qui in utero ad nonum mensem venerunt) non minus quam septimestres, quamquam etiam ex his pauci educantur..... is vero potissimum foetus servatur, qui nono mense iam affecto in lucem editur" [5]).

Z późniejszych autorów należy przedewszystkiem wymienić Celsusa i Soranusa. Celsus [6]), który się nie wdaje w szczegóły ginekologiczno-położnicze, nie oblicza w ogóle czasu trwania ciąży i nie mówi ani o dniach, tygodniach lub miesiącach ciąży. Natomiast Soranus [7]) zastanawia się jedynie nad miesiącami ciąży i uważa poród za prawidłowy, jeżeli się on w siódmym, dziewiątym lub dziesiątym miesiącu odbywa, gdyż dzieci, które w tym czasie na świat przychodzą, zdolne są do życia. Wszystkie porody, które się w jakimkolwiek innym miesiącu, — nie wyłączając ósmego, — odbywają, są nieprawidłowe, albowiem nie można płodu wtedy w żaden sposób przy życiu utrzymać W każdym razie Soranus wspomina o dniach ciąży tylko o tyle, o ile idzie o poronienia; podczas gdy w drugiej połowie ciąży — i na to szczególniejszy kładziemy nacisk, — oblicza czas jej trwania jedynie na miesiące.

Z natury rzeczy wynika, że skoro się Soranus w ten sposób nad tym przedmiotem zastanawia, że i Moschion nie będzie innym pod tym względem.

On oblicza czas, który upływa od zastąpienia do porodu jedynie na miesiące i żąda dla dziecka donoszonego dziesięciu, a co najmniej dziewięciu lub siedmiu miesięcy ciąży „maxime quidem decimo et nono, secundo ordine septimo, unde difficile est aliquos evadere, qui octavo mense nascuntur" [8]). Faktem więc pozostaje, że i on jedynie o miesiącach mówi.

Jeżeli jeszcze wspomnimy o Galenie, który pomimo zbyt obszernego traktowania innych działów medycyny, z ginekologią i położnictwem bardzo po macoszemu się obchodzi, musimy zaraz zauważyć, że i dla niego istnieją, począwszy od dziewiątego miesiąca ciąży, jedynie miesiące, a nie tygodnie lub dni.

Zupełnie inaczej ma się rzecz przy bliższem zapoznaniu się z poglądami wymienionych tu autorów na poronienie lub poród przedwczesny. Tutaj oblicza się już znacznie częściej czas trwania ciąży na dnie, przyczem naturalnie nie mamy na myśli pierwszego miesiąca ciąży, gdyż wtedy nie może być inaczej. I tak podług Hipokratesa [9]) najwięcej kobiet roni w pierwszych czterdziestu dniach, objawy ciąży, znane pod nazwą „κισσα" występują podług Soranusa [10]) zazwyczaj około czterdziestego dnia ciąży; noworodki z siódmego miesiąca ciąży są według Hippokratesa [11]) zdolne do życia, gdy po upływie $182^1/_2$ dni, lub — jak z innego miejsca „corporis hippocratici" wynika. — gdy ciąża trwała 185 dni. Z innego znowu dzieła, przypisywanego Galenowi [12]), z pewnością jednak nie jemu swoje powstanie zawdzięczającego, wynika, że noworodek jest w stanie żyć, jeżeli ciąża trwała co najmniej $185^1/_2$ dni.

Powyżej siódmego miesiąca, a szczególniej w ostatnich dwóch miesiącach ciąży, obliczają wszyscy starożytni autorowie czas jej trwania jedynie na miesiące, tak, że jeżeli prof. Schultze chce pojęcie 10 miesięcy księżycowych z terminologii położniczej usunąć, uważając je za nieodpowiednie i z rzeczywistym czasem trwania ciąży za niezgodne to nie można mu ani z punktu widzenia teoretycznego, ani

[3]) Soranus: περὶ γυναικείων παθῶν Ed. Rose lib. I. cap. X. 41.
[4]) Hippocr: »de carnibus« K. I. str. 442.
[5]) Hippocr: »de septimestri partu liber« K. I. str. 449 u. 450.
[6]) Aur. corn. Celsi: »de medicina« Basileae MDCCLVIII.

[7]) Soranus: lib. I. cap. XX. 66.
[8]) Gynaecia Muscionis ed. Rose. lib. I. 78.
[9]) Hippocr. »de septimestri partu«.
[10]) Soranus: lib. I. cap. XVI. 54.
[11]) Hippocr.: »de septimestri partu«. str. 444.
[12]) Galeni: »de septimestri partu« w z biorze »Galeni pergameni opera sumptibus Lazari Zetzneri« 1604.

praktycznego nie zarzucić. Jeżeli zaś na poparcie swoich wywodów powołuje się na historyę położnictwa, natenczas należy się zastrzedz, że ze stanowiska historyi określanie czasu trwania ciąży podług miesięcy jest stanowczo bardziej uzasadnione, aniżeli podług tygodni lub dni.

III. Z kliniki lekarskiej Prof. Dr. A. Gluzińskiego we Lwowie.

O myastenii.

Napisał

Dr. Roman Rencki,

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Zbierając w krótkości najistotniejsze objawy powyższego obrazu chorobowego widzimy, że u kobiety młodej, 27-letniej, przedtem zdrowej, szybko po silnem uderzeniu ręką w kark wystąpił szereg zboczeń mięśniowych równocześnie, bez żadnej kolejności w rozlicznych narządach. A więc: osłabienie w mięśniach zewnętrznych i wewnętrznych oka, w mięśniach żucia i połykania, w zakresie nerwu twarzowego, opadnięcie powiek oraz osłabienie mięśni karku i kończyn, przy braku choćby najmniejszego zaniku mięśniowego, oraz zmian w czuciu i odruchach ścięgnistych. Nasilenie stanu chorobowego było w ciągu jednego i tego samego dnia bardzo zmienne, a wahania zmieniały się z dnia na dzień przez szereg tygodni. Wśród znużenia się mięśni pod wpływem prądu przerywanego stwierdziliśmy odczyn myasteniczny, choć niewielkiego stopnia, nie znaleźliśmy natomiast nigdy odczynu zwyrodnienia. Przeszło dwuletnia obserwacya chorej wykazała jeśli nie wyleczenie zupełne, to bardzo znaczną poprawę ogólnego stanu.

Wszystkie powyżej wspomniane objawy chorobowe umożliwiły w danym przypadku właściwe rozpoznanie. Rozpoznanie to w pierwszej chwili mogło napotkać na pewne trudności.

Z powodu niestałości objawów, braku zaników, możnaby myśleć o nerwicy — h i s t e r y i, — tem więcej, że uderzenie w kark, które miało poprzedzić wystąpienie choroby, mogło w danym przypadku zadziałać jako uraz psychiczny. Przeciw temu jednak rozpoznaniu przemawiał brak usposobienia neuropatycznego, podwójne widzenie, opadnięcie po wiek, a przedewszystkiem brak wszelkich zaburzeń czuciowych i jakichkolwiek znamion histerycznych.

Wykluczyć należało również k i ł ę m ó z g o w o - r d z e n i o w ą, zwłaszcza kiłowe zapalenie opon mózgowych na podstawie czaszki, w którego przebiegu spotykamy nieraz częste i nagłe wahania. Do takiego rozpoznania nie mieliśmy głębszej podstawy. W wywiadach chorej nie stwierdziliśmy przebytej kiły, a wynik badania przedmiotowego w tym kierunku był ujemny; chora nie skarżyła się przytem na bóle głowy, na dnie oka nie stwierdziliśmy zmian; nie wykazaliśmy żadnych zaburzeń w odruchach ścięgnistych.

S c h o r z e n i e n e r w ó w o b w o d o w y c h, jako *polyneuritis* po jakiejś przebytej chorobie zakaźnej, n. p. po grypie, nie wiele mogło w danym przypadku wchodzić w rachubę; wywiady nie przemawiały za tem i nie stwierdziliśmy objawów ściśle porażennych i zmian w czuciu; odruchy były utrzymane; a podobne wahania niedomogi mięśniowej nie zdarzają się wcale w przebiegu zapalenia nerwów.

Pewne podobieństwo mógł przedstawiać ten przypadek do p o s t ę p u j ą c e g o p o r a ż e n i a o p u s z k o w e g o *(paralysis bulbaris)*, w którem znużenie pewnych gromad mięśniowych w pierwszych początkach choroby poprzedza porażenie i zaniki mięśniowe. Nie odpowiadały jednak temu podwójne widzenie, które na pierwszy plan wystąpiło, brak stale postępującego porażenia i zaników mięśniowych, wreszcie ciągłe wahania w nasileniu choroby, które wykluczały przyjęcie głębszych zmian anatomicznych.

Przebieg całej choroby wykluczył z a n i k m i ę ś n i o w y p o s t ę p u j ą c y *(atrophia musculorum progressiva)*, który poprzedzać może typowe nużenie się mięśni, jakto opisuje w jednym przypadku L. L a q u e r[27]).

Wykluczyć wreszcie należało *polioencephalomyelitis*, która klinicznie, a często anatomicznie, nie da się odgraniczyć od myastenii, tem więcej, że i tu znużenie mięśniowe, oraz jego wahania, występują na pierwszy plan. Podobieństwo jest tak wielkie, że n. p. B r i s s a u d i L a n t z e n b e r g[28]) identyfikują obie te sprawy chorobowe. Brak jednakowoż jakichkolwiek zaników mięśniowych w naszym przypadku, wybitne i tak trwałe remisye, przemawiałyby raczej przeciw *polioencephalomyelitis*.

Nie pozostało zatem nic odpowiedniejszego, jak przyjęcie m y a s t e n i i. Temu rozpoznaniu najlepiej odpowiadały wszystkie objawy, wśród których pierwsze miejsce zajmowało nieprawidłowo nadmierne nużenie i łatwe wyczerpywanie się siły ruchowej układu mięśniowego, zmienność nasilenia objawów przy braku jakichkolwiek zmian zanikowych w samych mięśniach.

Przypadek nasz, jakkolwiek typowy, przedstawia pewne nie tak często spotykane szczegóły, które tu podnieść należy. I tak wystąpienie pierwszych objawów chorobowych poprzedzić miał u r a z w o k o l i c ę k a r k u, który chora uważa za przyczynę swego cierpienia. Z czynnikiem tym w etyologii myastenii w ogłoszonych dotąd przypadkach nie spotkaliśmy się nigdzie. Czy jednakowoż urazowi temu w danym przypadku należy przypisać jakieś głębsze znaczenie, rozstrzygnąć wobec niedostatecznej znajomości zmian anatomo-patologicznych, trudno.

Mógł on być tylko okolicznością przypadkowo towarzyszącą rozwijającemu się schorzeniu, nie mając żadnego wpływu na jego powstanie i przebieg; mógł jednakowoż być czynnikiem usposabiającym wśród innych, nieznanych nam dotąd przyczyn, do powstania choroby. W każdym razie, uderzyć nas musi to nagłe wystąpienie objawów chorobowych tuż po urazie tak, że milczeniem go pominąć nie możemy.

Mięśnie zewnętrzne gałki ocznej okazywały niezwykłą łatwość nużenia się; ruchy gałek ocznych były znacznie upośledzone, a w miarę dłuższego badania ograniczenie ruchów stawało się coraz większe. Stwierdziliśmy nadto wśród przebiegu zupełne unieruchomienie gałek, które nie utrzymywało się stale. Mieliśmy zatem zupełne porażenie mięśni zewnętrznych i to tylko chwilowe *(Ophtalmoplegia totalis externa intermittens)*, o jakiej wspomina w swoim przypadku E u l e n b u r g *(l. c.)*. Nadto wykazać mogliśmy często i n i e z u p e ł n i e p r a w i d ł o w e d z i a ł a n i e z w i e r a c z y t ę c z ó w k i. Źrenice obie były równo szerokie, oddziaływały

[27]) Neurol. Centralbl. 1899 Nr. 2.

[28]) *Ibidem:* 1897 Nr. 11.

przy pierwszej próbie dobrze na światło, wnet jednakowoż występowało znużenie, tak, że po chwili wcale nie oddziaływały. Przekonaliśmy się więc, że i mięśnie wewnętrzne oka nie zawsze muszą w przebiegu myastenii prawidłowo funkcyonować, jak to twierdził Strümpell.

Nużenie się siły ruchowej innych mięśni odpowiadało zupełnie zwykłemu obrazowi choroby. Jedynie nie zauważyliśmy odruchowego działania jednych gromad mięśniowych na drugie, wyczerpanie jednych mięśni nie wpływało na działanie innych. Natomiast stwierdziliśmy nieraz objaw znużenia przy kilkakrotnem opukiwaniu ścięgna rzepkowego. Znużenie mięśnia czworogłowego dość szybko występowało, a każdy następny odruch kolanowy był słabszy; zupełnego zniesienia odruchów kolanowych nie udało się nam osiągnąć.

Mięśnie, wyczerpane zupełnie wykonywaniem ruchów więcej złożonych, mogły bezpośrednio dalej wykonywać ruchy prostsze. Chora, wyczerpawszy się zupełnie, n. p. przy chodzeniu po schodach, mogła jeszcze dalej przez pewien czas chodzić po równi.

Sam przebieg sprawy chorobowej wśród spostrzegania klinicznego okazywał wielką zmienność, jakkolwiek w ogólności uporczywie utrzymywał się w jednych i tych samych granicach, nie okazując wcale dążności do stanowczej poprawy. W dalszym ciągu trwania choroby bez żadnego wpływu nagle nastaje poprawa, która postępowała trwale, a wreszcie objawy znużenia mięśniowego w zupełności prawie ustąpiły tak, że chora uważa się obecnie za zupełnie zdrową.

Skreślając na podstawie naszej obserwacyi oraz opisanych dotąd przypadków obraz kliniczny myastenii, podnieść należy względnie nie tak częste jej występowanie. Liczba opisanych dotąd spostrzeżeń dochodzi około 100, a i z pośród nich niejeden tylko dla klinicznego przebiegu tu zaliczonym został.

W ambulatoryum kliniki lekarskiej lwowskiej w przeciągu lat 4 na 6384 mężczyzn i 6008 kobiet, czyli razem na 12392 chorych, znaleźliśmy tylko jeden powyżej opisany przypadek myastenii. Kalischer stwierdził ją w poliklinice na 3000 chorych 3 razy.

Etyologia. Choroba rozwija się najczęściej u ludzi młodych poniżej lat 30; wiek lat 12—15 jest najwcześniejszy z opisanych dotąd przypadków; po roku 30 coraz rzadziej występuje, lecz nie oszczędza wieku późniejszego, bo znane są przypadki po roku 45 i 50.

Płeć chorych i wpływ dziedziczności nie ogdrywają żadnej roli przy powstawaniu cierpienia.

Przyczyny choroby zazwyczaj pacyent żadnej nie podaje; w naszym przypadku miał być powodem silny uraz w okolicę karku. Bez wszelkiego znaczenia są nadmierne wysiłki fizyczne, przeziębienia, wzruszenia umysłowe i t. d. Stwierdzono natomiast pojawianie się myastenii w następstwie przebytych ostrych chorób zakaźnych; kilkakrotnie stwierdzono przebytą grypę, zaburzenia przewodu pokarmowego (Feinberg[29]), dur brzuszny. Obwiniają także o przyczynę stany niedokrewności, nowotwory. Senator uważa w swoim przypadku znaczną niedokrewność w następstwie *myeloma multiplex*, jako przyczynę, która w ustroju z niedokształconym układem nerwowym wywołała porażenie asteniczne. W przeważającej liczbie przypadków chorzy przed wystąpieniem tego cierpienia byli zdrowi i nie skarżyli się na żadne dolegliwości. Nie należy więc do powyższych okoliczności zbyt wielkiej przywiązywać wagi, gdyż mogły one być przypadkowe i nie stały w żadnym przyczynowym związku ze sprawą chorobową. Istotnej przyczyny cierpienia nie udało się dotąd wykazać. Zmienność objawów chorobowych skłoniła przeważną część autorów do szukania przyczyny w zatruciu ustroju (Goldflam, Jolly, Pineles, Unverricht, Schultze i in.). Czy te trucizny dostają się z zewnątrz ustroju, czy są one następstwem jakichś zaburzeń w samym ustroju *(autointoxicatio)*, rozstrzygnąć nie podobna. Nie mamy też żadnej wiadomości jakiego to rodzaju mogą być te przypuszczalne trucizny, czy działają one jako ptomainy, czy też w inny jaki sposób. Że zatrucia toksynami mogą dawać podobne objawy, nie ulega wątpliwości. Wszak prątek odkryty przez Ermangena w gnijącem mięsie daje toksyny, które w najmniejszej ilości u małp i kotów dają podobne objawy myasteniczne jak: opadnięcie powiek, porażenie akomodacyi, trudność połykową, bezgłos, a czasem porażenia kończyn. Podobne objawy dają niektóre zatrucia rybami, choliną, muskaryną i hidrokolidyną.

Interesującym jest przypadek Feinberga, w którym myastenia pojawiła się w przebiegu niedrożności jelit kałowej; z chwilą przywrócenia drożności ustąpiły objawy myasteniczne. Jakie trucizny tworzą się przy gniciu w przewodzie pokarmowym, dokładnie nie wiemy. Czy indol, skatol siarkowodór grają tu jaką rolę, jest jeszcze rzeczą wątpliwą, gdyż doświadczenia z nimi robione przez Roghviego nie dały dodatniego wyniku.

Możliwą jest rzeczą, że wytwarza się pod wpływem nieznanych nam czynników toksalbumina, która ma szczególne powinowactwo do rdzenia przedłużonego. Tu bowiem chętnie umiejscowiają się substancye toksyczne, jak: w przebiegu grypy, kiły, oraz błonicy.

Czy schorzenie mięśni samych nie jest przyczyną choroby i czy w nich nie nagromadzają się istoty działające nużąco na same mięśnie, jak to przyjmuje Laquer, o tem nic pewnego powiedzieć nie możemy. Przyszłe badania w tym kierunku okazują się niezbędne. Nie bez znaczenia też są rozsiane zmiany nowotworowe w mięśniach w przypadku opisanym przez Laquera.

Anatomia patologiczna. Odnośnie do zmian anatomicznych w kilkunastu przypadkach wynik badania był przeważnie ujemny, bo nawet najszczegółowsze badania mikroskopowe żadnych zboczeń w ośrodkowym układzie nerwowym wykazać nie mogły. Vidal i Marinesco znaleźli przy pomocy barwienia metodą Nissla nieznaczne zmiany — *chromatolysis* — w jądrach n. n. II, VI, VII i XII, oraz w szarych rogach przednich; nie znaleźli zaś żadnych wybroczyn ani rozszerzenia naczyń, jakie zazwyczaj spotykano w *polioencephalomyelitis*.

Podnieść jednakowoż tu należy, że w przypadku tym utrzymywał się przez kilka dni przed śmiercią stan gorączkowy, który mógł wywołać podobne zmiany. Bez żadnego znaczenia jest zwyrodnienie korzeni śródrdzeniowych n. pod-

[29]) Fall von asthenischer Bulbärparalyse in Folge von Autointoxicationen. Neur. Centrbl. 1900 W. 3.

językowego, które Mayer[30]) przy pomocy metody Marchi'ego wykazał; jądra n. podjęzykowego były prawidłowe. Murri znalazł zmiany nieznaczne: jak przekrwienie i wybroczyny w zwojach podstawowych, oraz w niektórych komórkach jądra n. podjęzykowego chromatolizę jądra. Autor sam uważa te zmiany za schyłkowe.

W mięśniach po raz pierwszy dotąd wykrył poważne zboczenia Weigert w przypadku myastenii, opisanym przez Laquera. Znalazł on mianowicie (w mięśniu naramiennym i przeponie) liczne drobne komórki, które były na omięsnej zewnętrznej, oraz wnikały tu i ówdzie w głąb pomiędzy włókna mięsne.

Włókna tkanki łącznej elastycznej okazywały w odnośnych miejscach rozrzedzenia, a włókna mięsne zachowały jeszcze dobrze swe prążkowanie poprzeczne i tylko tu i ówdzie rysunek ich był zatarty. Komórki te były pochodzenia nowotworowego i uważać je należy za przerzuty nowotworu złośliwego grasicy, który usadowił się w śródpiersiu przodkowem na miejscu grasicy, a zrastał się z osierdziem i lewem płucem.

Guz ten wrastał w światło drobnych żył i tętniczek. O wiele mniej tych komórek znaleziono w sercu i osierdziu. W nerwie przeponowym i błędnym oraz w ośrodkowym narządzie nerwowym podobnych zmian nie wykazano.

Że tak liczne nagromadzenie obcego pochodzenia komórek nie mogło być bez wpływu na czynności mięśni, — nie ulega wątpliwości. W jaki jednak sposób wpływ ten zadziałał, czy drogą chemiczną, czy przez spowodowanie zaburzeń w krążeniu, określić nie można. Może wchodził tu w grę znany szkodliwy wpływ obecnej grasicy? Uwagi godnem jest w tym przypadku zejście się równoczesne myastenii ze schorzeniem grasicy, tem więcej, że nie jest to spostrzeżenie odosobnione. Hansemann znalazł w przypadku z objawami myastemicznymi Oppenheima chłoniako mięsaka (*lymphosarcoma*) gruczołu grasicowego.

Weigert nie sądzi, jakoby przez znalezienie zmian w mięśniach rozwiązaną została zagadka myastenii. Zmiany w mięśniach przez niego opisane są tak znaczne, że nie byłyby uszły uwagi innych badaczy. Być może, że w przyszłości okaże się, że tylko pewna gromada przypadków myastenii ma swą przyczynę w podobnych zboczeniach układu mięśniowego, a wtedy należałoby ją od innych oddzielić.

Narządy zewnętrzne zazwyczaj zmian nie okazują; w płucach stwierdzano często objawy zapalne.

Objawy kliniczne. Choroba rzadko objawia się w samych początkach zawrotami, bólami głowy, zwłaszcza potylicy, karku lub w kończynach. Bóle te i zawroty nie są znaczne, a chorzy zazwyczaj charakteryzują je jako uczucie zmęczenia. Czasem skarżą się na światłowstręt, migotanie przed oczyma, uczucie ciężkości w piersiach, bicie serca i t. d. Początek i przebieg choroby jest w jednych przypadkach nagły, w innych objawy początkowe trwają kilka miesięcy, a nawet lata, zanim rozwinie się w całej pełni obraz myastenii. W 2 przypadkach Goldflama w przeciągu 2 tygodni chorzy (m. i k.) nie mogli się obrócić w łóżku, ani sami żywić. Zazwyczaj jednym z pierwszych objawów bywa osłabienie ruchowe i przedewszystkiem szybkie nużenie się jednej lub kilku gromad mięśniowych. Nie w każdym przypadku zaczyna się ono od jednej i tej samej gromady. Z reguły prawie najpierw występują zmiany w mięśniach, które są zaopatrzone przez jądra ruchowe rdzenia przedłużonego i zwojów podstawowych.

W nich zmiany czynnościowe są najwybitniejsze i utrzymują się przez cały czas trwania choroby, nadając jej charakterystyczne piętno. Ale i tu nie mamy nigdy stałej kolejności w powstawaniu objawów. Zwykle jednym z pierwszych jest podwójne widzenie i opadnięcie powiek, w innych przypadkach najpierw występują utrudnienie żucia, mówienia i połykania, a później zaburzenia ze strony ócz. W dalszym przebiegu pojawia się osłabienie w mięśniach tułowia, zwłaszcza karku, oraz w kończynach. Znane są jednak przypadki, w których właśnie naprzód wystąpiło schorzenie w tych mięśniach, zaznaczając się osłabieniem kończyn dolnych i górnych i opadnięciem głowy ku przodowi (Silbermarck[31]), a dopiero później pojawiły się zmiany w oczach, oraz objawy opuszkowe. (dok. nast.).

[30]) Neurol. Centralbl. 1894 Str. 398.

[31]) Neurol. Centralbl. 1897 W 6.

IV. Oceny i sprawozdania.

Leczenie zapomocą ćwiczeń bezładu (ataksyi) u chorych na wiąd rdzenia.

Zebrał
Dr. Józef Zakrzewski,
kierownik lecznicy »Maryówka« pod Lwowem.

Przed jedenastu laty, na Zjeździe przyrodników w Bremie wypowiedział Dr. Frenkel, lekarz szwajcarski, zdanie, że bezład (*ataxia*) można zupełnie usunąć zapomocą ćwiczeń; zdanie to jednak, niepoparte dowodami, przyjęto z niedowierzaniem i pominięto milczeniem. Dopiero wyniki leczenia, które ogłaszał Frenkel, a później Hirschberg i Raymond w Paryżu, oraz Ostankow w Petersburgu zainteresowały wielu lekarzy, a na ich czele stanęli Leyden i Goldscheider.

Od czasu publikacyi Leydena i Goldscheidera (1892) sprawa stała się głośną w Niemczech i we Francyi; w Austryi stosuje metodę Frenkla Dr. Bum w swym zakładzie wiedeńskim, a w Warszawie Dr. Stróżecki.

Zachęcony przez prof. Gluzińskiego, oraz pomyślnym wynikiem w jednym przypadku, leczonym w lwowskiej klinice lekarskiej zapoznałem się bliżej z piśmiennictwem tego przedmiotu, a w Berlinie u prof. Goldscheidera przekonałem się naocznie, że zdanie Frenkla wypowiedziane w Bremie, nie było bezpodstawnem.

Jeszcze w roku 1878 Leyden w swej pracy „O chorobach rdzenia" zwrócił uwagę, że silne mięśnie mogą częściowo zrównoważyć bezład u cierpiących na wiąd rdzenia. Za tą myślą przewodnią poszedł Frenkel, lecz wkrótce spostrzegłszy, że u chorych na bezład, którzy przez same częste i systematyczne badanie ruchów kończyn, wykazywali zmniejszenie się cierpienia, przyszedł do przekonania, że nie wzmacnianie mięśni, ale ćwiczenie prawidłowe ruchów kończyn sprowadza poprawę cierpienia. Zdaniem tem stanął Frenkel w zupełnej sprzeczności z Leydenem, gdyż wedle Leydena należałoby wzmacniać siłę mięśni, gdy przeciwnie Frenkel stara się systematycznem ćwiczeniem ruchów kończyn zwalczać tę nadmierną pracę mięśniową, która jest charakterystyczną dla ruchów ataktycznych. Na ten temat powstał i do dziś trwa spór literacki, w którym Leyden chce przedstawić się nawet jako twórca tej metody leczenia. Zdaniem mojem jest to jeden dowód więcej,

że metoda ta jest dobra, jeżeli Leyden o jej autorstwo walczy.

Frenkel nie odmawia znaczenia sile mięśni w powstawaniu bezładu; owszem przyznaje, że u silnego mężczyzny rozwija się ona znacznie powolniej, niż np. u kobiety o wiotkich mięśniach. Przy raz rozwiniętym jednak bezładzie samo wzmacnianie mięśni nie sprowadza najmniejszej poprawy, czego dowodem zupełna bezskuteczność mięsienia i gimnastyki biernej. Frenkel jako uczeń Charcota przyjmował pierwotnie jako przyczynę bezładu zmiany w ośrodkach kojarzennych (koordynacyi), wedle hipotezy Erb-Charcota. Dla zbicia tej hipotezy wystarczy przytoczyć fakty, jak np., że bezład przy zniesionej kontroli wzroku znacznie się zwiększa, lub że objawy ataktyczne ulegają znacznym zmianom zależnie od okoliczności, w jakich je spostrzegamy, np. w pozycyi stojącej a leżącej itp.

Później jednak tak Frenkel, jak i większość autorów, zajmujących się tą sprawą, uznali teoryę czuciową, postawioną przez Goldscheidera i Leydena, za jedynie racyonalne wyjaśnienie bezładu. Wedle tej teoryi kojarzenie ruchów jest bezpośrednio zależne od prawidłowego stanu sfery czuciowej. We wszystkich dokładnie badanych przypadkach wiądu rdzenia pacierzowego dają się wykazać zaburzenia w czuciu skórnem i mięśniowo-stawowem. Do zupełnego zwycięztwa tej teoryi brak jednak wykazania równomiernego stosunku jakości zmian w czuciu do zmian w kojarzeniu. Często u chorego na wiąd, u którego możemy wykazać bardzo małe zmiany w czuciu, spotykamy bardzo znaczne zaburzenia w kojarzeniu i na odwrót. Twórcy teoryi czuciowej nie umieli dać w tej sprawie należytego wyjaśnienia; próbowali wprowadzić tu czynniki psychiczne, indywidualność jednostek itp. Dopiero nadzwyczaj ścisłe badania Frenkla zdołały i te zagadnienia wyjaśnić. Badaniem bardzo wielu chorych na wiąd wykazał on u każdego z nich i w każdym okresie choroby nawet i przed pojawieniem się pierwszych objawów bezładu, pewne właściwości mięśni, które określił mianem hipotonii. Wykazał mianowicie, że chory na wiąd są w stanie wykonywać z łatwością takie ruchy kończyn, jakich zdrowy człowiek nie wykona, jak np. dotykanie wyprostowaną nogą twarzy w pozycyi leżącej lub nawet siedzącej, wogóle ruchy charakterystyczne dla linoskoczków i akrobatów, którzy od dzieciństwa muszą być nałamywani do tych zwrotów. Hipotonia zatem jestto ów objaw, uwidoczniający się niezwykłą ruchomością bierną i czynną pojedynczych grup mięśniowych.

Nadmierną ruchomość kończyn u chorych na wiąd tłómaczą niektórzy znaczną wiotkością mięśni. Hipotonia Frenkla z wiotkością niema jednak żadnego związku, gdyż wykazał on nieraz znaczne objawy hipotoniczne u osobników z znakomicie rozwiniętymi mięśniami, a przeciwnie bardzo nieznaczne zmiany hipotoniczne u osobników charłaczych z bardzo zwiotczałymi mięśniami.

W przypadkach zatem niestosunku pomiędzy zaburzeniami w sferze czuciowej a objawami kojarzennymi gra niewątpliwie najważniejszą rolę stan hipotonii. Wykazanie tej zależności jest obecnie tematem badań dalszych Frenkla.

Jeżeli zatem zmiany w czuciu, a zwłaszcza zmiana czucia mięśniowego, spowodowują bezład, to zdawałoby się, że sposób jego leczenia powinienby polegać na poprawieniu czucia skórnego lub mięśniowo-stawowego. Tak jednak nie jest, gdyż przez ćwiczenie kończyn i ruchów ciała nie zdołamy poprawić stanu sfery czuciowej.

Przewodnią myślą leczenia jest, że narządy ośrodkowe kontrolujące przyspasabiają się przez ćwiczenie do tego, aby zadawalniać się pewnem *minimum* bodźców czuciowych. Trafne porównanie zrobił Bum w swej rozprawce, zestawiwszy chorego na bezład z nagle zubożałym gospodarzem, który przedtem miał wiele środków do dyspozycyi, a pozbawiony ich, nie umie sobie dać rady, aby mógł przyjść do równowagi ekonomicznej; trzeba mu dopiero pokazać, jak sobie ma radzić, trzeba go nauczyć, jak ma z resztkami swego mienia dojść do względnej równowagi, i tego nauczyć można, mianowicie gospodarza radą i wskazówkami, a chorego na wiąd rdzenia systematycznem ćwiczeniem jego ruchów.

Celem takiego ćwiczenia nie jest bynajmniej, — jak już wspomniałem, — wzmocnienie mięśni; nie jest to gimnastyka w zwykłem słowa znaczeniu.

Przez bardzo długie i wielkiej cierpliwości wymagające wykonywanie stosownych ruchów czynnych kończyn usiłujemy przyzwyczaić pojedyncze grupy mięśni i ich antagonistów do harmonijnego współdziałania. Właściwie zatem nie ćwiczenie mięśni, ale ćwiczenie nerwów jest tu środkiem, prowadzącym do celu. Zwykła gimnastyka, a zwłaszcza wszelkie ćwiczenia siłowe, są wprost przeciwwskazane. Frenkel nie szczędzi przestróg przed stosowaniem gimnastyki szablonowej, a zwłaszcza wykonywanej przez niepowołanych. Wykazał on przedewszystkiem, że u chorych na wiąd uczucie znużenia często bywa całkiem zniesione, albo conajmniej znacznie zmniejszone, że zatem trudno oznaczyć granicę czasu ćwiczeń, a dalej zwraca uwagę na znaną łatwość rozdzierania mięśni i ścięgien u chorych na wiąd i wielką łamliwość kości, które często się zdarza się bez świadomości tak masowanego, jak i masującego. Tylko w przypadkach znacznego stopnia hipotonii wskazanem jest umiejętne masowanie mięśni, a w przypadkach znacznego zwiotczenia stawów musimy czasem uciekać się do zastosowania przyrządów podtrzymujących.

Co do techniki samych ćwiczeń, to Frenkel nie posługuje się prawie żadnymi przyrządami, gdy przeciwnie Goldscheider, a zwłaszcza Leyden i Jakob wykonali cały szereg takich, które mają leczeniu pomagać, a nawet je upraszczać. Frenkel w swem znakomitem dziele „die Behandlung der tabischen Ataxie mit Hilfe der Uebung" zwalcza bardzo energicznie wartość wielu z tych przyrządów. Pod jednym względem przyznaje im wartość pozorną, t. j. pod względem wygody leczącego, gdyż użycie niektórych przyrządów umożliwia wykonywanie ćwiczeń bez kontroli i obecności lekarza. Przyrządy te i mojem zdaniem, jak naocznie w Berlinie przekonać się mogłem, są po większej części niewłaściwe do leczenia, gdyż nawet zupełnie zdrowy człowiek musi natężać nietylko uwagę, ale i mięśnie, ażeby np. stąpając po schodach, trafić zawsze stopą w wycięcie kształtu stopy umieszczone na stopniach, a czy możliwe to dla balansującej kończyny chorego na uwiąd? Przyrządy takie byłyby dobre, gdyby zależało na wyuczeniu kogoś zdrowego ruchów precyzyjnych, a więc dla baletników, linoskoczków lub coś podobnego. U chorego chodzi jednak o wyćwiczenie go w najzwyklejszych ruchach, potrzebnych w codziennem życiu, a więc i chodzenie po schodach ćwiczy Frenkel, ale bez niepotrzebnych dodatków. Sala ćwiczeń Frenkla to rodzaj korytarza 20 metrów długiego, a 3—4 metrów szerokiego, dobrze oświetlonego, o dokładnie gładkiej podłodze. Pod ścianami widać kilka przyrządów, jak schody i rodzaj poręczy i liczne stołki lekkie, wygodne; na podłodze różne rysunki, jak linie proste, wązkie i szersze, dalej wężowe, szematy stóp w rozmaitych pozycyach. Ze dwa lub trzy tapczany, zależnie od liczby ćwiczących się, służą do ćwiczeń w pozycyi leżącej.

Ćwiczenia dzielimy wogóle na cztery stopnie: pierwszy stopień w pozycyi leżącej, drugi w pozycyi siedzącej, trzeci w stojącej i czwarty w chodzącej. We wszystkich czterech stopniach wykonuje się ćwiczenia najprzód pod kontrolą wzroku, później bez niej, a nakoniec z zamkniętemi oczami. Chorzy możliwie lekko ubrani wykonują ćwiczenia w początkach pojedynczo, później, gdy mogą już wykonywać ćwiczenia chodząc, grupami po 3—4, zawsze pod nadzorem i komendą lekarza. Jedno ćwiczenie nie powinno trwać dłużej nad 2—4 minut, a całe jedno posiedzenie najdłużej pół godziny. Posiedzeń takich dziennie powinno być do trzech, zależnie od stanu i wytrzymałości chorych. Ze względu na zdarzający się brak uczucia znużenia u chorych na wiąd powinien lekarz prowadzący ćwiczenia często badać

stan serca u chorych przed i po wykonaniu ćwiczenia i tem się kierować w oznaczeniu czasu trwania ćwiczeń. U każdego chorego bez względu na stan choroby powinno się ćwiczenia rozpocząć od najprostszych w pozycyi leżącej i pomału stopniując przechodzić wszystkie cztery stopnie. Dozowanie i oznaczenie jakości ćwiczeń jest już rzeczą obserwacyi i doświadczenia lekarza; prawidło ogólne jest tu niemożliwe. Leczenie trwa 3—4 miesięcy. Często już po pierwszych ćwiczeniach, może drogą psychiczną, następuje znaczna poprawa objawów ataktycznych, nie można się jednak łudzić tym stanem chwilowym, gdyż wkrótce powraca zwykle poprzedni obraz objawów, wymagający wielkiej, bardzo wielkiej cierpliwości obu stron, tak leczonej, jak i leczącej.

Jakkolwiek, powiada Frenkel, w każdym przypadku bezładu powinno się próbować jego sposobu leczenia, to jednak są pewne stany, stanowiące wprost przeciwskazanie, lub rokujące z góry wątpliwy wynik. Przeciwskazaniem takiem jest np. ślepota chorego, dalej znaczne jego wyniszczenie, a zwłaszcza wszelkie wady organiczne, jak wada serca, która przez ćwiczenia musiałaby się spotęgować. Niemożliwe jest takie leczenie przy wszelkich zaburzeniach psychicznych, gdyż warunkiem powodzenia jest tu jasny umysł chorego. Wątpliwy wynik, a często niemożliwe leczenie, przydarza się w formach wiądu rdzenia pacierzowego, rozwijającego się bardzo szybko. Napady bólów wiądowych w czasie leczenia, świadczące o zaostrzeniu się choroby głównej, każą robić przerwy w ćwiczeniach, aż do zmniejszenia się lub ustąpienia bólów. Najpomyślniejsze jest rokowanie w przypadkach, w których nastąpił względny spokój, lub długotrwały zastój w rozwoju choroby głównej, a zatem, gdy oprócz niemożności chodzenia, wszelkie inne dolegliwości przestały męczyć chorego. W takich przypadkach, powiada Frenkel, jeżeli się nie osiągnie pełnego wyniku leczenia, to wina nie metody, ale wykonania jej.

Sposób leczenia bezładu kończyn górnych dzieli Frenkel na zwykłe ruchy mięśniowe i ćwiczenia na szczególnych przyrządach, których podaje wiele, bardzo zresztą prostych, ale niezbędnych. Leczenie to bardzo wdzięczne, daje bardzo zachęcające wyniki, oczywiście przy wielkiej cierpliwości raczej leczonego, niż leczącego.

Z krótkiego tego sprawozdania łatwo wywnioskować, że w metodzie Frenkla posiadamy sposób, pozwalający bezład, ten najprzykrzejszy objaw wiądu rdzenia pacierzowego, często nietylko poprawić, ale i usunąć zupełnie. Droga jednak do tego celu długa i żmudna dla obu stron; „kto jednak, pisze Bum, dożył tej miłej chwili, że ujrzał chorego na wiąd, który lata przeleżał bez ruchu, a po paru miesiącach leczenia podniósł się i chodzi bez pomocy nawet laski, ten został sowicie za trud swój nagrodzony".

Piśmiennictwo. Dr. H. S. Frenkel: Die Behandlung der tabischen Ataxie mit Hilfe der Uebung (Leipzig, 1900). Prof. Dr. A. Goldscheider: Anleitung zur Uebungsbehandlung der Ataxie (Leipzig, 1899). Prof. v. Leyden: Ueber die Behandlung der Tabes dorsalis (Berliner klin. Wochenschrift Nr. 17. 1892). Dr. Jakob: Ueber die compensatorische Uebungstherapie bei der Tabes dorsalis (Deutsche med. Wochenschrift 8—10, 1898). Dr. A. Bum: Die spinale Ataxie und ihre compensatorische Bewegungsbehandlung (Urban-Schwarzenberg Wien. 1900). Dr. K. Stróżecki: Leczenie wiądu rdzenia (Gazeta lekarska 1897. Nr. 5). Dr. K. Stróżecki: O leczeniu bezładu tabetycznego (Gazeta lekarska 1900. Nr. 39).

* * *

V. Wyciągi.

Dr. Justyn Karliński. **Przyczynek do sprawy przenoszenia się gruźlicy ludzkiej na bydło.** (*Przegląd weter.* 1901). Pod wrażeniem wykładu Kocha na Zjeździe gruźliczym w Londynie i jego zapatrywań, że perlica jest inną chorobą, niż gruźlica ludzka, ogłasza K. wyniki długoletnich swoich doświadczeń. Jeszcze w czasie studyów w Monachium u Pettenkoffera przekonał się kilkakrotnie o nieszkodliwości używania mięsa bydła dotkniętego perlicą. W długoletniej praktyce w Bośnii widział wiele przypadków, że ludzie gruźlicą dotknięci prawie razem żyli z bydłem, bez udzielenia mu perlicy, a od weterynarzy dowiedział się, że w Bośnii perlica jest prawie nieznaną. Te spostrzeżenia skłoniły go, że w roku 1890, przypadkowo równocześnie z pojawieniem się tuberkuliny Kocha, rozpoczął doświadczenia najprzód na bydle bośniackiem, czy ono może być sztucznie zakażone perlicą. W roku 1895 doszedł do przekonania, że bydło bośniackie jest bardzo odporne na gruźlicę. Ponieważ jednak w tym roku zaczęły się pojawiać sporadyczne przypadki perlicy, rozpoczął ponowne badania, które doprowadziły go do następujących wyników: z 25 sztuk bydła, szczepionych prątkami gruźliczymi, otrzymał w 10 przypadkach wynik dodatni, a mianowicie przy zaszczepieniu śródotrzewnowo 4 razy, śródopłucnowo 2, do tchawicy raz, w gruczoł mlekowy raz, pod skórę raz, w jądro raz. Bydło, przedtem na tuberkulinę nie oddziaływujące, okazywało w różny czas po szczepieniu wyraźne oddziaływanie na tuberkulinę, a po zabiciu zmiany gruźlicze. Każdy wynik sekcyi sprawdzano badaniem bakteryologicznem, zawsze z wynikiem dodatnim; 15 wyników jest ujemnych, a mianowicie szczepienie w otrzewnę 5 razy, podskórnie 3, żywienie prątkami 6, do tchawicy 1. Wrażliwość organizmu bydlęcego (rasy bośniackiej) na wszczepione prątki gruźlicze jest nieznaczna, ograniczona, miejscowa. Najwyraźniejsze zmiany były zawsze w miejscu i w sąsiedztwie wszczepienia. Uogólnienia się zakażenia, jak to bywa przy samoistnej perlicy, sztucznie nie wywołał. Dwie sztuki szczepione prątkami pochodzenia bydlęcego okazywały bardzo znaczne zmiany gruźlicze. Przypuszcza więc autor, że hodowle gruźlicze pochodzenia bydlęcego są daleko jadowitsze, niż pochodzenia ludzkiego, za czem także przemawia szybki ich rozwój.

Ponieważ, porównywując hodowle gruźlicze ludzkie i pochodzące z samoistnej perlicy, żadnej różnicy K. nie zauważył, ani w wejrzeniu drobnowidowem lub makroskopowem (prócz szybkości wzrostu), wnioskuje przeto, że organizm bydlęcy ma większą odporność przeciw prątkom pochodzenia ludzkiego. Ztąd nasunęło mu się pytanie, czy nie jest możliwe jadowitość prątków ludzkich zwiększyć przez przeprowadzenie ich przez organizm bydlęcy. W tym celu zaszczepił śródotrzewnowo i podskórnie 6½-letnią jałówkę hodowlą ludzką, a gdy w dwa miesiące jałówka oddziaływała na tuberkulinę, zabił z ognisk serowatych wątroby i śledziony wyhodował prątki i hodowlą tą zakaził 10 miesięczną jałówkę przez wstrzyknięcie do jamy opłucnowej. Po dwóch miesiącach zabite zwierzę okazywało znaczne zmiany gruźlicze w opłucnej, płucu prawem, na osierdziu, przeponie i zserowacenie gruczołów okołooskrzelowych. Wobec ujemnego w poprzednich doświadczeniach wyniku podobnego szczepienia nie odważa się K. twierdzić o zwiększaniu się jadowitości prątków przez przeprowadzenie przez bydło i uważa dalsze badania w tym kierunku za pożądane. W każdym razie zaleca ostrożność w sądzie i uważa za zbyt śmiałe uogólnianie wyników z doświadczeń ujemnych, jak to na Zjeździe w Londynie uczyniono, tembardziej, że *experimentum crucis* u człowieka jest prawie niewykonalne.

Dr. Flis.

Kuttner (Berlin). **Pluskanie, zwiotczenie i opadnięcie żołądka.** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 50, 1901). Wyraźne pluskanie, pojawiające się już przy powierzchownem badaniu, jest — według autora — bezwarunkowo objawem chorobowym; przy pełnym żołądku jest ono zawisłe od napięcia warstwy mięśniowej ścian żołądka i powłok brzusznych, natomiast położenie żołądka odgrywa mniej ważną rolę. Pluskanie wówczas przemawia za zwiotczeniem żołądka, jeśli się da wywołać w okresie trawienia; występując zaś w dłuższy czas po trawieniu, wskazuje na niedomogę ruchową. Ilość pozostałych resztek pokarmowych, względnie stopień ruchowej niedomogi żołądka, da się tylko oznaczyć przez badanie zgłębnikiem, względnie płókaniem próbnem w 2—3 godz. po śniadaniu próbnem, albo też w 6—7 godz. po próbnym obiedzie. Jeśli zaś pluskanie pojawia się naczczo, należy stwierdzić, czy nie zachodzi *parasecretio*, czy też ruchowa niedomoga żołądka.

Zwiotczenie żołądka nie jest niczem innem, jak zwiotczeniem mięśniowej warstwy ścian żołądkowych, polegającem na wadzie ustrojowej, będącej częstokroć tylko jednym z objawów ogólnego cierpienia, zwanego *asthenia universalis congenita*, wobec czego żadną miarą nie należy identyfikować zwiotczenia z ruchową niedomogą żołądka. Przy zwykłem zwiotczeniu zdarza się, że ruchowa sprawność żołądka zachowuje się wobec dań próbnych zupełnie prawidłowo; w większości jednak przypadków zachodzi — aczkolwiek nieznaczne — upośledzenie siły ruchowej; przewlekła rozstrzeń żołądka na tle zwiotczenia wytwarza się dopiero wówczas, jeśli do zwiotczenia dołączą się powikłania (n. p. *parasecretio* i t. p.).

Opadnięcie żołądka (*gastroptosis*) rozwija się często skutkiem zwiotczenia: opadnięty żołądek może wprawdzie — przy małych wymaganiach — funkcyonować prawidłowo, większym jednak już sprostać nie zdoła, objawiając to osłabieniem upośledzeniem siły ruchowej. Tak zwiotczenie, jak i opadnięcie żołądka winny być le-

czone, nawet przy braku jakichkolwiek objawów niedostatecznego funkcyonowania. *Dr. Henryk Pisek.*

Hirsch (Lipsk). **Obecny stan nauki o t. zw. stłuszczeniu serca (Fettherz).** *(Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 47, 1901). Po wyczerpującem omówieniu przedmiotu i uwzględnieniu tu należącego piśmiennictwa, dochodzi autor do następujących wniosków: *a)* stłuszczenie serca, jako choroba *sui generis*, nie istnieje; owszem zgodzić się należy z zapatrywaniem Leydena, który w miejsce nazwy „stłuszczenie serca“ używa określenia: „przypadłości sercowe u otyłych“. *b)* Przypadłości te są rozmaitego rodzaju i mają różne przyczyny. *c)* Jeśli u osobnika otyłego, ale o słabych mięśniach i w średnim wieku (około 40 lat) występują objawy osłabienia serca, wówczas należy mieć na względzie, że mogą one być następstwem niestosunku, zachodzącego między ogólnym rozrostem ciała a siłą mięśnia sercowego; w szczególności należy stwierdzić na podstawie dokładnych wywiadów, czy niema żadnych wskazówek do przyjęcia miażdżycy tętnic wieńcowych, lub innego ciężkiego schorzenia czynnościowego. *d)* U osobników otyłych, ale z silnie rozwiniętem umięśnieniem, dotkniętych niedomogą serca, należy w pierwszym rzędzie myśleć o istnieniu zmian anatomicznych, lub ciężkich czynnościowych schorzeń. Przedewszystkiem zaś wchodzą w grę: ogólne zwapnienie tętnic, a w szczególności wieńcowych, zmiany w nerkach, lub przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego. *Dr. Henryk Pisek.*

Hildebrand (Hamburg). **O rozpoznawczem znaczeniu promieni Röntgena w zakresie chorób wewnętrznych.** *(Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 49 i 50, 1901). Na zasadzie dotychczas nabytego doświadczenia w prześwietlaniu można przy pewnem cierpieniu już z góry oznaczyć, czy badanie promieniami Röntgena da wynik dodatni, czy też ujemny — w ostatnim przypadku należy oczywiście od badania odstąpić. Do chorób, w których skiaskopia więcej nie wyjaśnia, aniżeli inne sposoby badania, należą: gruźlica płuc zarówno w swych początkach, jak i w okresie tworzenia się jam; zapalenie płuc, wady sercowe, kamica żółciowa, guzy jamy brzusznej i schorzenia układu nerwowego ośrodkowego. Natomiast ma prześwietlanie wielkie znaczenie w przypadkach zgorzeli płuc i innych głębiej położonych ognisk chorobowych (bąblowiec i t. d.), w guzach śródpiersiowych, tętniakach tętnicy głównej, wreszcie w kamicy nerkowej; w tych wszystkich przypadkach należy, — jeśli tylko najmniejsza bodaj wątpliwość zachodzi, — chwycić się badania zapomocą promieni Röntgena. W innych cierpieniach zależy jedynie od poszczególnego przypadku, czy można się z prześwietlenia spodziewać skutku, czy też nie; — w każdym razie jest ono znakomitym czynnikiem pomocniczym w szeregu metod rozpoznawczych. *Dr. Henryk Pisek.*

Gugenheim. **Pęcherzyca przewlekła na błonie śluzowej górnych dróg oddechowych.** (*Münchener med. Wochs.* 1901, Nr. 51). Dawno już było rzeczą wiadomą, że przy pęcherzycy na skórze pojawia się ta choroba także na błonie śluzowej jamy ustnej i górnych dróg oddechowych. Pierwszy Schrötter przed 30-tu laty opisał dwa przypadki, a w 1899 roku Menzel zebrał 40 przypadków pęcherzycy na błonie śluzowej górnych dróg oddechowych. Zmiany na błonie śluzowej powstają najczęściej w przebiegu pęcherzycy ustnej i to następowo: znane są jednak przypadki, gdzie zmiany na błonie śluzowej powstają w przebiegu pęcherzycy przewlekłej; powstają także zmiany na błonie śluzowej pierwotnie; zmiany mogą także ograniczyć się jedynie do błony śluzowej bez jakichkolwiek zmian na skórze. Na błonach śluzowych rzadziej przychodzi do tworzenia się pęcherzyków, a prócz tego pęcherzyki te szybciej pękają tak, że najczęściej widzimy albo pęcherzyki pęknięte, albo białawe mniejsze lub większe miejsca, świadczące o złożeniu w tych miejscach wypociny zapalnej, która skrzepła, nim zdążył się wytworzyć pęcherzyk. Chiari mówi, że do tworzenia się pęcherzyków przychodzi wtedy, jeżeli wypacanie odbywa się szybko. Miejsca po pękniętych pęcherzykach mogą być miejscami zakażenia, w następstwie czego mogą się wytworzyć wrzody ze wszystkiemi ich następstwami.

Co do objawów podmiotowych, to chorzy w większości przypadków czują się zupełnie dobrze, skarżą się najwyżej na ból przy połykaniu i na kaszel w okresie oddzielania się błon z pękniętych pęcherzyków, względnie z miejsc, gdzie została złożona wypocina. Nieraz jednak występują w przebiegu pęcherzycy utrudnienia w połykaniu, a zgrubienia nagłośni i innych części krtani, powstałe wskutek następowego zakażenia z miejsc po pękniętych pęcherzykach, lub z miejsc pozbawionych przybłonka, wskutek oddzielenia się błon z miejsc, gdzie była złożona wypocina, dają objawy zwężenia.

Charakterystycznem dla pęcherzycy błon śluzowych jest nadzwyczajna niestałość zmian przedmiotowych. Powstanie pęcherzyków, pęknięcie ich i gojenie się miejsc po pękniętych pęcherzykach następuje bardzo szybko; nieraz jednego dnia widzimy pęcherzyki, a na drugi dzień miejsca, tylko pozbawione przybłonka. Tak samo ma się rzecz w tych przypadkach, gdzie do wytworzenia się pęcherzyków nie przychodzi.

Co do rokowania, to ono jest *quoad valetudinem* złe, gdyż nie mamy środka na usunięcie choroby; *quoad vitam* rokowanie nie jest złe: choroba może trwać nawet bardzo długo, jeżeli nie przyjdzie do rozleglejszego zajęcia skóry. Sachsalber opisał przypadek pęcherzycy gardła i spojówki, istniejący 27 lat, a van Dremmen — przypadek istniejący 12 lat pęcherzycy jamy ustnej, nosa, gardła i krtani. G. podaje przypadek pęcherzycy, gardła i krtani u 62-letniej kobiety, trwający około trzech lat bez znaczniejszych dolegliwości, mniejwięcej w jednakowem natężeniu. *Dr. Teofil Zalewski.*

Schenke i Streit. **Parę przypadków powikłań wewnątrzczaszkowych w przebiegu ostrego i przewlekłego ropienia ucha środkowego.** (*Archiv für Ohrenheilkunde* 1901, Tom 53). Operowano 9 przypadków zakrzepu zatoki poprzecznej; nie we wszystkich jednak przypadkach stwierdzono przy operacyi zakrzep; w wielu przypadkach rozpoznanie było niepewne i tylko przypuszczano zakrzep zatoki. Zmian jakichkolwiek w wyrostku sutkowym, z wyjątkiem jednego przypadku, nie było żadnych; z tego wynika, że brak zmian w wyrostku sutkowym nie może nas powstrzymać od otwarcia jego i od odsłonięcia zatoki poprzecznej. W czterech przypadkach nie znaleziono w wyrostku sutkowym przy operacyi ropy, a tylko przekrwienie i zaczerwienienie.

O treści zatoki nie można wnioskować z zachowania się jej ścian. W jednym przypadku wyszła z zatoki po jej otwarciu znaczna ilość ropy, a ściany jej nie okazywały żadnych zmian.

Autorowie są za otwieraniem zatoki nawet i w tych przypadkach, w których rozpoznanie co do zakrzepu nie jest pewne. Otwarcie zatoki uważają za zabieg nie ciężki i są zdania, że lepiej otworzyć zatokę parę razy napróżno, niż raz zamało. Niebezpieczeństwo otwarcia zatoki poprzecznej jest przesadzone. Obawiają się wejścia do zatoki powietrza i utworzenia się zakrzepu wskutek uszkodzenia ściany zatoki. Że powietrze może wejść do naczyń krwionośnych przy otwarciu zatoki, nie ulega wątpliwości; dotąd nie obserwowano jednak przypadku, któryby niezbicie dowodził, że śmierć nastąpiła wskutek wejścia powietrza. Tak samo co do obawy utworzenia się zakrzepu wskutek obrażenia ściany zatoki nie jest rzeczą dowiedzioną, że taki zakrzep rzeczywiście się wytwarza. Autorzy przemawiają za zasadniczem podwiązywaniem żyły szyjnej wewnętrznej w każdym przypadku, w którym otwiera się zatokę. *Dr. Teofil Zalewski.*

Hansen. **Zachowanie się dna oka w przypadkach chorób mózgowych pochodzenia usznego.** (*Archiv f. Ohrenh.* 1902, Tom 53). Z 97 przypadków, w których w przebiegu ropienia ucha wystąpiły objawy mózgowe, 52 przypadki (53,6%) okazywały stosunki prawidłowe, a 45 (46,4%) posiadało mniejsze lub większe zmiany. Na zasadzie własnych spostrzeżeń przychodzi H. do przekonania, że zmiany w dnie oka mogą wystąpić w przebiegu wszelkiego rodzaju powikłań wewnątrzczaszkowych pochodzenia usznego. Najrzadziej zmiany te występują przy ropniach zewnątrzoponowych (w 18%), przy zapaleniu ropnem opon mózgowych w 50%, w przypadkach ropni mózgowych w 42%, w przypadkach zakrzepu zatok w 44,8%. Z tego wypada, że dno oka mniejwięcej jednakowo często okazuje zmiany przy zapaleniu opon mózgowych, w przypadkach ropni mózgowych i w przypadkach zakrzepu zatoki poprzecznej.

Co do samych zmian, to w 25,7% przypadków znaleziono zapalenie n. wzrokowego, w 19,6% — lekkie zmiany w naczyniach, i tylko w 3,1% — tarczę zastoinową. Z tego wypada, że tarcza zastoinowa zdarza się w powikłaniach wewnątrzczaszkowych ropienia usznego tylko wyjątkowo.

Z 45 przypadków, które okazywały zmiany w dnie oka, 9 przypadków (20%) okazywało zmiany tylko po jednej stronie, i to po stronie odpowiadającej choremu uchu; w 36 przypadkach (80%) zmiany były na obydwóch oczach i to w 20 przypadkach (44,5%) w jednakowym stopniu na obydwóch oczach, 12 razy (26,5%) — w znaczniejszym stopniu po stronie odpowiadającej uchu choremu i 4 razy (9%) — w silniejszym stopniu na oku po stronie przeciwnej.

Autor sądzi, że w każdym przypadku ropienia usznego należy badać dno oka, gdyż badanie to może nieraz wykryć nam powikłanie, o istnieniu którego nic nie wiedzieliśmy, nie dawało bowiem innych wybitniejszych objawów. *Dr Teofil Zalewski.*

Tanfiljew. **Leczenie wypocinowego zapalenia opłucnej metodą prof. Lewaszewa.** (*Wracz* 1901, Nr. 49—50). W r. 1890 Lewaszew (Kazań) polecił nowy sposób leczenia wypocinowego zapalenia opłucnej, polegający na zastąpieniu wypuszczo-

nej wypociny równą, lub nieco mniejszą ilością fizyologicznego roztczynu soli kuchennej. Sam Lewaszew i inni klinicyści (oprócz Demczenki) otrzymali na tej drodze bardzo dobre wyniki z zastrzeżeniem, jeżeli wypocina nie była ropna. Co się zaś tyczy zapaleń opłucnej ropnych i surowiczo-ropnych, to sam Lewaszew przyznaje, że nie wszystkie przypadki kończą się wyleczeniem po zastosowaniu jego metody; poleca on jednak rozpocząć leczenie jego sposobem, nim się przystąpi do zabiegu chirurgicznego; ropne wypociny zastarzałe kazały według spostrzeżeń Lewaszewa lepiej rokować przy zastosowaniu jego metody, niż świeże. Inni autorowie spostrzegali szczególnie dobre wyniki po leczeniu metodą Lewaszewa, jeśli ropne zapalenie opłucnej występowało wśród włóknikowego zapalenia płuc, zatem w zapaleniach opłucnej, wywołanych najprawdopodobniej dwoinkami Fränkla.

Autor stosował metodę Lewaszewa w 9-ciu przypadkach o bardzo ciężkim przebiegu; w 5-ciu wypocina była surowicza, w dwóch surowiczo-włóknikowa, a wreszcie w dwóch krwawa. We wszystkich przypadkach wypocina była bardzo obfita i nie zaznaczała się skłonnością do wessania. Wyniki leczenia i w jego doświadczeniach były bardzo dobre. Jednorazowe przepłókanie worka opłucnowego już wystarczało, żeby w kilka dni po przepłókaniu wypocina zaczęła się szybko wchłaniać; jednocześnie kaszel się zmniejszał, łaknienie podnosiło się, a w ogólnym stanie następowała znaczna poprawa. Tylko niektórzy z chorych żalili się na bóle ciągnące w chorym boku, pod łukiem żebrowym, a czasem i pod łyżeczką: bóle te T. tłómaczy rozdymaniem się odpowiedniego płuca w miarę wsiąkania i zmniejszenia wypociny. W 1 przypadku wraz z polepszeniem ogólnego stanu i ubywaniem wypociny znikły i nużące obfite poty nocne. U wszystkich chorych po przepłókaniu worka opłucnowego ciepłota znacznie podnosiła się, najczęściej bezpośrednio, lub na 2—3 dzień: podniesienie dochodziło niekiedy do 2°, lecz wkrótce ciepłota obniżała się i w kilka dni opadała do stopnia prawidłowego, nawet w tych przypadkach, w których przedtem była wciąż wysoką. Tylko w 1 przypadku T. nie odniósł ze sposobu Lewaszewa żadnego skutku dodatniego, mianowicie u chorego z wysiękiem krwawym: chory ten wkrótce umarł wskutek gruźliczego zapalenia otrzewnej; badanie zwłok wykazało oprócz gruźlicy otrzewnej wybitne zmiany na opłucnej o cechach gruźliczych i stare gruzełki w płucach. *Witold Orłowski.*

Dr. Th. Panzer. **O zachowaniu się podfosforynu wapniowego w ustroju zwierzęcym.** (*Zeitschrift f. Untersuch. der Nahr. und Genussmittel* Nr. 1, 1902). Jeżeli chodzi o stwierdzenie zatrucia fosforem w przypadkach sądowych, wtenczas poszukujemy fosforu wolnego, a gdy wynik tego badania jest ujemny, poszukujemy jeszcze kwasu fosforawego według metody Dusarta-Blondlota. Doświadczenia Dusarta wykazały jednak, że i kwas podfosforawy zachowuje się przy tem badaniu zupełnie analogicznie, jak kwas fosforawy. Ponieważ zaś kwas podfosforawy stosowany jest bardzo często w lecznictwie w postaci podfosforynu wapniowego lub innych soli, przeto ważną jest rzeczą wiedzieć, jak się zachowują związki kwasu podfosforawego w ustroju zwierzęcym. Do doświadczeń tych użył autor psów, a jedno doświadczenie wykonał na samym sobie. Z badań tych wynika, że podany wewnętrznie podfosforyn wapniowy szybko i dokładnie ulega chłonieniu, że przechodzi przez ustrój nie zatrzymując się nigdzie i stosunkowo szybko zostaje z ustroju wydalony. Wydalenie całej ilości wprowadzonego do ustroju podfosforynu wapniowego odbywa się w przeciągu 24 godzin. Istnieje jednak możliwość, iż ślady podfosforynu przecież może zostają zatrzymane, a jedynie metoda Dusarta-Blondlota nie jest dostatecznie czułą, aby wykazać te ślady. Z doświadczeń autora wynika również, że w tych przypadkach wykrycia fosforu w celach sądowych należałoby stwierdzić, czy zatruty rzekomo fosforem nie spożywał w celach leczniczych podfosforynów, a jeżeli tak, należy przy badaniu na kwas fosforawy być bardzo ostrożnym i wykluczyć dla wszelkiej pewności od badania treść żołądka, jakoteż i mocz. *Dr. Ig. L.*

Wł. Janowski. **Znaczenie rozpoznawcze i rokujące krwawych wymiotów.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). Wymioty krwawe występują wskutek dostania się do żołądka krwi z następujących przyczyn: 1) przy samoistnych cierpieniach błony śluzowej żołądka (rak, wrzód, nadżerki, przedziurawienie, owrzodzenie wskutek działania przetworów żrących, jak kwasy, ługi, sole rtęciowe); 2) przy zastoju lub sprawach zapalnych w jednym z narządów, mających wspólne z żołądkiem unaczynienie; 3) przy ogólnych chorobach, sprowadzających krwawienia (żółta febra, choroba Werlhoffa, gnilec, dżuma, posocznica, białaczka, krwawiączka, błednica, histerya, ostry zanik wątroby, początkowe okresy chorób zakaźnych, niedrożność jelit, zapalenie otrzewnej); 4) przy spływaniu krwi z krwawiących narządów wyżej położonych (usta, gardziel, przełyk) i przy krwiopłuciu. Dla celów rozpoznawczych posługujemy się badaniem treści wymiocin, a więc ich barwy, zapachu, wejrzenia, oddziaływania, obecności kwasu solnego, mlekowego i t. d. Jeżeli krew długo pozostawała w żołądku, lub zwolna się sączyła (rak) i uległa zmianom, to dla rozpoznania jej autor najchętniej używa próby Webera. Rokowanie zależnem jest od obfitości krwotoku i od zasadniczego cierpienia: a więc w chorobie Werlhoffa, błednicy, histeryi, marskości wątroby niema poważniejszego znaczenia: gdy natomiast przy wrzodzie, niedrożności, zapaleniu otrzewnej, posocznicy, dżumie, gnilcu jest groźnem, a przy raku i przedziurawieniu — bezwzględnie fatalnem. *Z. Czaplicki.*

V. Skalička. **O umiejscowieniu półpaśca.** (*Sbornik klinický* T. III. 1901. Nr. 2). Charakterystycznem dla półpaśca jest umiejscowienie w pewnych okolicach jednej lub drugiej połowy ciała, która odpowiada rozmieszczeniu tylnych obwodowych korzonków rdzenia pacierzowego. Autor stwierdził to wybitnie w trzech przypadkach, spostrzeganych w klinice prof. Thomayera w Pradze. Spostrzeżenie to zgodne jest z twierdzeniem Heada i Campbella, że przyczyną anatomiczną półpaśca jest schorzenie korzonków tylnych rdzenia pacierzowego. *Dr. M. Blassberg.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Docent Dr. H. Neumann. **Wyniki leczenia gruczołem tarczykowym w matołectwie sporadycznem.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr 49, 1901). Znaną jest rzeczą, że gruczoł tarczykowy działa leczniczo nietylko w obrzęku śluzakowym nabytym, ale także i w idyotyzmie wrodzonym, towarzyszącym obrzękowi śluzakowemu. Najwybitniej działa gruczoł tarczykowy na zmniejszenie się obrzęku i odpowiednio na spadek wagi ciała. Spadek ten jednak nie trwa dłużej nad 4—6 tygodni; po jakimś czasie wskutek przybytku ciała zdrowego nie uwydatnia się wyraźnie. Prócz zmniejszenia się obrzęku najwięcej bije w oczy wzrost ciała. Dowodzi on, że wydłużanie się kości, poprzednio zatrzymane, doznaje wskutek tego leczenia podniety. Osiągnąwszy jednak długość, odpowiednią wiekowi, dalej wzrost kości nie postępuje. Zęby zachowują się pod względem wzrostu podobnie, jak kości, a liczba ich odpowiada wiekowi dziecka.

Że zaburzenia umysłowe w *cachexia strumipriva* mogą być wyrównane, jest rzeczą znaną. Zależy to od stopnia i czasu trwania choroby, oraz od wieku chorego. Leczenie należałoby rozpoczynać jak najwcześniej, a wtenczas, sądząc z przypadku Koplika, nawet wrodzone matołectwo nie byłoby całkiem niemożebne do uleczenia. Ponieważ dzieci niejednakowo znoszą gruczoł tarczykowy, należy być ostrożnym w leczeniu tym przetworem.

Jodotyryna (Bayer) i *tyreoidyna* (B. W. & C.) okazały się równie skuteczne. Po osiągnięciu prawidłowego wzrostu należy dalej podawać małe, lecz wystarczające dawki. Czy podawanie arszeniku równocześnie jest szczególnie potrzebne i korzystne, autor nie ma pewności.

Na zakończenie Neumann przytacza kilka historyi chorób, z którychby wynikało, że kolaczyki jodotyryny Bayera działają najskuteczniej. *Dr. Flis.*

Dr. Z. Schwarzbart. **Leczenie otyłości jodotyryną.** (*Wiener med. Presse* Nr. 28, 1901). W dwóch przypadkach, szczegółowo opisanych, podawał autor po 100 pastylek tyreoidyny po 0·3, poczynając od 2 do 5 dziennie. W jednym (kobieta 55 letnia, ważąca 79 kgm.) nie było żadnych objawów ubocznych, zauważano zwiększone wydzielanie moczu, a mocz był bez białka i cukru. Waga ciała się nie zmniejszyła, natomiast wyraźnie zmalał wól, a dolegliwości, na które chora skarżyła się, ustąpiły tak, że mogła ona bez żadnych cierpień i bez zmęczenia zajmować się pracą domową, mianowicie prać i prasować, stała się żwawszą w ruchach i wytrzymalszą w chodzeniu nawet pod górę. Wobec zupełnego zadowolenia chorej z otrzymanego wyniku leczenia, autor dalej leku nie podawał. W drugim przypadku mężczyzna 95 kgm. ważący, cierpiący na brak tchu przy chodzeniu i najlżejszej pracy, nie doznawał wśród leczenia żadnych objawów ubocznych: mocz był bez białka i cukru w ilości zwiększonej. Waga ciała zmniejszyła się o 1½ kgm., a duszność ustąpiła.

W sposobie życia autor żadnej zmiany nie zalecał, tabletki podawał zawsze po jedzeniu, a po każdych 10-ciu dniach sprawdzał wagę ciała i robił przerwę 3—4 dniową.

Ponieważ nie posiadamy innego środka, któryby tak szybko i tak pewnie usuwał dolegliwości otyłych, dlatego autor uważa dalsze próby tych tabletek za bardzo wskazane.

Gdyby zależało na większym spadku wagi ciała, to należałoby lek podawać dalej i w dawkach zwiększonych, ale pod ustawiczną

kontrolą lekarza. W ten sposób np. osiągnął Hönigschmied w jednym przypadku otyłości (115 kgm.) przez powolne stopniowanie dawki do 13 tabletek dziennie spadek wagi o 20 kgm., przyczem dla uniknięcia tyreoidyzmu, podawał *Sol. Fowleri*. Radzi on zawsze zaczynać od 1 tabletki, a co cztery dni zwiększać o jedną, aż do pożądanego skutku. *Dr. Flis.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 22 stycznia 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokóły trzech poprzednich posiedzeń odczytano i przyjęto.

II. Przed przystąpieniem do porządku dziennego kol. prof. Wicherkiewicz złożył obszerne sprawozdanie z udziału swego w Zjeździe lekarzy i przyrodników w Petersburgu. Kol. przewodniczący dziękuje kol. prof. Wicherkiewiczowi za trud i pracę podjętą.

III. Koll. Aronsohna Juliana i Merza Alfreda przyjęto w poczet członków Towarzystwa.

IV. Kol. przewodniczący odczytał pismo kol. prof. Korczyńskiego, w którem składa godność przewodniczącego komisyi przemysłowo-lekarskiej, przyczem kol. przewodniczący imieniem Komitetu stawia wniosek, ażeby komisyę przemysłowo-lekarską uznać za stałą, a rezygnacyi kol. prof. Korczyńskiego nie przyjąć. Kol. Górski stawia wniosek, ażeby komisyi tej nie uznać za stałą i sprowadzić jej rozwiązanie, a rezygnacyę przyjąć. W głosowaniu przyjęto wniosek Komitetu.

V. Kol. Kader przedstawia 4 chorych:

1. Chora *J. G.* l. 42, u której dnia 12/IX 1901 K. wyciął z powodu *carcinoma partis prae-pyloricae* więcej niż $^3/_4$ żołądka.

W tym wypadku podobnie jak i w innych użyto metody zmodyfikowanej Krönlein-Mikulicza, którą K. stosuje prawie zawsze. Wszystkie gruczoły przy krzywiźnie małej, wielkiej, jak również w wgłębieniu dwunastnicy, usunięto doszczętnie.

Wskutek resekcyi wielkiej części więzu żołądkowo-okrężnicowego nastąpiło ciemne zabarwienie okrężnicy poprzecznej i nie ulegało żadnej wątpliwości, że obumarcie tej części jelita nastąpi niezawodnie. Postąpiono wobec tego w ten sposób, że całą prawie okrężnicę poprzeczną wyłożono przed ranę w powłokach brzusznych, otoczono gazą, wytamponowano jamę brzuszną w otoczeniu okrężnicy poprzecznej i założono tampon na kikut dwunastnicy.

Jest to stanowczo najpraktyczniejszy sposób postępowania w tych przypadkach, gdzie żywotność okrężnicy jest zakwestyonowaną. Resekcya okrężnicy poprzecznej jest zabiegiem znacznie ważniejszym i wymagającym dłuższego czasu. Obumarcie i przebicie jelita nastaje zwykle dopiero w kilka dni po operacyi, t. j. wówczas gdy zrosty wokoło gazy są już pewne i zapobiegają zakażeniu jamy brzusznej przez zanieczyszczenie kałem. W tym przypadku nastąpiło przedziurawienie okrężnicy dopiero na 8 dzień po operacyi. Kał wydostawał się przez parę tygodni na zewnątrz nie zarażając jamy otrzewnowej. Większa część jelita zrestytuowała się. Na przetokę założono szew. Wyłożona część okrężnicy zaczęła się powoli sama przez się cofać do jamy brzusznej i obecnie niema śladu jej opadnięcia. Zaszyta przetoka zagoiła się bez powikłań. Kikut dwunastnicy bezwarunkowo musi być tamponem zaopatrzony, a to z tego powodu, że tu niejednokrotnie szew puszcza i treść jelita może się wylać do jamy brzusznej, zwłaszcza łatwo to może nastąpić, jeżeli dla wzmocnienia kikuta użyto do jego nakrycia trzustki.

Chora obecnie idzie do domu, przybrała na wadze od czasu operacyi 20 funtów.

Operacya dokonaną była w znieczuleniu Corning-Biera.

2. *R. K.*, 26 letnia mężatka, w 2 tygodnie po porodzie zaczęła gorączkować i uskarżać się na ból w jamie brzusznej i zaparcie stolca. Udała się ona do prof. Rosnera, sądząc, że ma do czynienia z połogową gorączką. Prof. Rosner wykluczył chorobę narządu płciowego i sądził, że ma do czynienia z zapal. wyrostka robaczkowego. Prelegent znalazł guz wielkości pięści męzkiej w jamie brzusznej na połowie prawej przestrzeni między pępkiem a więzem Pouparta. Guz ten był mało bolesny i trochę tylko przesuwalny. Chora gorączkowała. Pomimo tych atypowych objawów, K. Kader przychylił się zupełnie do rozpoznania kol. prof. Rosnera i przystąpił dnia 22. listopada 1901 r. do operacyi w znieczuleniu lędźwiowem tropakokainą. Okazało się, że guz rzeczywiście jest spowodowany zlepem jelit i sieci w około jelita ślepego; to ostatnie miało bardzo długą krezkę i dla tego było przesuwalne. Zrostów z powłokami brzusznemi nie było, guz leżał wolno. Wytamponowano całe otoczenie gazą wyjałowioną i przystąpiono do ostrożnego rozdzielania zlepionych jelit. W głębi znaleziono ropień, z którego wydobyto ropę, odprowadzając ją drenem na zewnątrz. Próbowano znaleźć wyrostek, lecz zaniechano tego wobec trudnych warunków anatomicznych. Chora obecnie opuszcza klinikę w zupełnie dobrym stanie i ma się zgłosić później celem wycięcia wyrostka robaczkowego. Interesującem jest, że chora w urynie miała cukier, który po operacyi znikł. Przypadek ten stanowi przyczynek do rzędu ostatnimi czasy omawianej sprawy *appendicitis in puerperio* i wykazuje praktyczną doniosłość tamponów z gazy; stanowią one w pierwszej chwili mechaniczną przegrodę, coś w rodzaju filtra, przez który pierwiastki zakażające ropą nie mogą dostać się do wnętrza jamy otrzewnowej. Zlepy tworzą się później i obejmują rolę przegród dopiero na 3—4 dzień.

3. Chory *J. S.*, l. 26. *Sarcoma fuso-cellulare orbitae sinistrae*. Ośm lat temu z powodu *sarcoma retrobulbare* wyłuszczono gałkę. Potem bardzo prędko nastąpił nawrot nowotworu, który rozwijał się powoli i dopiero w ciągu ostatnich miesięcy doszedł do rozmiarów guza wielkości pięści męzkiej, sterczącego przed oczodołem. Chory zwrócił się do kliniki prof. dra Wicherkiewicza, a ten odesłał pacyenta do kliniki chirurgicznej. Prelegent wyciął guz, przyczem musiał zabrać wszystkie cztery ściany oczodołu, część kości jarzmowej, część kości szczęki górnej, całą zatokę czołową i część dolną kości czołowej, a w końcu i część podstawy czaszki aż po siodło tureckie. Na tejsamej przestrzeni była też wycięta opona twarda. Interesującem jest to, że jakkolwiek górna ściana kostna oczodołu była jeszcze bardzo twarda, to jednak opona twarda była mięsakowato zajęta. Na korze mózgowej nie było żadnych zmian. Mózg pozbawiono opony twardej na przestrzeni prawie dłoni męzkiej. Już w czasie operacyi nastąpiło opadnięcie lekko tętniącego mózgu. Ranę wytamponowano. Obecnie chory opuszcza klinikę. Opadnięcie mózgu w dół do jamy pozostałej po operacyi jest wielkości pięści męzkiej, pomimo to żadnych zaburzeń psychicznej lub nerwowej natury niema. W pierwszych dniach po operacyi uskarżał się na silne bóle głowy; obecnie czuje się zupełnie dobrze. Wystająca część mózgu wyraźnie tętni. Dla zapobieżenia urazowi opadniętej części mózgu chory będzie musiał nosić płytkę, zakrywającą jamę pooperacyjną i opadniętą część mózgu.

4. Chory *K.* l. 43, cierpi na bąblowca wątroby *(Echinococcus hepatis)*. Guz był usadowiony między lewym a prawym płatem na górnej i tylnej powierzchni wypukłości wątroby, wielkością dochodził głowy dziecka 5—6-letniego. Przed otwarciem jamy brzusznej rozpoznania postawić nie można było, stwierdzono tylko znaczne powiększenie wątroby wskutek guza niewiadomej natury. Dla lepszego dostępu przecięto całe więzadło okrągłe i odpreparowano więzadło wieńcowe *(lig. coronarium)* w tył. Wątrobę skręcono ostrym przednim brzegiem w dół, bacząc, by naczynia wchodzące i wychodzące nie były zbyt uciśnięte. Dopiero wówczas zobaczono guz. Po resekcyi i odpreparowaniu przylegających z boków i przodu płatów wątroby, (katgutowe podwiązki *en masse* na tępych dużych igłach) udało się guz zbliżyć do otworu w powłokach brzusznych. Całe otoczenie wytamponowano gazą aseptyczną. Po utworzeniu się zrostów po 4 dniach otworzono bąblowiec, wypłókano i wytamponowano jamę. Obecnie powstała tylko mała przetoka, która się operacyjnie zagoi.

Przypadek ten wykazuje możebność uzyskania dostępu do podprzeponowych części wątroby.

VI. Kol. Chlumský (jako gość) przedstawia trzy przypadki: dwa, operowane przez siebie, jeden przez dra Przybylskiego.

1) Mężczyzna 35-letni, cierpiący od trzech prawie miesięcy na *invaginatio ileo-colica chronica*. Chory udał się początkowo do kliniki wewnętrznej, stamtąd został przeniesiony do kliniki chirurgicznej. Przy operacyi znaleziono wgłobienie dużego kawałka jel. biodrowego, ślepego, okrężnicy wstępującej i poprzecznej aż po zagięcie esowate. Odgłobienie udaje się tylko częściowo, mniejwięcej 15—20 ctm. nie można rozsunąć.

Enteroanastomoza 15 ctm. poniżej początku wgłobienia pomiędzy jel. biodrowem a częścią śledzionową poprzecznicy poprzecznej zapomocą guzika wessalnego Murphy-Chlumský. Część, w której jelita zlą-

czono, odprowadzono do jamy brzusznej, część zaś wgłobioną pozostawiono przed powłokami brzusznemi, rany wytamponowano wyjałowioną gazą. W kilka dni po operacyi nastąpiło obumarcie i pęknięcie ścian jelita odprowadzonego. Otwory zaszyto z dobrym skutkiem. Enteroanastomoza od początku funkcyonowała prawidłowo; 13-go dnia znaleziono w odbytnicy mocno nadżarty guzik. Wyłożona część jelit po zupełnej *restitutio ad integrum* cofała się wstecz. Obecnie w 4 tygodnie po operacyi całe jelito cofnęło się do jamy brzusznej. Przez otwór wielkości 5-ciokoronówki wypukla się tylko bardzo niewielka część jelita, pokryta rdzawą masą ziarninową. Zachowanie się guzika i w tym przypadku upoważnia nas do przypuszczenia, iż w razie nieodejścia guzika drogą przyrodzoną nastąpiłoby jego zupełne wessanie. Na tem polega duża zaleta jego w porównaniu z oryginalnym guzikiem Murphyego. Operacya w znieczuleniu lędźwiowem Corning-Biera tropakokainą.

2) 20-letnia chora przyszła do kliniki z oznakami bardzo niewielkiego opadnięcia trzew *(enteroptosis)*. Żołądek znacznie rozszerzony. Przy wydymaniu dolna granica sięgała prawie do spojenia łonowego. Przy laparotomii nie znaleziono żadnych zmian anatomicznych w żołądku, a szczególnie w odźwierniku *Gastroenterostomia retrocolica posterior*. Anastomozę wykonano możliwie blizko dwunastnicy tak, że pętla doprowadzająca była zaledwie kilka ctm. długa. Przebieg poopeperacyjny był idealny; dolegliwości, które polegały na objawach zastoju i niewydolności żołądka, ustąpiły zupełnie. Operacya w znieczuleniu lędźwiowem Corning-Biera tropakokainą.

3) 55-letnia chora. Rozpoznano: *hernia cruralis incarcerata gangraenosa*. Operowana przez dra Przybylskiego w znieczuleniu lędźwiowem tropakokainą.

W tym przypadku postąpiono tak, jak w klinice prof. Kadera zawsze w takich razach, gdzie resekcya obumarłego jelita jest z jakichkolwiekbądź powodów niewykonalną i gdzie chodzi o możliwy pośpiech; więc rozszerzono wrota przepuklinowe, wyłożono przed wrota całą obumarłą pętlę i przylegające do niej części do- i odprowadzającego jelita. Jamę brzuszną w otoczeniu wytamponowano. Od enteroanastomozy i wszelkiego innego zabiegu odstąpiono, a to z tego powodu, by nie przedłużać operacyi. Wykonany zabieg usuwał ucisk na krezkę, jak również na ściany i światło jelita. Odżywianie mogło się odbywać zupełnie prawidłowo. Przeszkoda dla prawidłowego przesuwania się treści była usunięta. Po paru dniach, kiedy zrosty w otoczeniu były już dostateczne, ściana jelit w miejscu obumarcia pękła i część treści wydobywała się na zewnątrz, nie zakażając jamy brzusznej. W 14 dni po operacyi odprowadzono wyłożoną część (naturalnie bezkrwawo). Obecnie pozostała tylko mała przetoka, która prawdopodobnie prędko się zgoi.

VII. Kol. A. Klęsk (jako gość) przedstawia 48 letniego chorego, cierpiącego na typowy okaz choroby Basedowa, któremu prof. Kader usunął lewą nerkę z powodu guza, zajmującego prawie cały miąższ. Przypadek ten jest dość ciekawy. Z zawodu dozorca kopalni. Zawsze był zdrów; przed dwoma dopiero laty zauważył lekkie zgrubienie szyi, bicie serca, a w końcu drżenie rąk. W sierpniu r. z. został uderzony silnie w bok lewy rurą żelazną. Pierwszy stolec potem miał być krwawy, 3 następne czarne. W 3 tygodnie po urazie zauważył chory lekkie obrzmienie w boku lewym, wychodzące z pod żebra i przemijające bóle brzucha, a wkrótce potem w moczu skrzepy krwi. Od tej chwili aż do dnia przyjścia do kliniki oddaje mocz co kilka dni krwawy, a potem wśród silnego bólu i parcia w boku lewym wydziela się mocz ze skrzepami krwi. Obrzmienie w podżebrzu ma być raz mniejsze, raz większe. Wyczuwał się tam w jamie brzusznej guz wielkości głowy noworodka, mało ruchomy, balotujący, o powierzchni dość równej, nie bolesny. Przy ruchach oddechowych można było końce palców wsunąć między łuk żebrowy a guz i guz ku dołowi posunąć. Badanie wykazało: wysadzenie gałek ocznych, objaw Graefego, Stellwaga, zmiany w barwie skóry, lekkie obrzmienie gruczołu tarczykowego, drżenie rąk i języka, niepokój nerwowy, gorące ręce, silne pocenie się, tętnienie tętnic, niedomykalność zastawki dwudzielnej, tętno 100. Badanie moczu, prócz śladu białka, nie wykazywało pierwszego dnia żadnych zmian.

Na 3-ci dzień po przyjęciu stwierdzono w moczu krew. Wówczas też w osadzie znaleziono liczne krwinki czerwone, białe, przybłonki nerkowe; białka badanego sposobem Esbacha 1‰. Wieczorem dnia tego mocz całkiem czysty bez białka. Nazajutrz w moczu znowu liczne skrzepy.

Rozpoznano nowotwór lewej nerki. Być może, że powstał on pod wpływem urazu. Uraz wywołał prawdopodobnie krwotok gdzieś w przewodzie jelitowym.

Badanie moczu upoważniało nas do przypuszczania, że druga nerka jest prawidłowa, gdyż w czasie napadów bólu w lewej nerce, znajdowaliśmy w pęcherzu mocz zupełnie fizyologiczny.

Z tych powodów prof. Kader nie cystoskopował i nie sondował ureterów nie chcąc chorego narazić na możliwe zakażenie, postanowiwszy w czasie operacyi przekonać się o stanie nerki lewej.

Dnia 13 listopada dokonał prof. Kader operacyi w znieczuleniu lędźwiowem tropakokainą. Znieczulenie po 7 ctgrm. zupełne, trwało bez żadnych zaburzeń $1^1/_4$ godziny, cała operacya $1^1/_2$ godziny tak, że skórę szyto w półuśpieniu chloroformowem. Cięcie 15 ctm. długie poprowadził prof. Kader po zewnętrznym brzegu mięśnia prostego lewego i po przecięciu otrzewnej zbadał prawą nerkę ręką wprowadzoną do jamy otrzewnowej przez otwór w powłokach brzusznych.

Od środka cięcia podłużnego przeprowadzono cięcie drugie poprzeczne aż do zewnętrznego brzegu przyczepu mięśnia. *quadr. lumb.* Obecnie usunięto zwyrodniałą nerkę. Częściowa tamponada.

Przebieg zdrowienia był prawidłowy, bez gorączki; na 17 dzień po operacyi wystąpił mały krwotok z rany w ścianach brzusznych. Mocz pierwszego dnia po operacyi: 13/XI 650,0 14/XI 1200,0, w trzy tygodnie 2000,0, obecnie średnio 3000,0, mocz czysty bez śladu białka. Chory dziś opuszcza klinikę.

Badanie okazanego guza wykazało, że mieliśmy do czynienia z rakiem siatkowatym *(carcinoma alveolare)*. Operowany pomimo choroby Basedowa zniósł zabieg doskonale, może dlatego, że go operowano w znieczuleniu lędźwiowem, a nie w uśpieniu ogólnem. Serce obecnie znajduje się w tym samym stanie co do rozmiarów i funkcyi jak i przed operacyą; gruczoł tarczykowy obecnie zmniejszył się; objawy nerwowe powiększyły się, również powiększyło się wysadzenie gałek ocznych i pocenie się jest silniejsze.

VIII. Kol. Frommer (jako gość) okazuje igłę własnego pomysłu, służącą do zeszywania przetok pochwowo-pęcherzowych. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. prof. Rosner, podnosząc zalety tego przyrządu stwierdza, że przy wyciąganiu igły następuje zranienie błony śluzowej i zapytuje, czy nie obserwowano krwotoków. Kol. prof. Kader zwraca uwagę, że nieraz za mało miejsca, ażeby módz igłą tą wejść. Kol. prof. Kryński zapatruje się sceptycznie na wartość nowego przyrządu. Przedewszystkiem znaczna odległość właściwej igły od końca narzędzia sprawia to, że szycie nim wymaga wiele miejsca i manipulować przeto będzie można tylko wśród dość obszernych przestrzeni. Zresztą pomysł takiego narzędzia nie jest bynajmniej nowy. Przed 10 laty podał kol. Kryński do szycia rozszczepionego podniebienia długą igłę, której budowa jest analogiczną; jest ona jednakże o wiele od tej wygodniejszą w użyciu, gdyż koniec szyjący jest krótki i odgięty od trzonka pod bardzo ostrym łukiem. Igły tej, której modele znaleźć można jeszcze w tutejszej klinice chirurgicznej, używał kol. K. z powodzeniem kilkakrotnie w operacyi zeszycia podniebienia miękkiego. W jakiś czas po wprowadzeniu tej igły w użycie znalazł kol. K. narzędzie bardzo podobne w którymś z angielskich katalogów narzędzi chirurgicznych. A więc także — *nihil novi*. Prelegent odpowiada na zadane pytania.

IX. Kol. Bier mówił »O nowoczesnych sposobach odkażania mieszkań«. Część I z demonstracyą przyrządów. (Rzecz przeznaczona do druku).

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

* * *

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1898.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

6. *Higiena szkolna.*

W r. 1898/9 było uczniów szkół średnich w Galicyi 18,892, klas zaś 445; wypada więc średnio uczniów 42 na

jedną klasę Niestety klasy te mieszczą się jeszcze przeważnie w budynkach wynajętych, z których „tylko mała część odpowiada higienicznym warunkom..., a przeważnie są całkiem nieodpowiednie“.

Byłoby pożądanem może więcej wyczerpujące wyliczenie wadliwości tych gmachów; przynajmniej dwie szkoły średnie krakowskie, jeszcze dziś najgorzej pomieszczone, warte były szczegółowego opisu. W ciągu r. 1898/9 na całą Galicyę przeniesiono tylko jedną szkołę średnią w Krakowie do nowego budynku, prawda, że dwie inne (dziś już zajęte) były już w budowie. Podobnież powoli postępuje budowa seminaryów nauczycielskich i szkół ludowych, choć niewątpliwie tych ostatnich (budowanych kosztem własnym gmin) powstaje coraz więcej. W r. 1898/9 ukończono 4 budynki, wykonano nowych 20, a rozpoczęto 12. Zawsze jeszcze — według wykazów Rady szkolnej kraj. — 668 szkół (na 3711 szkół ludowych) znajduje się w stanie nieodpowiednim.

Obowiązkowa nauka gimnastyki coraz częściej bywa wprowadzaną do szkół średnich, zwłaszcza nowowybudowanych, które zazwyczaj mają obszerną salę gimnastyczną.

Lekarze urzędowi (powiatowi?) zwiedzają szkoły ludowe tylko przy sposobności, t. j. podczas epidemii, szczepienia lub podróży inspekcyjnych Tylko we Lwowie nowo zatwierdzony regulamin dla lekarzy miejskich wprowadził regularny nadzór lekarski w ludowych szkołach miejskich.

O ile postąpiła naprzód sprawa zaprowadzenia u nas lekarzy szkolnych, jakie im przyznać prawa, a jakie obowiązki, czy i jakie w tym celu robiono kroki, o tem w sprawozdaniu niema żadnej wiadomości.

Następuje tablica, wykazująca gdzie, na jak długo i ilę szkół ludowych było zamkniętych z powodu epidemii, a w końcu wzmianka, że w seminaryach nauczycielskich wykładają lekarze higienę i somatologię. „O wynikach nauki c. k. Rada zdrowia niema wiadomości “

7. *Instytucye i zakłady lecznicze i humanitarne.*

Jak już powiedzieliśmy wyżej, rozdział ten byłby pomieszczony z większą korzyścią dla sprawozdania tam, gdzie już była mowa o tych instytucyach, tj. na str 36 78. Rozdział obecnie omawiany dotyczy organizacyi tych instytucyi. Omawia więc pokrótce skutek wprowadzenia ustawy krajowej z dnia 28. czerwca 1897 r., regulującej stosunki prawne szpitali publicznych w Galicyi i organizacyę w nich służby lekarskiej. Dalej notuje powstanie nowego szpitala w Przemyślanach i Husiatynie, a przeniesienie się do nowego budynku szpitala tarnopolskiego i roboty przygotowawcze do budowy innych, wreszcie otwarcie pawilonu izolacyjnego przy szpitalu rzeszowskim.

„Mimo ożywionej czynności w kierunku budowy szpitali było z końcem roku 1898 jeszcze 35 powiatów z ludnością $2^1/_2$ miliona, nie posiadających żadnego szpitala“. Zdaje się nam, że byłoby tu bardzo pożądanem podanie dokładne liczby wszystkich szpitali w Galicyi wogóle, wraz z uwzględnieniem ich urządzeń, personalu lekarskiego, liczby łóżek, pawilonów izolacyjnych i t. d. Dopiero po dokonaniu takiej inwentaryzacyi zyskałoby notowanie zmian i przybytków na wyrazistości.

Dalej przytacza Sprawozdanie pokrótce działalność różnych Towarzystw humanitarnych, jak kolonie wakacyjne i lecznicze, schroniska, ochronki i t. p., których dla braku miejsca powtarzać tu nie możemy. Za to wraz ze Sprawozdaniem z r. 1897 powtórzymy tu ustęp następujący, chcąc nań zwrócić uwagę czynników miarodajnych, ustawodawczych. „Największą wadą pod tym względem jest w naszym kraju to, że opieka nad ubogimi nie jest ustawowo uregulowaną. Gdyby nawet dobroczynność publiczna jeszcze więcej czyniła, nie będzie to wystarczającem, jeżeli równocześnie nie będzie ustawowo wzbronionem żebractwo i włóczęgostwo“. Zdaje nam się, że pierwszym krokiem, zmierzającym ku temu celowi, byłoby tworzenie domów przymusowej pracy, gdzieby tych żebraków i włóczęgów osadzano. A ponieważ przy tylu potrzebach kraj nie może wydołać im materyalnie, pożądanemby było, by ofiarność publiczna obowiązek ten przyjęła. Tyle u nas powstało instytucyj z zapisów testamentowych, tyle się nieraz grosza marnuje na zapisy czasem nawet znaczniejszych kwot „na jałmużnę dla biednych“, która często najgorzej rozdzielona tylko ludzi rozpróżniacza, że byłoby bardzo pożądanem zwrócenie uwagi ogółu na ten może dziś najważniejszy, bo równocześnie umoralniający kierunek i sposób niesienia ofiar.

8. *Więzienia i areszta.*

Jeszcze przed niedawnym czasem, 8 12 lat temu, więzienia, a zwłaszcza areszta, były u nas rozsadnikiem chorób zakaźnych, szczególnie często duru plamistego.

Nie da się zaprzeczyć, że główne więzienia we Lwowie (dwa), Stanisławowie, są — dzięki staraniom prezydyum Sądu — nieco lepiej urządzone i wyposażone, dają więźniom lepszą strawę, mają przyrządy desinfekcyjne w używalnym stanie i t. d. To też mimo dość gęstego zaludnienia przeciętna śmiertelność nie jest zbyt znaczną (około 3·3%). Najwięcej więźniów umiera na choroby narządu oddechowego, zwłaszcza na suchoty. Z Krakowa i Wiśnicza brak sprawozdań.

Natomiast areszta i więzienia w miastach prowincyonalnych pozostawiają dużo do życzenia. Lekarze urzędowi uznali tylko w 13. powiatach areszta przy sądach za dobre; natomiast w 26 powiatach uznali je albo za złe zupełnie, albo nieczyste z powodu niechlujstwa, albo wreszcie przepełnione. Przypomina się tu ustęp ze Sprawozdania zeszłorocznego: „Nie da się zaprzeczyć, że wielu kierowników sądów powiatowych mało zwraca uwagi na urządzenia i czystość aresztów, na odpowiednią żywność aresztantów, na szybką i dobrą dla nich pomoc lekarską. Także nierzadko zdarza się, że inspektorowie sanitarni znajdują przyrządy desinfekcyjne wcale nie używane, a często nawet nierozpakowane w aresztach“. Ten brak „szybkiej a dobrej pomocy lekarskiej“ stał się przyczyną, że w dwóch więzieniach powiatowych rozpoznano w r. 1898 dur plamisty w jednym dopiero w 12. dniu choroby, wskutek czego zachorowało 3 więźniów i adjunkt sądowy, który też i umarł; w drugim zaś „dopiero gdy stwierdzono zawleczenie duru plamistego do trzech gmin powiatu przez inkwizytów uwolnionych, którzy dopiero w domu zachorowali, nabrano przekonania, że pierwszy przypadek, dotyczący inkwizyta, który pierwszy w areszcie zachorował, był durem plamistym (!). (c. d. n.)

Kilka uwag o przyczynach coraz większego upadku stanowiska lekarzy.

Wobec coraz cięższych warunków bytu, wobec wzrastającej drożyzny obudził się w różnych warstwach społeczeństwa silny ruch, zmierzający do skupienia się i obrony interesów stanu. Idą więc w zwartym szeregu: urzędnicy państwowi, urzędnicy kolejowi, oficyaliści prywatni, adwokaci, robotnicy itd. itd. — jedynie lekarze zachowują się dotąd prawie całkiem biernie, a usiłowania, aby ogół lekarzy zbudzić z tej martwoty, niewydały dotąd pożądanych owoców. Przyczyną tego brak poczucia solidarności stanowej wśród lekarzy. Większa część zaskorupiona na prowincyi głuchą jest na głosy, do skupiania się nawołujące, — inni zebrawszy jaki taki zapas pieniężny patrzą obojętnie na wszystko, coby do podniesienia bytu kolegów przyczynić się mogło. I tak płynie rok za rokiem, a byt nasz zamiast się polepszać, coraz bardziej upada, gdyż każda warstwa społeczna zdobywa korzyści dla siebie kosztem pozostałych, a skoro w stworzeniu organizacyi zawodowej pozostaliśmy na szarym końcu, nie dziw, że i szkody odnosimy stosunkowo największe.

Zamiast zastósować się do prądu czasu i „jednością silni“ wystąpić w obronie własnej sprawy, my zawsze jeszcze z humanitarnego charakteru naszego zawodu pozwalamy wysnuwać zbyt daleko idące wnioski, które każdy inny stan napiętnowałby już oddawna, jako jaskrawy wyzysk. N p. wynagrodzenia lekarzy kolejowych, kas chorych itp, są czasami niższe od wynagrodzenia budnika kolejowego, lub woźnego sądowego. Kto temu winien? — my sami. Jeśli jednostka a nawet grono poruszy jakąś myśl, mającą na celu polepszenie bytu, zabezpieczenie nasze i rodzin naszych na wypadek śmierci, niezdolności do pracy, chwilowej choroby — to na takie zgromadzenia, wiece — przybywa zaledwie setna część zaproszonych i to tylko po to, by roztrząsnąwszy sprawę powrócić do domu z tem przekonaniem, że nas za mało, byśmy na naszą korzyść wiele zdziałać mogli. Temu nie pozwala przybyć na zgromadzenie piastowany urząd, owemu praktyka, innemu jakieś zebranie towarzyskie, partyjka i t. d., i mało kto zdobędzie się dla ogólnego dobra poświęcić jeden dzień, choćby nawet godzin kilka; — inaczej mówiąc mało nas to wszystko obchodzi, bo jednym nieźle się wiedzie w praktyce, drudzy zajmują takie posady, że nie obawiają się dla siebie lub swej rodziny biedy na starość lub na wypadek śmierci, — inni znowu zebrali grosza dosyć, spokojni o przyszłość; — niech tam na zgromadzenia chodzą tacy, których bieda gniecie i niech się sami bronią. Że tak jest, przekonałem się na kilku zgromadzeniach, w których uczestniczyła ledwo garstka.

Z tego odrętwienia, z tej egoizmem trącącej obojętności na wszystko, co dąży do polepszenia naszego bytu i przyszłości, zacząć się leczyć — czas ostatni

Zawiązało się niedawno „Towarzystwo samopomocy lekarzy,“ którego Wydział pod przewodnictwem świątłego i energicznego prezesa krząta się bardzo żywo około interesów naszych; powinniśmy wszyscy bez wyjątku przystąpić do tego Towarzystwa, a mam to głębokie przekonanie, że jeżeli wesprzemy je solidarnie wszyscy, jeżeli każdy jego krok poparty będzie przez półtora tysiąca lekarzy galicyjskich, to wywalczy nam ono zwolna wszystko, co byt nasz zabezpieczyć i polepszyć może.

Ale też tylko skupienie się wszystkich lekarzy pod wspólnem hasłem może temu Towarzystwu wyrobić wpływ poważny u władz i społeczeństwa, może je zachęcić do coraz energiczniejszych zabiegów. Zapiszmy się więc gromadnie do Towarzystwa, przesyłajmy Wydziałowi „Towarzystwa samopomocy lekarzy“ wiadomości o wszelkich nadużyciach i krzywdach, stanowi naszemu zrządzanych, obmyślajmy sposoby zapobiegania złemu, przybywajmy licznie na walne zgromadzenia nie cofając się przed drobną z tem złączoną stratą materyalną, starajmy się zapomocą prasy politycznej zapoznać ogół z potrzebami i słusznemi żądaniami naszego stanu, a idąc wszyscy zwartym szeregiem osiągniemy to, że władze i społeczeństwo z nami liczyć się muszą, bo domagać się będziemy poprawy istniejących stosunków w imię słuszności i sprawiedliwości. *Dr. Józef Bednarski,*

lekarz okręgowy w Alwerni.

Do Towarzystwa samopomocy lekarzy przystąpili w styczniu 1902 roku następujący nowi członkowie:

Kol.: Bross, Better, Bielawski, docent Bochenek, Boczar, Chotiner, Czerny, Dundaczek, Dattner, Engländer, Friedmann, Gólski, Gottlich, docent Lemberger, Łopaciński, Laks, Latkowski, Lorie, Majewski, Matzke, Merz, Münz, Nowotny, Owsiński, Ozga, Piepes, docent Rutkowski, Schwarz, Urbanik, Witaliński, Wilczyński, Wojciechowski, Zaremba, Żeleński z Krakowa..

Kol.: Kwitakiewicz i prof. Ziembicki ze Lwowa, kol.: Bober z Chodorowa, Dortheimer z Oświęcimia, Gąsiorek z Łapanowa, Gliksmann z Budzanowa, Karaś z Makowa, Łodygowski z Biały, Pilecki z Tarnorudy, Stahlberger ze Stryja, Schneider z Radymna i Stanowski z Winnik. *Dr. Langie*, sekretarz.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 13 lutego.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. prof. Rosner miał zapowiedziany odczyt: »O ciąży bliźniaczej monochorialnej.«

Przewodniczący kol prof. Kostanecki zawiadomił o chwalebnej inicyatywie zarządu Towarzystwa w urządzeniu odczytów z dziedziny higieny. Odczyty te odbędą się w pierwszej połowie m. marca w gimnazyum Nowodworskiem. D. 5 marca mówić będą: 1) kol. prof. Bujwid: »O zadaniach higieny szkolnej«; 2) kol. dr. J. Landau: »Szkoła a choroby zakaźne«. — Dnia 9 marca: kol. dr. Eug. Piasecki: »O spółczesnej gimnastyce wobec fizyologii i higieny« (z demonstracyą ćwiczeń) — Dnia 12 marca; 1) kol. prof. Wicherkiewicz: »O wpływie szkoły na rozwój chorób ocznych«; 2) kol. dr. Bier: »O zadaniach lekarza szkolnego«.

* Dnia 11 b. m. nastąpiło pod przewodnictwem prof. Wicherkiewicza ukonstytuowanie się Komitetu narodowego polskiego na XIV międzynarodowy Kongres lekarski w Madrycie.

W skład Komitetu wchodzą: Z Krakowa koledzy: prof Wicherkiewicz, prof. Reiss, dr. Buzdygan i prof Kryński; ze Lwowa: prof. Mars, prof. Łukasiewicz i dr. Lesław Gluziński; z Warszawy: dr. Florkiewicz, dr. Kurtz i dr. Wróblewski; z Poznania: dr. Niegolewski, dr. Jarnatowski Kazimierz i dr. Dziembowski Kazimierz.

W skład zarządu weszli: prof. Wicherkiewicz (prezes), dr. Florkiewicz (wiceprezes), dr. Buzdygan (sekretarz) i prof. Reiss (skarbnik).

(—) Dnia 24 stycznia b. r. odbyło się uroczyste posiedzenie Tow. chemików berneńskich (Szwajcarya) w sali hotelu »Sorchen« ku czci zmarłego prof. Nenckiego, honorowego członka tego Towarzystwa. Po zagajeniu przez przewodniczącego, prof. chemii nieorg. Dr. Friedheima, przemówił prof. chemii org. rodak nasz Dr. Stanisław Kostanecki, streszczając działalność Nenckiego, jako ścisłego chemika i wyszczególniając jego zdobycze na tem polu wiedzy, nadto w barwnym swoim wykładzie przedstawił prof K, jakim wprost wirtuozem był Nencki, na jak wielu polach wiedzy pracował, ale każdą z tych gałęzi nauki gruntownie znał i rozszerzał.

Następnie przemówił prof. Hefter, następca Nenckiego na katedrze berneńskiej chemii fizyologicznej, omawiając działalność zmarłego na tem polu wiedzy.

Poczem prof. Schaffer (chemia środków spożywczych), były wieloletni asystent Nenckiego, dorzucił do mów poprzedników osobiste wspomnienia w nader serdecznych słowach, kończąc uwagą, że nietylko on (Schaffer), ale bardzo wielu chemików i niechemików, zajmujących dzisiaj wybitne stanowiska naukowe, bardzo wiele zawdzięczają zmarłemu wielkiemu Nenckiemu.

Uroczystość tę zakończył przewodniczący, zbierając jeszcze raz krótko zasługi Nenckiego, zaznaczając, jak wielką stratę poniosła nauka, tracąc Nenckiego i wezwał obecnych do uczczenia przez powstanie pamięci Tego, którego imię złotemi zgłoskami zapisane jest w historyi cywilizacyi.

Również pismo codzienne »Bund« umieściło we wstępnym artykule nekrolog Nenckiego pióra prof. chemii sądowej Dra Tschircha, również ucznia zmarłego. *Dr. H. Mańkowski* lek. wet.

* Znakomity podręcznik medycyny sądowej profesorów Caspra i Limana, który ostatni raz ukazał się w roku 1889, doczeka się w najbliższym czasie nowego wydania nakładem berlińskiej firmy Hirschwalda. — Redakcyę objął Dr. A. L. Schmidtmann tajny radca w królewskiem pruskiem ministeryum oświaty, opracowanie zaś poszczególnych działów tego podręcznika dokonają między innymi profesorowie: Strassmann z Berlina, Haberda z Wiednia, Wachholz z Krakowa, Ziemke z Halli i Docent Puppe z Berlina. — Prof. Wachholz opracuje dział traktujący o otruciach.

* Prof. Tadeusz Browicz mianowany został członkiem honorowym Tow. lek. wileńskiego.

* Dr. Tomasz Piotrowski, asystent sanitarny, został przeniesiony ze Lwowa do Kałusza.

* Wileńskie Towarzystwo lekarskie odbyło wybory zarządu na r. 1902. Wybrani zostali: na prezesa dr. Aleksander Wojnicz, na wiceprezesa dr. L Czarkowski; pierwszym sekretarzem pozostał dr. Ant. Waszkiewicz, na drugiego wybrano dra Zametta.

* XX-ty Kongres medycyny wewnętrznej odbędzie się w Wiesbadenie od 15 do 18 kwietnia 1902 r. pod przewodnictwem profesora Naunyna.

* W skład Komitetu, który stoi na czele »Międzynarodowego biura dla walki z gruźlicą« wchodzą: Leyden, Gerhardt Fränkel, Panvitz. Członkami honorowymi tego Komitetu są: książę na Raciborzu (Niemcy), Brouardel, Lannelongue i Nocard (Francya), Sir H. Weber i Sir W. Broadbent (Anglia), książę Oldenburgski (Rosya), Schrötter (Austrya), Bacelli (Włochy) i Hassi-Moto (Japonia).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień III (12—18 stycznia). Ogólna liczba mieszkańców wraz z wojskiem wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 26, urodziło się dzieci 66, zmarło osób 41 — mianowicie: z gruźlicy 11 (4 zamiejscowych), z zapalenia płuc 4 (1 zam.), z krztuśćca 1, z płonicy 4 (3 zam.).

Mianowania i odznaczenia. Dr Jacques mian. został prof. nadzw. farmakologii w Brukseli. Doc. dr. H. Sellheim — nadzwycz. prof. w Freiburgu. Doc. dr. Manasse — prof. nadzw. i dyrektorem klin. otyatrycznej w Strassburgu. Doc. dr. Lanz — prof. chirurgii w Amsterdamie.

Nekrologia. Dr. Mavrogeni Pasza, b. prof. w Szkole lekarskiej, zmarł w Konstantynopolu w 86 roku życia. Dr. Fazio, prof. higieny, zmarł w Neapolu. Dr. Filatow, prof. chorób dzieci, zmarł w Moskwie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 6. Gryglewicz: Przypadek żółtaczki zakaźnej (choroby Weila). Idzikowski: O znieczulaniu w szpitalu ludowym. (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 6. Goldflam: Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem, wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (Dr. E. Flatau) (c. d.). Dłuski: W sprawie trawienia u suchotników (dok.).

— *Krytyka* Nr. 2. Wysłouch: Ohyda wieku.

Pamiętnik Towarz. lekar. warszawskiego Z. III. Konwerski: Semiotyka i metodyka badania odruchów. Sławiński: Anatomia patologiczna i patogeneza żylaków (dok.) Z. IV. Kijewski: O wycinaniu płuc. Surzycki: O środkach nasercowych na podstawie własnych i obcych doświadczeń. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce.

— *Zdrowie* Z. 2. Dąbrowski: Wyniki spisu jednodniowego chorych, dokonanego w szpitalach warszawskich w d. 5—IV. 1900 r. I. Jaworski: Gruźlica a małżeństwo. Gałecki: Suchoty płucne, istota choroby, środki zapobiegawcze i zasady leczenia (dok.).

— *Przegląd felczerski* Nr. 2. Cetnarowicz: Organ wzroku a ospa (c. d). Frejlich: Powietrze i jego własności. Moszkowski: O przepuklinach. Boms: Kilka przypadków (kazuistyka). Frejlich: Pielęgnowanie chorych (c. d.). Gutman: Nieco z bakteryologii.

— *Nowiny lekarskie* Z. 2. Sędziak: W sprawie związku okresu przejściowego u kobiet z pewnemi cierpieniami górnego odcinka dróg oddechowych, oraz uszów. Dydyński: O porażeniu Landryego (c. d.). Wróblewski: O wyłyżeczkowaniu macicy po poronieniach, jako operacyi dla lekarza praktycznego (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 6. Hausman: O použiti spinálni analgesie v gynaekologii. Kose: Funkcionelni diagnostika chorob ledvinowych.

— *La Presse médicale* Nr. 10. Lermoyez: Ropienie w błędniku usznym i jego chirurgiczne leczenie. — Nr. 11. Landouzy: Klinika lekarska paryskiego Wydziału lekarskiego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 5. Talma: Przyczynek do nauki o bębnicy. Meyerhof: Przyczynek do historyi odruchu źrenicy przy zamknięciu powiek. Spiegel: Sztuczny przełyk. Oppenheim O zatorach w płucach, spostrzeganych po zabiegach chirurgicznych, ze szczególnem uwzględnieniem operacyi w zakresie wyrostka robaczkowego. Petruschky: Sanatorya i leczenie tuberkuliną we wzajemnem ich uzupełnieniu się. Helbron O oderwaniu siatkówki w zapaleniu nerek u ciężarnej (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 6. Gussenbauer: Doświadczenia nad osteoplastyczną trepanacyą czaszki z powodu guzów w mózgu. I Süsswein: Co się staje z prątkami błoniczymi w przewodzie pokarmowym i jakie czynniki mają tu wpływ? Krokiewicz: Przyczynek do nauki o wściekliźnie u ludzi. Fuchs: Przyczynek do kazuistyki wodniaka dwukomorowego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 5. Lanz: Precz z odprowadzaniem (przepukliny). Edlefsen: Stłuczenie nerek czy zapalenie nerek. Przyczynek do nauki o podskórnem uszkodzeniu nerek. Jessen: Przyczynek do nauki o zranieniach prądem o wysokiem napięciu. Thime: Leczenie krwotoku płucnego podskórnemi wstrzykiwaniami żelatyny. Sengler: Przypadek dostania się powietrza do żył macicznych w połogu z zejściem śmiertelnem. Hamm: Leczenie przewlekłego suchego nieżytu ucha środkowego przez przebywanie w komorze pneumatycznej. Sachs. O występowaniu hemoglobiny z stwardniałych w sublimacie krwinek czerwonych. Rühl: O położeniu stromem miednicy przy operacyi na drogach żółciowych. Bradshaw: Myelopatyczna albumosurya.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 6. Kionka: Trujące działanie siarczku sodowego, używanego jako sól do konserwowania mięsa. Hirschfeld i Tobias: Przyczynek do wiedzy o białaczce szpikowej. Lewinger: Przyczynek do rozpoznania trzeciorzędnej kiły połyku. Ritter: O etyologicznem znaczeniu urazu.

Redakcya otrzymała. Ołtuszewski: 1) Niemota, bełkotanie, mowa nosowa, jąkanie, oraz higiena mowy. 2) Zwyrodnienie psychiczne i jego stosunek do różnych kategoryi zboczeń mowy. S. Sterling: O suchotach czyli gruźlicy, jak się tej choroby wystrzegać.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 19 lutego, o godz. 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej zakładu fizycznego prof. Witkowskiego*** posiedzenie zwyczajne, na którem po demonstracyi kol. dra Dobrowolskiego z kliniki prof. Jordana, kol. prof. Browicz wygłosi odczyt: „Kilka uwag o komórce wątrobnej“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLI. Kraków, 22 Lutego 1902. Nr. 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakł. anat. patol. prof. Browicza w Krakowie.

Przyczynek do sprawy t. z. mięsaków limfatycznych kiszki (jelita grubego).

Podał

Dr. L. K. Gliński

asystent zakładu.

Z mięsakami limfatycznymi, podobnie jak i z mięsakami wogóle, w obrębie jelit spotykamy się rzadko, o czem najwymowniej świadczy statystyka przypadków, sekcyonowanych w wiedeńskim szpitalu ogólnym, zebrana przez Nothnagla: w ciągu 12 lat (1882—1893) na ogólną liczbę 21.358 sekcyj przypadły na raki jelit 243 przypadki, podczas gdy jednocześnie zaledwie w 12 przypadkach znaleziono w jelitach nowotwory o utkaniu mięsaków. To też, opierając się na tej statystyce i na danych z piśmiennictwa, Nothnagel słusznie zwraca uwagę na rzadkość tej sprawy chorobowej, przyczem podkreśla tę okoliczność, że podczas gdy raki usadawiają się zwykle w kiszce grubej, mięsaki przeciwnie wychodzą zazwyczaj ze ścian jelita cienkiego, zwłaszcza o ile to dotyczy mięsaków limfatycznych. I rzeczywiście w piśmiennictwie spotykamy się względnie często z przypadkami pierwotnych mięsaków w obrębie jelita cienkiego i sprawa ta doczekała się już nawet kilku szczegółowych monografij, omawiających mięsaki jelit cienkich z punktu widzenia zarówno klinicznego, jak i anatomo-patologicznego, że wspomnę tutaj tylko dawniejsze prace Baltzera i Madelunga oraz z nowszych — Schmidta, Smolera, Siegla, Pietrowa, Czerniachowskiego, Sternberga, Libmana i innych, którzy, opisując świeże przypadki tego cierpienia, po większej części streszczają jednocześnie przypadki już dawniej opisane.

Bez porównania rzadziej spotykamy się z mięsakami, zwłaszcza zaś z mięsakami limfatycznymi, w obrębie kiszek (jelit grubych); stosunkowo jeszcze najczęściej zdarzają się tutaj mięsaki w obrębie zastawki Bauhina, zajmujące jednocześnie dolny odcinek jelita biodrowego, lub przylegające tutaj części kiszki ślepej, lub wreszcie zajmujące wyłącznie kiszkę ślepą. Przed rokiem Blauel zdołał zebrać z piśmiennictwa zaledwie 8 przypadków mięsaków pierwotnych w tej okolicy, do której to liczby należałoby dodać przypadki spostrzegane przez Nothnagla (3 przyp.) i Kundrata (3 przyp.), zresztą dokładniej nie opisane. Dość częste również są mięsaki w obrębie odbytnicy; są to jednak zwykle t. z. mięsaki barwikowe (*melanosarcomata*): (w 1899 r. Wiener zebrał z piśmiennictwa parę znanych przypadków takich mięsaków).

Inne rodzaje mięsaków, zwłaszcza zaś mięsaki limfatyczne, o ile wnosić mogę z dostępnego mi piśmiennictwa i bogatego (około 1200 sekcyj rocznie) materyału sekcyjnego tutejszego zakładu anatomii patologicznej, najrzadziej trafiają się w obrębie odbytnicy, oraz pozostałych części kiszki; w tym kierunku w dostępnem mi piśmiennictwie zdołałem znaleźć zaledwie krótkie wzmianki u Nothnagla który wspomina o mięsaku zwykłym odbytnicy, oraz u Kundrata, który spostrzegał przypadek mięsaka limfatycznego również w obrębie odbytnicy u 50-letniego mężczyzny. Mięsaki kiszki omawiają również w swych pracach Minkiewicz, Carvardine, Pabst, Körte, Krüger; są to jednak przeważnie krótkie wzmianki o przypadkach, często nie badanych nawet mikroskopowo. Najciekawszym jednak jest przypadek Lehmanna, niestety niedostępny mi w oryginale. W przypadku tym, poczynając od odbytnicy ku górze, całe jelito z wyjątkiem początkowej części jelita czczego na całym obwodzie zajęte było naciekiem nowotworowym i tworzyło sztywną, znacznie (do 2 ctm.) zgrubiała, miejscami rozszerzoną cewkę. W gruczołach krezkowych i pachwinowych, oraz w wątrobie, znajdowały się przerzuty. Badanie drobnowidowe miało wykazać utkanie śródbłoniaka międzypęczkowego (*endothelioma interfasciculare*).

Rzadkość mięsaków wogóle, a mięsaków limfatycznych w szczególności, w obrębie kiszek (jelit grubych), a co za tem idzie, niedostateczna znajomość tej sprawy, wreszcie niezwykły obraz anatomiczny, — oto względy zdaniem mojem wystarczające do omówienia następującego przypadku.

M. C., lat 48, zgłosiła się w początku października 1900 roku do tutejszego szpitala św. Łazarza na oddział p. Radcy Dra Krokiewicza (któremu za łaskawie udzielone mi daty kliniczne składam na tem miejscu szczere podziękowanie), podając, iż czuje się niezdrową od dłuższego czasu, od roku z ś ciężko chorą. Choroba ma się objawiać dreszczami, biegunką, niekiedy bardzo znaczną, wreszcie czasem wymiotami; na 3 dni przed przybyciem do szpitala zauważyła krew w wypróżnieniach stolcowych, co ją skłoniło ostatecznie do zgłoszenia się na oddział szpitalny. Badanie przedmiotowe wykazywało dość znaczne wyniszczenie, stan podgorączkowy, obniżenie dolnej granicy i pluskanie w żołądku, zmiany gruźlicze w płucach, wreszcie badanie przez odbytnicę pozwoliło stwierdzić na tylnej powierzchni bani odbytu (ampulla recti) obecność tkliwego, miękkiego guza o szerokiej podstawie i gładkiej powierzchni; w pachwinie lewej można było wyczuć niezbyt znacznie powiększone gruczoły chłonne. Badanie krwi wykazywało małego tylko stopnia leukocytozę, zresztą badanie przedmiotowe innych narządów ważniejszych zmian nie wykazywało. Chora pozostawała w szpitalu w ciągu 7 tygodni; w tym czasie biegunka mimo podawania przetworów makowca prawie stale się utrzymywała, ustępując tylko na krótki czas; również utrzymywał się kaszel; po paru dniach wytworzył się zakrzep w lewej żyle udowej, osłabienie i wyniszczenie postępowało coraz dalej, wśród których to objawów nastąpiła śmierć.

Sekcya zwłok, którą wykonałem następnego dnia w zakładzie anat. patolog. prof. Browicza, wykazała w obrębie jelit, gdyż te przedewszystkiem w danym razie nas interesują, następujące zmiany: kiszka (jelito grube) na całej przestrzeni od odbytu aż do zastawki Bauhina uderza swą niezwykłą grubością, jest tutaj prawie jednostajnie nieco rozszerzoną, przedstawia się w postaci sztywnej, ziejącej, grubościennej, dość szerokiej walcowatej cewki. Na całej tej przestrzeni ściany kiszki są naciekłe szarawo białą masą, który to naciek, o ile sądzić można makroskopowo, zajmuje głównie warstwę śluzową i podśluzową.

Błona śluzowa jest pofałdowana; fałdy te skutkiem obecności nacieku w ścianach dochodzą miejscami grubości małego palca; prócz tego do światła kiszki wypuklają się guzy okrągławe od wielkości ziarna grochu do orzecha tureckiego i więcej; są one przeważnie osadzone na szerokiej podstawie, mniej liczne mają kształt polipowaty; są wogóle miękkie, na rozkroju szarawo-biało zabarwione. Błona śluzowa ponad guzami daje się miejscami przesuwać, przeważnie jednak jest ściśle z nimi połączona. Najwięcej tych guzów i największe znajdujemy w dolnych częściach kiszki; w miarę posuwania się ku górze ilość ich zmniejsza się i znowuż dopiero w obrębie kiszki ślepej znajdujemy ich nieco więcej. Poza tem ściany kiszki są zajęte rozległymi płaskimi naciekami, zajmującymi dość jednostajnie cały obwód kiszki. W obrębie odbytnicy oraz dolnej części kiszki esowatej znajdują się rozległe lecz powierzchowne owrzodzenia błony śluzowej, usadowione prawie wyłącznie na szczytach fałdów, oraz wyżej opisanych guzów.

W dolnej części jelita biodrowego, na przestrzeni około 10 ctm., w miejscach, odpowiadających kępom Peyera, znajdujemy płaskie nacieki o nierównej guzkowatej powierzchni, do pewnego stopnia przypominające wczesny okres nacieków durowych; podobnież i znajdujące się tutaj grudki odosobnione *(folliculi solitares)* są stosunkowo znacznie powiększone, występują ponad powierzchnię błony śluzowej, tworząc płaskie guzki wielkości soczewicy i nieco większe. Ściany zastawki Bauhina są również naciekłe. W pozostałych częściach cewki jelitowej żadnych zmian chorobowych nie znalazłem.

Gruczoły chłonne w obrębie krezki, odpowiadającej kiszce (jelitu grubemu), były powiększone aż do wielkości orzecha tureckiego, miękkie, soczyste, szarawo- białe na rozkroju; podobne zmiany znalazłem również i w kilku gruczołach pachwinowych po stronie lewej, podczas gdy gruczoły chłonne w innych okolicach ciała zmian żadnych nie okazywały.

Co się tyczy pozostałych narządów, to badanie pośmiertne wykazało w nich następujące ważniejsze zmiany: w płucu lewem znaleziono dość daleko posunięte zmiany gruźlicze; w lewej żyle udowej znajdował się starszy już zakrzep, narastający w kierunku żyły próżnej dolnej, zajmujący również dolną jej część i przechodzący częściowo do prawej żyły biodrowej wspólnej *(v. iliaca comm. d.)*, co dało powód do surowiczych obrzęków na dolnych kończynach. Wreszcie, jako sprawę końcową, znaleziono włóknikowe zapalenie płuca prawego.

Badanie drobnowidowe kawałków, wyciętych z najrozmaitszych miejsc kiszki (jelita grubego), wykazało co następuje: widoczny już makroskopowo naciek zajmuje głównie błonę podśluzową, składa się z gęsto obok siebie usadowionych, dobrze utrzymanych (nigdzie nie okazujących zmian wstecznych) komórek okrągłych, drobnych (wielkości krwinki czerwonej) o dużem, silnie barwiącem się jądrze; protoplazma tworzy tutaj tylko wąziutką obwódkę dookoła jądra. Komórki te są usadowione w okach delikatnej siatki łączno-tkankowej; stosunek ich do siatki jest niejednostajny: miejscami komórki są tak gęsto obok siebie usadowione, iż siatka staje się niewidoczną, miejscami znów znajdujemy komórek mniej i wtedy siatka wyraźnie występuje na jaw. Oka siatki są różnej wielkości, podobnież i tworzące ją pasma posiadają niejednostajną grubość. Naciek ten wciska się w rozmaitych kierunkach pomiędzy pasma błony podśluzowej, oddalając je od siebie czasami bardzo daleko i powodując skutkiem tego znaczne zgrubienie błony podśluzowej. Cały ten naciek nowotworowy jest niejednostajnie, wogóle jednak dość skąpo unaczyniony, światło naczyń nie zwężone, natomiast ściany ich w wielu miejscach są jednostajnie dość znacznie zgrubiałe i okazują szkliste wejrzenie; śródbłonek naczyń zmian nie okazuje.

Opisany wyżej naciek nowotworowy zajmuje głównie, lecz niejednostajnie, błonę podśluzową, która skutkiem tego jest niejednostajnie zgrubiałą; miejscami takiego rozlanego nacieku nie znajdujemy; natomiast tutaj widzimy grudki odosobnione *(follic. solitares)* już to wielkości prawidłowej, już to dość znacznie powiększone, wyraźnie jednakowoż jeszcze od sąsiednich tkanek odgraniczone, już wreszcie grudki te dosięgają wprost olbrzymich rozmiarów, łączą się ze sobą i formalnie zalewają tkankę otaczającą; wtedy już granic grudek odosobnionych nie widzimy, a natomiast znajdujemy w błonie podśluzowej (częściowo zaś i śluzowej) jednostajny naciek rozlany. Wspomniane wyżej przerwy w nacieku znajdujemy tylko w początkowych częściach kiszki (jelita grubego), podczas gdy w częściach dolnych istnieje jednostajny naciek. Ku dołowi naciek sięga aż do samego odbytu i tutaj znajdujemy go również i w częściach pokrytych już wielowarstwowym nabłonkiem płaskim.

Naciek nowotworowy nie ogranicza się do błony podśluzowej: w bardzo wielu miejscach, zwłaszcza znowu w obrębie odbytnicy, naciek ten przerywa pokład mięśniowy błony śluzowej i szerzy się w błonie śluzowej, tworząc i tutaj obraz podobny jak w błonie podśluzowej; skutkiem tego granica między błoną śluzową a podśluzową zaciera się miejscami prawie całkowicie; miejsce tych błon zastępuje jednostajny naciek i tylko utrzymane gdzieniegdzie pośród nacieku gruczoły Lieberkühna, oraz pozostałości pokładu mięśniowego błony śluzowej dają możność wyróżnienia tych błon. W miejscach już makroskopowo owrzodziałych znajdujemy ubytki w błonie śluzowej; ubytki te jednakże w żadnym z badanych przezemnie preparatów nie przekraczały pokładu mięśniowego błony śluzowej i spotykały się tylko w miejscach, gdzie, sądząc z obrazu drobnowidowego, naciek w błonie śluzowej był najbardziej zbity.

Wspomniane wyżej guzy, sterczące do światła, okazują takież utkanie jak nacieki i powstały przez nagromadzenie się większej ilości tkanki limfoidalnej w błonie podśluzowej i śluzowej, oraz następowy rozrost ku światłu kiszki.

Nie tylko ku światłu jelita, lecz także, choć znacznie mniej, szerzy się naciek nowotworowy w kierunku ku otrzewnej, wciskając się między włókna mięsne, rozpychając

je i tworząc miejscami dość rozległe skupienia w obrębie warstwy mięsnej wewnętrznej; w zewnętrznej warstwie mięsnej nacieki nowotworowe spotykają się tylko gdzieniegdzie, miejscami jednakowoż przenikają przez całą grubość i tej warstwy, dochodząc aż do otrzewnej i tworząc tutaj nieznaczne skupienia.

Badanie drobnowidowe powiększonych gruczołów krezkowych i pachwinowych wykazywało obraz niejednostajny: jedne z gruczołów przedstawiały obraz, zupełnie analogiczny z naciekami nowotworowymi w kiszkach, w innych natomiast dawała się jeszcze do pewnego stopnia wyróżnić właściwa budowa gruczołu chłonnego; wreszcie w jednym z gruczołów krezkowych uderzała obecność licznych drobnowidowych ognisk martwiczych (nekrotycznych), jakby serowatych, oraz dość znaczne nagromadzenie tworów olbrzymich z licznemi obwodowo ułożonemi jądrami; typowych gruzełków nigdzie nie znalazłem. W ścianach kiszki tworów olbrzymich, mimo szczegółowych w tym kierunku poszukiwań, również nigdzie wykazać mi się nie udało.

Streszczając pokrótce to, cośmy wyżej powiedzieli, widzimy, iż sprawa chorobowa w kiszkach polegała na wytworzeniu się nacieku o cechach tkanki limfoidalnej (drobne okrągłe komórki w okach siatki), powstałego skutkiem rozrostu grudek odosobnionych (*folliculi solitares*), szerzącego się głównie w błonie podśluzowej, przechodzącego jednakowoż z jednej strony na błonę śluzową, z drugiej zaś — na warstwy mięsne i dochodzącego miejscami aż do otrzewnej. Sprawa ta pierwotnie rozpocząć się musiała w obrębie odbytnicy, za czem przemawia ten wzgląd, iż naciek tam w ścianach jest najrozleglejszy, oraz to, iż zdołały się już wytworzyć zmiany następowe w postaci owrzodzeń w błonie śluzowej. Zajmując po kolei sąsiednie grudki odosobnione, sprawa chorobowa szerzyła się coraz dalej, naciek rozwijał się w coraz wyżej położonych pętlach kiszki, aż w końcu zajętą została cała kiszka (jelito grube), a nawet i dolne części jelita biodrowego. Że sprawa szerzyła się tutaj w wyżej opisany sposób, przemawia i ta okoliczność, że w obrębie dolnej części jelita biodrowego, gdzie zmiany są najmniejsze, nacieków rozlanych już nie znajdujemy, widoczny zaś jest tutaj tylko stosunkowo znaczny rozrost grudek odosobnionych i kęp Peyera. Sprawa chorobowa w danym przypadku nie ograniczyła się do kiszek: podobne zmiany jak w kiszkach, wytworzyły się w gruczołach krezkowych i pachwinowych (po stronie lewej).

Uwzględniając to wszystko, cośmy wyżej powiedzieli, uznać musimy opisane wyżej zmiany wedle obecnie panujących w nauce zapatrywań jako sprawę nowotworową, a mianowicie jako t. z. mięsak limfatyczny *(lymphosarcona)*.

Czy jednakże tutaj, jak i wogóle przy mięsakach limfatycznych, możemy mówić o sprawie nowotworowej w ścisłem tego słowa znaczeniu, — nie zdaje mi się; przemawia przeciw temu, co podniósł w swoim czasie Kundrat, przedewszystkiem sposób szerzenia się sprawy chorobowej: nowotwory właściwe występują w postaci jednego lub kilku ognisk pierwotnych, które szerzą się, przechodząc bezpośrednio na otoczenie, lub też tworzą przerzuty drogą naczyń krwionośnych, wzgl. chłonnych; przy mięsakach zaś limfatycznych sprawa szerzy się w ten sposób, iż chorobowo zmienione grudki odosobnione (wzgl. gruczoły chłonne) dają niejako podnietę do rozrastania się sąsiednim grudkom (wzgl. gruczołom); w taki zaś sposób zostają zajmowane coraz dalsze partye. Takie szerzenie się sprawy chorobowej odpowiadać się zdaje raczej jakiejś sprawie zakaźnej, niż nowotworowej w ścisłem tego słowa znaczeniu.

Są pewne stany chorobowe, których już nikt obecnie nie uważa za sprawę nowotworową jak np. białaczka rzekoma (*pseudoleukaemia*) a wszakże między t. z. mięsakiem limfatycznym a białaczką rzekomą ścisłej granicy przeprowadzić nie jesteśmy w stanie: cechy różniczkowe, podane przez Kundrata, nie są ścisłe, a przytem mają charakter raczej ilościowy, niż jakościowy. Zresztą, sam Kundrat, co stwierdzają i inni autorowie, zwraca uwagę na to, iż białaczka rzekoma przejść może w mięsaka limfatycznego (o przejściu tem zaś mówimy, gdy zostanie przerwaną torebka gruczołu i sprawa chorobowa rozszerzy się na otoczenie); granica więc między temi cierpieniami jest sztuczną i dowolną.

Zbyt daleko zaszlibyśmy, gdybyśmy chcieli dłużej mówić o stosunku mięsaka limfatycznego do białaczki rzekomej, co zresztą nie leży w zakresie tej pracy. Na jedną okoliczność chciałbym zwrócić uwagę: w miarę coraz dokładniejszych badań, coraz bardziej mnożą się spostrzeżenia, iż mięsaki limfatyczne (podobnie jak i białaczka rzekoma) dziwnie często wikłają się z gruźlicą, co już dość dawno podnoszono, a co jednakże dotychczas nie było należycie uwzględniane. Twierdzenie, iż stawianie mięsaków limfatycznych w związku z gruźlicą niema podstawy wobec tego, iż są znane przypadki mięsaków limfatycznych bez jednoczesnej gruźlicy, nie jest należycie uzasadnione, gdyż takie twierdzenie miałoby racyę bytu tylko wtedy, gdyby rzeczywiście w tym kierunku były przeprowadzone bardzo ścisłe badania na dużym materyale: niewielkie zmiany gruźlicze, a nawet większe w narządach zwykle przy sekcyi nie badanych (jak np. układ kostny), łatwo ujść mogą uwagi badacza, jeśli niema specyalnie w tym kierunku zwróconej uwagi. Ztąd też pożądanem byłoby bardzo szczegółowe badanie w kierunku gruźlicy zwłaszcza tych przypadków mięsaków limfatycznych, w których przy sekcyi wyraźnych zmian gruźliczych nie znajdujemy: bez dokładnego badania drobnowidowego częstokroć ze względu na podobieństwo gruźlicy gruczołów chłonnych z omawianą przez nas sprawą, makroskopowo gruźlicy wykluczyć nie jesteśmy w stanie, a jak świadczy opisany wyżej przypadek, w jednakowych makroskopowo gruczołach możemy znaleźć różne zmiany: przeważna ilość powiększonych gruczołów w moim przypadku przedstawiała utkanie nowotworowe, podczas gdy w jednym z nich obecność ognisk martwiczych, obok dość licznych tworów olbrzymich wyraźnie wskazywała na zmiany gruźlicze, zwłaszcza wobec istniejących jednocześnie dość rozległych zmian gruźliczych w płucach. Bądź co bądź, częstość gruźlicy przy mięsakach limfatycznych, pewne podobieństwo gruźlicy gruczołów chłonnych z omawianą przez nas sprawą, winny pobudzać nas do dokładnych badań w tym kierunku, a z czasem, wraz z nagromadzeniem się obszernego odpowiedniego materyału, być może okaże się, iż między temi dwoma cierpieniami istnieje rzeczywiście pewien związek.

Na podstawie jednego, a choćby i paru przypadków, niepodobna jest dać ogólnego obrazu klinicznego i anatomicznego mięsaków limfatycznych w obrębie kiszki (jelita

grubego). W każdym razie zwraca na siebie uwagę wielkie podobieństwo tej sprawy do sprawy analogicznej w jelitach cienkich. I tu i tam sprawa chorobowa rozpoczyna się od przerostu grudek odosobnionych i zajmuje głównie błonę podśluzową, nie szczędząc jednakowoż i błony śluzowej, oraz warstw mięsnych. W ten sposób w ścianie jelita powstaje naciek płaski, zajmujący zwykle cały obwód ściany jelita; przez wciąganie w sprawę chorobową sąsiednich grudek limfatycznych sprawa szerzy się coraz dalej i zależnie od czasu trwania cierpienia zajmuje większe lub mniejsze, wogóle jednakże znaczne przestrzenie cewki jelitowej. Skutkiem zajęcia — i co za tem idzie — osłabienia warstw mięsnych występuje z biegiem czasu rozszerzenie jelita; niektórzy autorowie przypisują nawet kształtowi tego rozszerzenia pewne znaczenie rozpoznawcze, co jednakże nie wydaje mi się słusznem, gdyż kształt tego rozszerzenia nie zależy od samej sprawy chorobowej, lecz głównie od stopnia zajęcia warstwy mięsnej: jeśli zajętą zostaje warstwa mięsna nie na całym obwodzie jelita, lecz tylko w ograniczonej jego części, wtedy tworzy się rozszerzenie tętniakowate; jeśli przeciwnie warstwa mięsna jest jednostajnie zajęta na rozległej przestrzeni, wtedy jelito ulega rozszerzeniu walcowatemu i. t. d. W ostatecznym wyniku tworzą się rozległe płaskie nacieki w obrębie ściany jelitowej, skutkiem czego jelito zmienia się w szeroką, grubościenną, sztywną cewkę i to niejednokrotnie na bardzo rozległej przestrzeni; w sąsiednich gruczołach chłonnych bardzo pospolite są przerzuty.

Pod względem klinicznym przy mięsakach limfatycznych jelit zarówno cienkich, jako też grubych, zwracają na siebie uwagę: ogólne niedomaganie, osłabienie, szybko postępujące wyniszczenie, charłactwo nowotworowe. Zaburzenia ze strony jelit (w moim przypadku stale utrzymujące się biegunki, oraz jednorazowe krwawienie, — zależne od owrzodzeń w błonie śluzowej odbytnicy), winny zwrócić naszą uwagę na ten narząd; wymacanie guza w jamie brzusznej lub dodatni wynik badania przez odbytnicę wobec jednoczesnego braku objawów zwężenia jelit (stale, jak wiadomo, występującego przy rakach, a wyjątkowo tylko przy mięsakach i to jeszcze zazwyczaj tylko przy mięsakach zwykłych, a nie limfatycznych), mogą nas doprowadzić do prawdopodobnego przynajmniej rozpoznania; wreszcie przy zajęciu odbytnicy pewną wskazówkę dać nam może powiększenie gruczołów pachwinowych, jak to miało miejsce w moim przypadku.

Na zakończenie niechaj mi wolno będzie złożyć serdeczne podziękowanie czcigodnemu memu szefowi, prof. Browiczowi, za pozwolenie ogłoszenia tego przypadku i cenne wskazówki.

Piśmiennictwo: 1) Baltzer: Archiv f. klin. Chir. 1892 Nr. 45. 2) Blauel: Virchows Archiv 1900 T. 162. 3) Carvardine: Brit. med Journ. 1898. Dec. 17 (podług referatu w Centralbl. f. Chir. 1899 S. 613). 4) Czerniachowskij: Chirurgia (miesięcznik wydawany w Rosyi) 1898 T. 4. 5) Körte: Centralbl. f. Chir 1900 Dodatek do Nr. 28 Str. 76. 6) Krüger: Die primären Bindegewebsgeschwülste des Magendarmkanals. In Diss. Berlin 1894 (podług Libmana) 7) Kundrat: Ueber Lymphosarkomatosis. Wiener klin. Woch. 1893 8) Lehmann: Zur Kenntnis der bösartigen Geschwülste des Darmes. Diss. Würzburg 1888 (podług Baltzera). 9) Libman: Ueber Dündarmsarkome. Mitteilung. a. d. Grenzgebieten 1900 T. VII. 10) Madelung: Centralbl. f. Chir. 1892 Str. 617. 11) Minkiewicz: Mięsak kiszki prostej. Gaz. Lek. 1881 I 618. 12) Nothnagel: Specielle Pathol. u. Ther. 1896, XVII Tom 13) Pabst. Centralbl. f. Chir 1900 Nr. 42. 14) Pietrow: Letopiś russk. chir. 1898 T. III. 15) Schmidt: Wiener klin. Woch. 1898 S 505 16) Siegel: Berlin. klin. Woch. 1899 S. 767. 17) Smoler: Prager medic. Woch. 1898 Nr. 13 i 14. 18) Sternberg: Wiener klin Woch. 1901 Nr. 42. 19) Wiener: Zieglers Beiräge 1899 T 25.

II. Siedlisko znużenia.

Badania doświadczalne, wykonane w pracowni psychologicznej Uniwersytetu Brukselskiego.

Przez

Dra med. Józefę Joteyko

laureatkę Paryzkiej Akademii nauk, sekundaryusza pracowni.

(Ciąg dalszy).

ROZDZIAŁ III.

Iloraz znużenia *(quotient de fatigue)*.

Porównajmy między sobą główne daty najważniejszych odkryć w kwestyi znużenia, a zdumiewającym się wyda ruch w tej dziedzinie! Rok 1890 upamiętnił się wynalazkiem ergografu Mossa, a przez pięć lat następnych dokonano tylu prac nad znużeniem, że zdawało się, iż metoda ergograficzna już się nieledwie wyczerpała i że nie pozostało nic nowego do zbadania tą metodą.

Otóż w pięć lat po wynalezieniu ergografu dwaj psychologowie: Hoch i Kraepelin[5]) dokonali za pomocą ergografu tak ważnego spostrzeżenia, że popchnęli problemat znużenia na całkiem nowe tory, wykazując możność dalszych nadzwyczaj cennych badań. Owo ciekawe spostrzeżenie nie zwróciło na siebie uwagi na razie, gdyż znajdowało się w pracy, poświęconej działaniu esencyi herbaty. Jak wiadomo, ergogram składa się z dwu czynników: z wysokości i z liczby skurczów. W pracy Hocha i Kraepelina spotykamy po raz pierwszy przypuszczenie, oparte zresztą na spostrzeżeniu, że owe dwa czynniki składowe ergogramu są od siebie niezależne. I tak n. p. może się trafić, że pewna przyczyna wywoła wpływ podniecający, który zaznaczy się na ergogramie podwyższeniem skurczów; ilość skurczów może jednak pozostać ta sama co poprzednio, tylko każdy skurcz będzie cokolwiek silniejszy. Wpływ przeciwny również spostrzegać się daje: pod wpływem danej przyczyny liczba skurczów może się powiększyć, lecz wysokość ich może pozostać bez zmiany. Słowem, każdy z tych dwu czynników może podlegać samoistnym wahaniom. Z tego wypada, że n. p. w dwóch oddzielnych przypadkach ilość pracy mechanicznej może być jednakowa, a jednak w pierwszym przypadku przeważać będzie wysokość skurczów, a w drugim ich ilość. A zatem analiza ergograficzna może dać wymiar nietylko ilości pracy, lecz także jej jakości. N. p. pod wpływem dawki Kofeiny wysokość skurczów ulega powiększeniu, ilość skurczów pozostaje bez zmiany. Pod wpływem esencyi herbaty ilość skurczów ulega zmniejszeniu, a wysokość ogólna pozostaje bez zmiany.

Skoro każdy z tych dwu czynników może podlegać samoistnym wahaniom, a owe wahania nie są dziełem przypadku, ponieważ występują stale przy użyciu pewnych środków podniecających, wydaje się przeto wielce prawdopodobnem, że każdy z tych dwu czynników ergogramu odpowiada jakiemuś czynnikowi znużenia. Otóż przy bliższem zbadaniu warunków, w jakich wysokość skurczów i ich liczba podlegają modyfikacyom, wzmiankowani psychologowie

[5]) Ueber die Wirkung der Theebestandtheile auf körperliche und geistige Arbeit *(Kraepelin's Psychol. Arbeiten, I, 1895)*.

doszli do wniosku, że stan znużenia lub podniecenie ośrodków nerwowych wpływa na ilość skurczów, podczas gdy średnia wysokość skurczów zależną jest przedewszystkiem od pracy mięśni. Innemi słowy, ilość skurczów stanowi funkcyę układu nerwowego ośrodkowego; wysokość skurczów stanowi funkcyę układu mięśniowego. A zatem Kofeina, która podnosi wysokość skurczów, wywiera wpływ podniecający na układ mięśniowy; esencya herbaty, która zmniejsza ilość skurczów, działa przygnębiająco na układ nerwowy ośrodkowy. W dowodzeniu tem autorowie opierali się nietylko na własnych spostrzeżeniach, lecz także na niektórych doświadczeniach Mossa. Fizyolog włoski stwierdził znaczny spadek siły mięśniowej pod wpływem znużenia umysłowego. Spostrzeżenia te odnosiły się do kilku młodych profesorów Uniwersytetu Turyńskiego, którzy znajdowali się w stanie daleko posuniętego znużenia psychicznego po odbytych egzaminach ze studentami. Ilość pracy mechanicznej bywa w tych warunkach znacznie zmniejszoną. Lecz Hoch i Kraepelin kładą nacisk na ten ważny fakt, że krzywe znużenia, brane w stania znużenie psychicznego odróżniają się od krzywych prawidłowych głównie zmniejszeniem ilości skurczów; wysokość pierwszego skurczu nie jest bynajmniej zmniejszona, lecz po kilku skurczach siła spada nagle do zera. A zatem widzimy, że znużenie psychiczne odbija się przedewszystkiem na ilości skurczów, a zjawisko to jest nie małym argumentem, przemawiającym za teoryą Hocha i Kraepelina.

Praca wzmiankowana nie zawiera więcej danych w obchodzącej nas obecnie kwestyi. Możemy więc przyjąć jako wielce prawdopodobne, że z dwu czynników składowych ergogramu — wysokość jest wyrazem pracy mięśni, a ilość skurczów jest wyrazem pracy ośrodków. Jak później zobaczymy, udało mi się poprzeć twierdzenia powyższe dość poważnymi dowodami doświadczalnymi.

Wychodząc z tego założenia, dokonałem szeregu doświadczeń w celu wyświetlenia wpływu, jaki wywiera nagromadzenie znużenia na oba czynniki składowe ergogramu. Zrozumiemy to łatwo na przykładach.

Wprowadziłam do nauki ergografii nowy termin; jest nim iloraz znużenia $\left(\frac{H}{N}\right)$, t. j. stosunek liczebny, jaki istnieje między wysokością wszystkich skurczów wyrażoną w centymetrach (H = *hauteur*), a ich ilością (N = *nombre*) w ergogramie. Dotychczas wszystkie wyliczenia w ergografii oparte były wyłącznie na sumie mechanicznej pracy, t. j. na wyliczeniach ilościowych. Otóż iloraz znużenia mierzy nie ilość, lecz jakość pracy. Z tego punktu widzenia porównanym być może do ilorazu oddechowego, który będąc stosunkiem dwóch ilości zmiennych, nie daje nam wyliczeń ilości CO^2 wydalonego i tlenu wchłoniętego, lecz określa jedynie stosunek tych dwóch ilości; a zatem można wyrzec, że iloraz oddechowy mierzy funkcyę oddechania jakościowo. Podobnie rzecz się dzieje z ilorazem znużenia, który mierzy stosunek, jaki zachodzi między wysiłkiem mięśniowym (H), a wysiłkiem nerwowym (N) w ergogramie. Dodajmy, że nic nie stoi na przeszkodzie, aby w wyliczeniach ergograficznych zapisywać ilość pracy obok jej jakości; a nawet zastosowanie tych obu metod prowadzi do ścisłych i kompletnych wyników.

Jak widzimy, iloraz znużenia jest krokiem dalej na drodze, utorowanej przez Hocha i Kraepelina; lecz pojmiemy jego ważność, gdy dodam, że wszystkie zjawiska, jakie udało mi się wykryć odnośnie do pochodzenia znużenia, zawdzięczam mym badaniom nad zachowaniem się ilorazu znużenia w rozmaitych stanach układu nerwowego.

Powracam jeszcze raz do „prawa wyczerpania“ Mossa, którego stwierdzenie znajduje fizyolog włoski w następującem doświadczeniu: przypuśćmy, że u danego osobnika 30 skurczów wystarcza do zupełnego wyczerpania mięśnia; w tych warunkach dwie godziny spoczynku okażą się niezbędnemi dla ustąpienia znużenia. Gdyby jednak osobnik taki dostarczył tylko 15 skurczów, to już po upływie pół godziny spoczynku siła byłaby odzyskaną. Widzimy przeto, że wytwórczość jest znacznie większa, jeśli nie posuwać pracy do zupełnego wyczerpania; w tym ostatnim przypadku następuje nagromadzenie znużenia, a praca, wykonana przez mięsień niezupełnie wypoczęty, działa daleko więcej nużąco od pracy wykonanej w stawie prawidłowym. Widzimy więc, że metoda Mossa polegała na obliczeniu zgubnych skutków nagromadzenia znużenia czasem niezbędnym do zupełnego wypoczynku. Prawo Mossa możnaby sformułować w następujący sposób: im większe jest znużenie, tem dłuższy czas potrzebny jest do wypoczynku; lecz czas potrzebny do wypoczynku nie wzrasta wprost proporcyonalnie do pracy wykonanej, lecz wzrasta szybciej od pracy.

W moich poszukiwaniach posługiwałam się inną metodą do badania zgubnych skutków nagromadzenia znużenia. Czas wypoczynku pozostaje niezmienny; ponieważ jednak jestto czas, niewystarczający do zupełnego wypoczynku, przeto ilość pracy mechanicznej ulega ciągłemu zmniejszaniu wskutek nagromadzenia znużenia. Osobnik zasiada przy stole ergograficznym i daje ergogram aż do zupełnego wyczerpania; dajmy na to, że wartość jego pracy równa jest 6-ciu kilogramometrom; po siedmiu minutach wypoczynku daje drugi ergogram, także do zupełnego wyczerpania; ale wypoczynek był za krótki, aby ustąpiło znużenie wynikłe z pierwszej pracy; więc też osobnik dostarczy teraz tylko 4 kilogramometry; po siedmiu minutach wypoczynku daje trzeci ergogram, także do zupełnego wyczerpania; ale wypoczynek okazuje się teraz jeszcze mniej skutecznym, gdyż nastąpiło nagromadzenie się znużenia z dwóch poprzednich ergogramów; więc też osobnik dostarczy teraz tylko 2 kilogramometry. Postępując kilka razy w ten sposób, otrzymamy szereg ergogramów o zmniejszającej się wciąż pracy, pomimo że czas wypoczynku między ergogramami nie uległ żadnej zmianie. Prawo wyczerpania, jakie można sformułować z tych doświadczeń, będzie następujące: przy zbyt krótkim lecz niezmiennym czasie wypoczynku między ergogramami następuje stopniowe obniżanie pracy mechanicznej, która wreszcie spada do zera. Prawo powyższe jest dopełnieniem prawa Mossa i oba razem wzięte wykazują skutki nagromadzenia się znużenia.

Tak się przedstawia moje prawo znużenia odnośnie do wymiarów ilościowych, czyli do obliczeń pracy mechanicznej. Gdybyśmy poprzestali na tem, mielibyśmy jedynie pojęcie o zmniejszaniu się stopniowem ilości pracy, lecz nie bylibyśmy w posiadaniu żadnych wskazówek odnośnie do udziału ośrodków a mięśni w zjawiskach nagromadzenia się znużenia.

Doświadczenia te miały inny cel niż sprawdzenie prawa Mossa nową metodą. Celem ich było rozstrzygnięcie pytania, które zaznaczyłam już na początku tej pracy, co do siedliska znużenia. Jeśli skutkiem nagromadzenia znużenia praca mechaniczna ulega ciągłemu zmniejszaniu, czy dzieje się to z powodu osłabienia siły podniet nerwowych, czy też z powodu znużenia mięśniowego?

Dla wyjaśnienia tego zagadnienia należy poddać analizie zmiany, zachodzące w ilorazie znużenia następujących po sobie kolejno ergogramów. Tak jak Hoch i Kraepelin badali wpływ kofeiny i essencyi herbaty na wysokość skurczów i ich liczbę, tak samo możemy badać wpływ nagromadzenia znużenia na te dwa czynniki ergogramu, czyli wyrażając się więcej naukowo, na iloraz znużenia. Czy pod wpływem nagromadzenia znużenia zmniejszenie pracy mechanicznej odbija się na ilorazie znużenia? Czy stosunek $\frac{H}{N}$ ulega zmianie? Rzecz oczywista, że pomimo ciągłego zmniejszania się pracy mechanicznej, stosunek ten mógłby pozostać bez zmiany, gdyby dwa składowe czynniki tego stosunku uległy proporcyonalnemu zmniejszeniu. I tak n. p., gdyby dany osobnik dał pierwszy ergogram z ilorazem $\frac{800}{200} = 4$, a drugi ergogram z ilorazem $\frac{400}{100} = 4$, otrzymalibyśmy równość obu ilorazów, pomimo że oba czynniki składowe ilorazu zmniejszyły się o połowę w drugim przypadku.

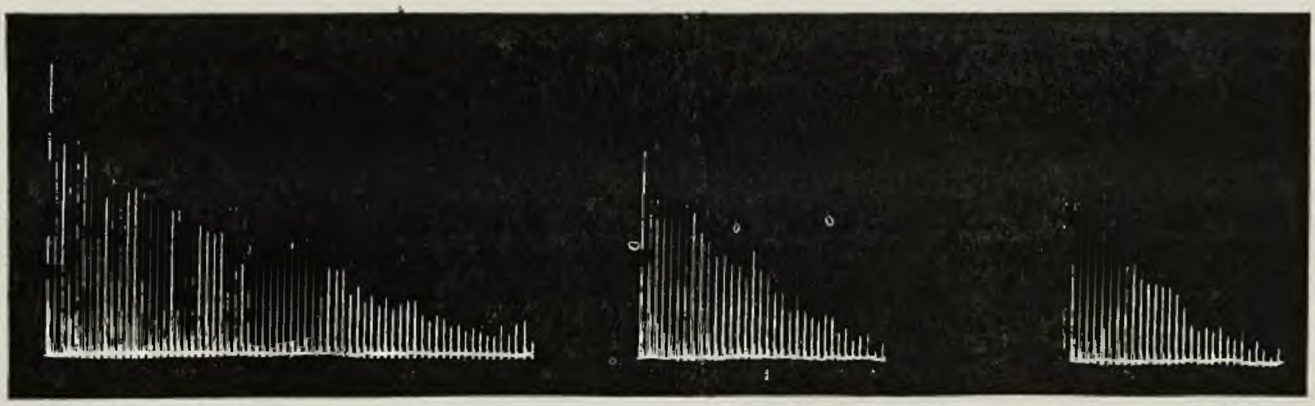
Iloraz znużenia ulegnie zmianie tylko w takim razie, jeśli zmniejszenie obu czynników składowych nie będzie proporcyonalne, albo jeśli odbędzie się kosztem jednego tylko z czynników; a zależnie od tego, czy zmniejszenie dotyczy głównie H, czy N, będziemy w stanie wywnioskować, kosztem którego z obu czynników nagromadza się znużenie.

Z doświadczeń mych, dokonanych na 20 studentach Uniwersytetu Brukselskiego, doszłam do następujących wniosków:

I. Jeśli praca ergograficzna odbywa się w takich warunkach, że następuje nagromadzenie znużenia (z krótkimi wypoczynkami między pojedyńczymi ergogramami), to osobnik dostarcza za każdym razem coraz mniejszej ilości pracy mechanicznej. Owo zmniejszanie się pracy mechanicznej odbywa się kosztem obu czyników składowych ergogramu, głównie jednak kosztem wysokości (H). Za każdym nowym ergogramem, branym w stanie nagromadzenia znużenia, wartość $\frac{H}{N}$ czyli iloraz znużenia ulega obniżeniu, co oznacza, że zmniejszanie się wysokości nie odbywa się wprost proporcyonalnie do zmniejszania się ilości podniesień, lecz że zmniejszanie się wysokości jest bardziej zaznaczone.

Obniżanie się wartości ilorazu znużenia dało się zauważyć u wszystkich 20 osobników poddanych doświadczeniu byleby przerwy między ergogramami były niewystarczające dla zupełnego wypoczynku; w pierwszej seryi moich doświadczeń przerwy te wynosiły 5 minut, w drugiej seryi 10 minut, a ostatnimi czasy otrzymałam nadzwyczaj ścisłe wyniki z przerwami 3 minutowemi. Wiele doświadczeń przeprowadziłam nadto z wypoczynkami 2 minutowemi, a nawet 1 minutowemi. Oczywiście, że im krótszy wypoczynek, tem nagromadzenie znużenia jest większe. Co do ilości ergogramów, to z początku zadowalniałam się dwoma lub trzema, później zaś brałam zawsze pięć ergogramów Czas wypoczynku obliczał się zawsze na zegarku z sekundnikiem. Jako przykład służyć może załączona rycina.

II. Obniżanie się ilorazu znużenia spostrzegać się daje tylko wtedy, gdy wskutek niewystarczającego wypoczynku nastąpiło nagromadzenie się znużenia. Jeśli zaś czas wypoczynku między ergogramami jest wystarczający (10 do 15 minut w moich doświadczeniach okazały się wystarczającemi) dla zupełnego ustąpienia znużenia, to osobnik dostarcza za każdym razym jednakowej ilości pracy mechanicznej. Otóż, rzecz godna uwagi, ergogramy, brane w stanie wypoczynku, posiadają ilorazy znużenia matematycznie sobie równe. Istotnie, każdy osobnik posiada właściwy sobie iloraz znużenia, podobnie jak posiada właściwą sobie krzywą znużenia i dostarcza zawsze tej samej ilości pracy mechanicznej w jednakowych warunkach. Podobnie jak charakter pisma, który posiada cechy osobnicze, ilość pracy mechanicznej, kształt krzywej znużenia i iloraz znużenia są ilościami stałemi dla każdego osobnika i, mogą służyć dla wyróżnienia go od innych ludzi. Lecz ilości te są zmienne, zależnie od wielu warunków psychicznych i fizycznych. Dlatego, aby wykazać ich toż-



Trzy ergogramy, brane w przerwach 2 minut, z rytmem trzydziestu skurczów na minutę. Ciężar = 3 kilogramy.

I ergogram = 3,09 kilogramometrom = $\frac{H}{N} = \frac{103}{68}$ = 1,52 iloraz

II ergogram = 1,35 kilogramometrom = $\frac{H}{N} = \frac{45}{34}$ = 1,32 iloraz

III ergogram = 0,84 » = $\frac{H}{N} = \frac{28}{29}$ = 0,91 iloraz znużenia.

samość, należy aby osobnik dostarczył dwóch ergogramów na jednem posiedzeniu, wypoczywając między jedną pracą a drugą przez czas niezbędny do zupełnego ustąpienia znużenia. W takim razie spostrzegamy, że drugi ergogram jest niejako fotografią pierwszego.

III. Zdarzyć się wreszcie może, że po dość długim wypoczynku znużenie nietylko ustąpiło, lecz nawet spostrzedz się daje pewien wzrost siły; drugi ergogram będzie przedstawiał cokolwiek większą wartość pod względem pracy mechanicznej od pierwszego. Otóż w takim razie i wartość ilorazu znużenia drugiego ergogramu będzie cokolwiek większa od pierwszego, co oznacza, że pod wpływem podniecenia ilość skurczów została zwiększoną.

IV. Znajdujemy się przeto wobec trzech możliwych przypadków, których wyjaśnienie jest tak oczywiste, że samo się nasuwa wobec spostrzeżonych faktów: a) jeśli wypoczynek jest zupełny między obu ergogramami, to iloraz znużenia pozostaje, jakim był, bez zmiany; b) jeśli istnieje nagromadzenie się znużenia, to iloraz znużenia ulega zmniejszeniu; c) jeśli dla jakiejbądź przyczyny jest podniecenie to iloraz znużenia ulega powiększeniu

ROZDZIAŁ IV.

Porównanie wyników. Sformułowanie prawa.

Porównanie wyników między sobą dostarcza niezbitego dowodu zależności, jaka istnieje między pracą psychiczną a ilością podniesień. Tym sposobem dochodzimy do zrozumienia wszystkich możliwych wahań ilorazu znużenia. Poddajmy analizie stosunek, jaki istnieje między siłą dynamometryczną a ilorazem znużenia. Dziewięć osób poddano doświadczeniu; siedm należących do typu dynamogenicznego oraz dwie należące do typu inhibicyjnego. Otóż rzecz godna uwagi, spostrzegamy u typu inhibicyjnego zmniejszenie się siły dynamometrycznej ręki lewej w stosunku jednej piątej po wykonaniu kilku ergogramów ręką prawą, co dowodzi pewnego udziału ośrodków w zjawiskach znużenia; jednocześnie spostrzegamy lekkie zmniejszenie ilości skurczów w kolejnych ergogramach. Rzec można, że istnieje prawie zupełna równoległość między zmiejszaniem się tych dwóch wielkości: siłą dynamometryczną ręki lewej a ilością skurczów, dokonanych na ergografie ręką prawą. Widzimy przeto wyraźnie, że ilość skurczów jest istotnie funkcyą pracy ośrodków ruchowych mózgu, albowiem upadkowi siły centralnej odpowiada równomierne zmniejszenie się liczby skurczów. — U osób, należących do typu dynamogenicznego, jak to już wiemy, można zawsze było stwierdzić objawy pobudzenia „post-ergograficznego“; otóż we wszystkich tych przypadkach liczba skurczów drugiego ergogramu okazała się zawsze cokolwiek większą od liczby skurczów pierwszego ergogramu (przy wypoczynku 5—10 minut), pomimo zmniejszonej pracy mechanicznej drugiego ergogramu. A zatem zmniejszenie się pracy mechanicznej odbyło się tutaj wyłącznie kosztem wysokości, ponieważ ilość podniesień drugiego ergogramu uległa nawet powiększeniu. Badania nad typem dynamogenicznym wykazują również, że ilość podniesień jest funkcyą układu nerwowego ośrodkowego, albowiem dynamogenii ośrodkowej odpowiada równomierne powiększenie się ilości skurczów.

Dzięki tym danym możemy teraz odpowiedzieć na pytanie, czy znużenie przy ruchach dowolnych ma siedlisko w ośrodkach nerwowych, czy też na obwodzie ciała.

Niewątpliwie podniecenie „post-ergograficzne“ siły, będące charakterystyką typu dynamogenicznego, objawia się wzmożeniem siły dynamometrycznej, podnieceniem wrażliwości ogólnej i powiększeniem ilości skurczów (czyli podniet ruchowych) drugiego ergogramu. Znużenie jest tu zatem pochodzenia wyłącznie obwodowego, bez żadnego współudziału znużenia ośrodków korowych. Badania te wykazują w ośrodkach psycho-ruchowych obecność zjawiska, które dotychczas opisane było tylko w mięśniu prążkowanym, w sercu i w rdzeniu kręgowym, a które otrzymało nazwę „Treppe“ (*escalier*), lub też sumacyi podrażnień. Zjawisko to polega zasadniczo na wzmożeniu pobudliwości skutkiem poprzednich podrażnień. A zatem niektóre osoby znajdują się jeszcze w fazie psycho-ruchowej „Treppe“, podczas gdy ich mięśnie są już w zupełności porażone znużeniem. Inne osoby, mniej wytrzymałe (typ inhibicyjny), okazują już pierwszy stopień znużenia psychicznego; depresya „post-ergograficzna“ objawia się u nich zmniejszeniem się energii dynamometrycznej, wrażliwości ogólnej i liczby skurczów (czyli liczby podniet ruchowych) drugiego ergogramu. Pomimo tego udziału ośrodków w zjawiskach znużenia, zmniejszenie się wysokości w kolejnych ergogramach jest zawsze więcej zaznaczone od zmniejszania się liczby podniesień, czyli że znużenie mięśniowe przeważa zawsze nad znużeniem ośrodkowem. Pomimo różnorodności typów „czuciowo-ruchowych“, posłuszne są one prawu zmniejszania się ilorazu znużenia, które da się sformułować w następujący sposób:

Prawo zmniejszania się ilorazu znużenia.

Iloraz znużenia $\frac{H}{N}$, będący liczebnym stosunkiem między ogólną wysokością wszystkich skurczów (wyrażoną w centymetrach) a ich liczbą w ergogramie, a który w warunkach identycznych jest ilością matematycznie stałą dla każdego osobnika (iloraz osobisty), podlega stopniowemu i ciągłemu zmniejszaniu się w ergogramach, które następują po sobie w przerwach jednakowych, lecz za krótkich dla ustąpienia znużenia między ergogramami.

Prawo zmniejszania się ilorazu znużenia oznacza, że znużenie ogarnia najpierw narządy obwodowe, albowiem z dwóch czynników składowych ilorazu znużenia, pierwszy (wysokość) jest funkcyą pracy mięśni, a drugi (liczba skurczów) jest funkcyą pracy ośrodków psychoruchowych. Znużenie ośrodków jest proporcyonalne do ilości impulsów ruchowych. (Dokończ. nastąpi).

III. Z kliniki lekarskiej Prof. Dr. A. Glucińskiego we Lwowie.

O myastenii.

Napisał
Dr. Roman Rencki,
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Zanim opiszemy poszczególne znamiona myastenii, podnieść musimy najważniejszy objaw chorobowy, który nadaje charakterystyczny obraz temu cierpieniu, a mianowicie: nad-

zwyczaj łatwe nużenie się mięśni podczas wykonywania czynności. Mięśnie, które w pierwszej chwili zupełnie należycie pracować mogły, po krótkiej lub dłuższej chwili słabną, wreszcie tak się wyczerpują, że dają obraz zupełnego porażenia. Nie jestto jednak porażenie trwałe, albowiem mięśnie te po wypoczynku zdolne są ponownie do dalszej pracy. Szybkość ta nużenia się zachowuje się różnie i jest zależną od stopnia nasilenia choroby, oraz od ilości wykonanej pracy. W najłagodniejszych przypadkach mięśnie z początku zdolne są nawet wykonać znaczną pracę, zwolna zaczynają słabnąć i dość dużo upływa czasu, zanim zupełnie się wyczerpią; w innych już po kilku ruchach występuje zupełnie porażenie i długiego potrzeba czasu, zanim mięśnie te zdolne będą do ponownej pracy. Ztąd też po nocnym wypoczynku wszystkie mięśnie lepiej czynności swe wykonywać mogą i nie tak łatwo się wyczerpują, aniżeli wśród dnia, a zwłaszcza pod wieczór.

W niektórych gromadach mięśniowych, wśród całego przebiegu choroby stwierdzić możemy trwale utrzymujący się niedowład mięśniowy. Dotyczy on przedewszystkiem mięśni unoszących powieki, mięśni mimicznych twarzy, a często i karku. Prawie stale też stwierdzamy opadnięcie powiek, twarz senną bez wyrazu, mniejsze lub większe zatarcie fałdów nosowo-policzkowych, upośledzenie ruchów w zakresie n. twarzowego, oraz częste opadnięcie głowy ku przodowi. Mamy więc obraz trwałego porażenia ruchowego. Porażenie to jednakowoż jest tylko pozorne i przyjęcie jakiejś głębszej przyczyny dla jego wytłómaczenia okazuje się zbytecznem, jeśli uwzględnimy, że trwałe te porażenia ograniczają się tylko stale do pewnych gromad mięśniowych. Te mianowicie mięśnie dotknięte są trwałym niedowładem, które ciągle znajdują się w stanie stałego napięcia: mm. podnoszące powieki przez cały dzień pozostają w ciągłym skurczu; mięśnie mimiczne twarzy również są w napięciu, podobnie jak i mięśnie karku, które mają za zadanie utrzymywać głowę prosto ku górze. Mięśnie te nigdy właściwie nie wypoczywają, z wyjątkiem mm. podnoszących powieki, łatwo też i trwale się nużą. W warunkach prawidłowych znużenie to nie występuje, gdyż mięśnie te nie wykonują wielkiej pracy, którąby je wyczerpać mogła. Zatem porażenie stałe należy uważać w tychże mięśniach jako następstwo trwałego wyczerpania i znużenia.

Na to nadmierne nużenie się mięśni, jako istotny objaw chorobowy myastenii, zwrócił pierwszy uwagę Goldflam i odtąd w następnych przypadkach, jak i w naszym, zawsze stwierdzić go można było. To zbyt łatwe wyczerpywanie się mięśni różni się od zwykłego szybkiego nużenia się w mięśniach porażonych tem, że występuje ono w mięśniach, które w początkach wykonywania swych czynności zachowują się zupełnie prawidłowo; a nużą się dopiero po pewnej chwili.

Jolly, zajmując się bliżej objawem znużenia mięśniowego, wykrył charakterystyczne zachowanie się pobudliwości elektrycznej mięśni. Znalazł on, że wyczerpywanie się, które występowało przy ruchach zależnych od woli, pojawia się także przy zastosowaniu prądu elektrycznego. U ludzi zdrowych każde podrażnienie mięśni prądem przerywanym bezpośrednio lub przez nerw powoduje tężec, który utrzymuje się przez cały przeciąg czasu działania prądu i przy podnietach, następujących szybko jedna po drugiej, zawsze występuje z jednem i tem samem nasileniem. W myastenii natomiast tężec przy każdem następnem podrażnieniu nie jest zupełny i przy dalszem stosowaniu prądu faradycznego skurcze słabną, wreszcie zupełnie ustają (p. ryc. 4).

Znużenie to występuje zależnie od nasilenia prądu elektrycznego w przeciągu $^1/_4$ do 1 minuty. Pojedyncze skurcze, wywoływane szybko jeden po drugim, nie dają oddziaływania myastenicznego, podobnie jak nie daje go prąd stały tak przy zamykaniu, jak i przy otwieraniu. Objaw ten Jollyego stwierdzono w bardzo wielu przypadkach myastenii, a Jolly, jak i inni, uważają go za ważny objaw rozpoznawczy dla tej choroby. W naszym przypadku objaw ten wystąpił dopiero po dłuższem drażnieniu mięśni i do tego nie był on tak typowym, jak opisuje Jolly. Inni autorowie również nie zawsze stwierdzić go mogli, lub tylko w pewnych gromadach mięśniowych (Eulenburg); w niektórych nawet przypadkach nie udało się go wcale wykazać (Saenger, Remak i in.). Objaw więc Jollyego, jakkolwiek ma pewne znaczenie rozpoznawcze, nie jest stałym i nie można go uważać jako niezbędny w przebiegu myastenii, tem więcej, że podobne oddziaływanie opisywano w innych schorzeniach. Benedikt opisał podobne oddziaływanie w r. 1868 przy porażeniach mózgowych po obrażeniach półkul. Mosso przedstawiał oddziaływanie znużenia po natężeniach umysłowych i tłómaczy go tem, że w następstwie przemiany materyi w mózgu do obiegu krwi dostają się substancye, które działają jako trucizny mięśniowe.

Murri, stwierdzając oddziaływania myasteniczne Jollyego, wykazał nadto, że mięśnie, znużone prądem faradycznym zatrzymywały zdolność dalszego kurczenia się na podniety, zależne od woli. Szczegółu tego jednak nie stwierdzono dotąd w większej części przypadków.

Przechodząc do poszczególnych objawów chorobowych myastenii, podnieść musimy naprzód opadnięcie powiek *(ptosis)*, jako zwykłe pierwszy objaw, na który sami chorzy zwracają uwagę. Opadnięcie to jest zazwyczaj jednakowego nasilenia po obydwu stronach, rzadziej jedna powieka więcej opada (w naszym przypadku lewa), aniżeli druga. Wśród całodziennego spostrzegania stwierdzamy, że to opadnięcie powiek zwiększa się zwykle ku wieczorowi; powieki mogą być wówczas tak przymknięte, (p. ryc. 1), że chory, chcąc patrzeć, unosi je sobie palcami. Rano zwykle szpary powiekowe są szersze i łatwiej ruchy wykonują. Już po kilkakrotnem wezwaniu chorego do rozwarcia powiek nużą się mm. podnoszące tak, że powieki bezwładnie przez pewien czas zwisają. Objaw ten można łatwo wywołać nawet w okresie poprawy ogólnego stanu, gdy niema już opadnięcia powiek. Opadanie to powiek utrudnia chorym znacznie patrzenie w dal, a twarzy nadaje znamienny wyraz senności.

W zakresie mięśni unerwionych przez n. twarzowy stale wykazać można większe lub mniejsze zmiany. Osłabienie m. okrężnego objawia się słabem zamykaniem powiek; w przypadkach ciężkich spostrzegano kilkakrotnie niedowieranie powiek *(lagophtalmus* Cohn i in.*)*. Fajersztajn znalazł objaw Stellwaga. Marszczenie czoła bywa znacznie upośledzone, fałdy nosowo-policzkowe przypłaszczone, a w przypadkach cięższych trwałe porażenie mięśni mimicznych twarzy nadaje chorym charakterystyczny wyraz bezmyślnej maski. Osłabienie warg przyczynia się

w znacznym stopniu do utrudnienia mówienia, oraz przyjmowania pokarmów.

Przemijające drgania na twarzy opisuje Erb; u naszej chorej stwierdziliśmy jednorazowo drgania *(tic)*. Mięśnie oczne w wielu przypadkach zmian nie okazują. Często jednak i one, zwłaszcza mm. służące do poruszania gałki ocznej, ulegają rychło znużeniu, które nieraz już w samym początku choroby objawia się podwójnem widzeniem lub zezowaniem. Jeżeli zaburzenia ruchomości gałek ocznych dosięgają znacznego stopnia, to zazwyczaj są one symetryczne i obustronne tak, że podwójne widzenie wówczas rzadko występuje. Osłabienie zewnętrznych mięśni oka może czasem być tak znaczne, że powoduje zupełne porażenie *(ophtalmoplegia totalis)*, jak to opisują Sänger, Feinberg i in.; tu zaliczyć należy nasz przypadek. Porażenie to całkowite nie utrzymuje się stale, a ruchy gałek ocznych znowu po pewnym czasie zaczynają wracać i są raz wydatniejsze (po wypoczynku), to znowu gorsze. Eulenburg w swoim przypadku mógł stwierdzić kilkakrotne wystąpienie całkowitego porażenia *(ophtalmoplegia totalis externa intermittens)*, którą i u naszej chorej wykazać się dało. Seiffer opisuje drżenie gałek *(nystagmus)*. Co do mięśni wewnętrznych oka, to te nadzwyczaj rzadko i tylko nieznaczne zmiany okazują. W naszym przypadku stwierdziliśmy łatwe nużenie się, a wreszcie zupełne wyczerpywanie się m. zwieracza źrenicy. Leniwe oddziaływanie i rozszerzenie źrenicy prawej opisuje Eulenburg. Badanie bystrości wzroku, pola widzenia, czucia barw wykazuje stosunki prawidłowe. Dno oka zazwyczaj zmian nie okazuje. Devic i Roux znaleźli tylko małego stopnia zapalenie n. wzrokowego i siatkówki, a Kożewnikow zwężenie pola widzenia.

Jednym z dalszych, a zwykle spotykanych objawów, jest osłabienie mięśni żucia. Zazwyczaj znużenie to jest tylko nieznacznego stopnia tak, że chory przy gryzieniu pokarmów często odpoczywać musi. Czasami znużenie to bywa tak znaczne, że chory szczęką poruszać nie jest w stanie, a w wyjątkowych razach utrzymuje się stale, dając obraz trwałego porażenia; szczęka dolna wówczas stale opada. Feinberg znalazł tylko lewostronne osłabienie żwaczy.

Wyczerpywanie się, a w ciężkich przypadkach porażenie mięśni podniebieno-połykowych objawia się trudnością lub niemożnością połykania płynów i nawet drobnych kawałeczków pokarmowych. Pokarmy wracają nosem, a chorzy często się zakrztuszają. Zaburzenia połykowe przybierają nieraz tak groźny przebieg, że powodować mogą nagłą śmierć z uduszenia.

Ruchy języka bywają nieraz znacznie upośledzone, rzadziej występuje zupełny niedowład *(glossoplegia)*; w wielu przypadkach jednak nie stwierdzono wcale nużenia się mięśni języka, w innych bywa ono nieznaczne i krótkotrwałe, jak to znaleźliśmy u naszej chorej. Kożewnikow opisuje częściowy zanik mięśni języka, oraz odczyn zwyrodnienia, które to objawy w dalszym przebiegu choroby ustąpiły. Zaburzenie w czynności języka upośledza znacznie połykanie, oraz mowę chorych. Z powodu opadania języka w następstwie znużenia ku tyłowi widział Strümpell napady duszności, ogólnego niepokoju i znacznego stopnia sinicę. W ustach gromadziła się obfita ilość śluzu oraz śliny, której chory ani połknąć, ani wykrztusić nie mógł. Kończyny były chłodne, skóra pokryta potem, a stan ogólny tak ciężki, że groziło niebezpieczeństwo śmierci z uduszenia. Po wyciągnięciu języka ku przodowi objawy powyższe rychło ustąpiły.

Mowa bywa często słabą, monotonną z podźwiękiem nosowym. Zmiana ta jest następstwem zaburzeń w poruszalności podnienienia miękkiego, oraz niedowładu mięśni krtaniowych. (Hope, Senator, Laquer). Znużenie podczas mówienia może być tak znaczne, że chorzy przez dłuższy lub krótszy przeciąg czasu nie mogą wydać żadnego dźwięku. W przypadku Campbella pierwszym objawem chorobowym była trudność podczas śpiewania. Zaburzenia artykulacyi rzadziej się pojawiają. Chora Cohna nie mogła wymawiać litery *g* i *k*.

W mniejszej liczbie przypadków zaburzenia mowy są tylko nieznacznego stopnia. (Dok. nast.).

IV. Nowa modyfikacya dekapitacyi.

Podał

Dr. Sylwester Drzymalik,

lekarz miejski w Żółkwi.

Najczęstszą nieprawidłowością porodową, do której na wsi wzywają lekarza, jest zaniedbane położenie poprzeczne. Położenie to prawie nigdy nie rozwikła się samo przez się, przeto nie dziw, że ludność wiejska i najdalej od miasta mieszkająca, szuka w tym przypadku pomocy lekarskiej.

W miejscowościach, gdzie przebywają położne gminne lub okręgowe, zdarzają się takie przypadki coraz rzadziej; zanim jednak organizacya położnych gminnych u nas wszędzie przeprowadzona zostanie, my, lekarze prowincyonalni, jeszcze dość często spotykać się będziemy z zaniedbanem położeniem poprzecznem.

Okoliczności, jakie w tych przypadkach nieraz lekarz napotyka, są rzeczywiście bardzo przerażające. Prawie we wszystkich tego rodzaju przypadkach jest obrót już nawet w uśpieniu niemożliwy, przeto jedyną operacyą, jaka jeszcze przynajmniej życie matki uratować może, jest rozkawałkowanie płodu, a w szczególności dekapitacya.

Od szeregu lat używam w tym celu haka Brauna. Dekapitacya udawała mi się zawsze, jednak nie we wszystkich przypadkach wynik dla matki był korzystny. Pominawszy bowiem te przypadki, w których wskutek długotrwającego porodu i ścieńczenia dolnej części macicy, samoistne pęknięcia szyjki macicznej już może przed operacyą istniały, to bardzo jest mi bliskiem przypuszczenie, że w danych okolicznościach samo wykonanie dekapitacyi zapomocą haka Brauna, które bądź co bądź wymaga pewnego wytężenia siły ze strony lekarza, a przytem pociąga za sobą przy obrocie haka poruszenie główki, mogło czasem mimowolnie spowodować pęknięcie szyjki macicznej. Zresztą na wszelkie wady haka dekapitacyjnego Brauna i na niebezpieczeństwa, na jakie użycie tego narzędzia naraża rozciągniętą i pęknięcia bliską szyję maciczną, zwrócił uwagę Zweifel (Centr. f. Gynaecol. 1895, Nr. 20 p. 521). Weźmy nadto na uwagę i jeszcze i tę nie mało znaczną okoliczność, że przy zaniedbanych położeniach poprzecznych płód tak znacznie jest zsunięty na dół, że szyjka dziecięcia znajduje się już w małej miednicy, gdzie płód głęboko wparty, nie pozostawia miejsca na swobodnę ruchy narzędzia, a przez to samo

manipulacya hakiem Brauna natrafia często na trudności. I ta okoliczność nie będzie tak bardzo przemawiać za niewinnością tego haka.

Rozważmy w końcu i etyczną stronę całej procedury. Matkę zastajemy w najwyższem wysileniu; tętno małe, szybkie, rysy zmienione, bóle porodowe ustały; wszystko przemawia za tem, że najprawdopodobniej wewnątrz nastąpiło już pęknięcie macicy, a tu tymczasem lekarz wkracza w drogi porodowe z grubym zakrzywionym hakiem, kręci nim w jamie brzusznej, nareszcie następuje przykry trzask, i lekarz wyciąga tułów dziecięcia z poszarpaną szyją! Jeżeli nadto po takiej operacyi prędzej czy później matka umrze, to rola lekarza jest tu rzeczywiście nie do pozazdroszczenia, gdyż laikowi nasunie się w pierwszym rzędzie myśl, że lekarz brutalnem swojem narzędziem coś rozerwał i śmierć kobiety sprowadził.

Z uwagi na to wszystko męczyła mnie od dłuższego czasu myśl, czyby się nie udało wynaleść tutaj sposobu operacyi, któryby był dla położnicy, że tak powiem, „delikatniejszy“. Operacyi zapomocą nożyczek Siebola bałem się, gdyż pamiętam jeszcze dzisiaj, że profesor Späth przestrzegał nas uczniów przed używaniem ostrych i krających narzędzi wśród dróg porodowych. Więc też najodpowiedniejszem wydawało mi się tutaj przepiłowanie szyjki dziecięcej. To wprawdzie pomysł nie nowy. Już Pajot, Kidd-Wright i inni proponowali w braku narzędzia do dekapitacyi użyć zwyczajnego sznurka albo drutu. Jednakowoż propozycye te nie przyjęły się ogólnie i nie weszły w użycie.

Problemat ten rozwiązałem dopiero od czasu wprowadzenia do chirurgii tak zwanych „piłek drucianych“ (Drathsägen nach Gigli-Härtel). Tego narzędzia używam istotnie od kilku lat przy każdem zaniedbanem położeniu poprzecznem, gdzie obrót już niemożliwy i to z wielką łatwością, całkowitem bezpieczeństwem rodzącej i z znakomitymi wynikami.

Jedyną trudność przedstawiałoby tu chyba wprowadzenie piłki, t. j. objęcie nią szyjki dziecka. W tym celu postępuję tak: wpycham tę drucianą piłkę w wyjałowiony cewnik Nelatona (Nr. 7 albo 8 skala angielska) tak daleko, aż uszko piłki pokaże się w otworze wypływowym cewnika. Teraz smaruję cewnik oliwą i wprowadzam go gładkim końcem po moim prawym wskazującym palcu aż do szyjki dziecięcia, poczem palcem lekko obejmuję szyjkę i pomiędzy palcem i szyjką wsuwam cewnik coraz dalej tak, że cewnik zegnie się naokoło szyjki dziecięcia i wcale lekko da się moją lewą ręką po drugiej stronie zwisającego ramienia dziecięcia na wierzch wyprowadzić. Mając więc już cewnik założony za szyjkę dziecka, a końce jego wolne z pochwy wystające, ściągam cewnik z piłeczki, przyczepiam do niej duże metalowe rękojeście i kilkoma pociągnieniami piłeczki szyjkę przepiłowuję. Następnie wyciągam tułów dziecka zapomocą wypadłego ramienia, a głowę w sposób zresztą wiadomy. Miejsce przepiłowania na szyi dziecięcia jest całkiem równe i gładkie i nie wzbudza u otoczenia takiej odrazy, jak to ma miejsce przy operacyach zapomocą haka Brauna.

Jeżeliby się kto obawiał skaleczenia pochwy przy tem postępowaniu, to może przed piłowaniem założyć na wypadnięte ramię dziecięcia i oba końce piłeczki szeroki szklany wziernik.

V. Wyciągi.

Körmöczi. **Czy z obrazu hematologicznego można rozpoznać niedokrewność złośliwą?** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1902, Nr. 1). W niedokrewności złośliwej często obraz krwi niczem się nie różni od krwi w niedokrewności objawowej (w gruźlicy, nowotworach, zwyrodnieniach skrobiowatych narządów, niedokrewności po krwotokach), ztąd też nie można z samego obrazu hematologicznego rozpoznać niedokrewności złośliwej. Znachodzenie się megaloblastów we krwi uważa autor za objaw podobnej wartości rozpoznawczej dla niedokrewności złośliwej, co i pasorzytów gruźliczych dla gruźlicy; obecność megaloblastów przemawia za niedokrewnością złośliwą, brak jednak jej nie wyklucza. Wyjątek stanowią tu przypadki Lazarusa, który wspomina o obecności megaloblastów we krwi w przebiegu nowotworów szpiku kostnego i w zatruciach, powodujących hemoglobinemię, — w tych jednak przypadkach inne objawy chorobowe naprowadzają na właściwe rozpoznanie.

Dr. Kędzior (K. r. klin. lek.).

Litten. **O związku, zachodzącym między ogólnem schorzeniem ustroju, a zmianami na dnie oka.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1902, Nr. 3). W roku 1879 opisał autor w przebiegu zakażeń septycznych pewne dość charakterystyczne zmiany na dnie oka, a mianowicie: białe plamy okrągłe, lub owalne, pojawiające się bez wyjątku w pobliżu tarczy nerwu wzrokowego (w odległości około $^1/_3$ średnicy tarczy), nigdy w okolicy plamki żółtej i zawsze odmiennie ułożone, niż w chorobie Brighta. Nadto przydarzają się liczne wynaczynienia, najczęściej okrągłe, a czasami w pasemkach ułożone, w pobliżu tarczy, lub nieco oddalone, nie zlewające się ze wspomnianemi białemi plamami; napotyka się także wynaczynienia bez plam, a wreszcie wynaczynienia, a w środku nich białe ognisko.

Prawie nigdy białe plamy nie znachodzą się tuż obok naczyń krwionośnych, ale najczęściej oddzielone są od naczyń prawidłową siatkówką; rozwijają się bardzo szybko, nieraz w ciągu $^1/_2$—1 godziny, natomiast wynaczynienia powstają przeważnie wolniej.

Obecne spostrzeżenia doprowadzają autora do odmiennych wniosków, niż w roku 1879, podczas gdy bowiem poprzednio autor znachodził te zmiany w 80% przypadków septycznych i wszystkie przypadki, w których te zmiany wystąpiły, kończyły się śmiertelnie, obecnie znachodzi je w 30%—40% wszystkich spostrzeganych zakażeń septycznych, nie wszystkie podobne przypadki kończyły się śmiertelnie; podobne zmiany znachodziły się i w przypadkach niezbyt gwałtownie przebiegającyh; w niektórych przypadkach nawet trzykrotnie znikały i napowrót się pojawiały.

Badanie histologiczne wykazało, że białe ogniska bez wyjątku są usadowione w siatkówce i składają się z masy bezpostaciowej. Autor uważa je nie za następstwo zatorów, ale za skrzepły wysięk.

Zmiany te są według autora bardzo charakterystyczne dla zakażeń septycznych (*endocarditis ulcerosa*, *febris puerperalis* itd.), albowiem podobnych zmian nigdy nie spotkał w innych chorobach zakaźnych o podobnym przebiegu klinicznym. I tak w durze brzusznym mogą się pojawiać duże wynaczynienia, nigdy jednak plamy, w durze powrotnym przydarza się zapalenie naczyniówki, lub naczyniówki i siatkówki, niepodobne do obrazu w przebiegu posocznicy.

W gruźlicy prosówkowej, jakoteż w gruźliczem zapaleniu opon mózgowych przydarzają się, aczkolwiek rzadko, wynaczynienia, nigdy jednak podobne białe plamy; — w wyjątkowych też podobnych przypadkach rozpoznanie na podstawie badania dna oka bywa niemożebne ze względu, że i w posocznicy mogą się przydarzać wynaczynienia bez charakterystycznych białych plam.

I w chorobach przewlekłych podobne zmiany się przydarzają, a mianowicie: w chorobie Brighta, w niedokrewności złośliwej, w białaczce, cukrzycy i w gnilcu. Te choroby jednak można rozpoznać na podstawie innych objawów chorobowych.

Dr. Kędzior (K. r. klin. lek.).

Dr. Walter Zweig. **Znaczenie ruchomości żebra dziesiątego.** (*Archiv f. Verd.-Krankh.* VII, p. 248). Według Stillera znaczna ruchomość chrząstki 10-go żebra jest oznaką zwiśnięcia trzew brzusznych. Autor sprawdził to twierdzenie na 100 osobach polikliniki Boasa w Berlinie, a mianowicie na 50 mężczyznach i 50 kobietach bez różnicy na chorobę pacyentów. Przytem badał dokładnie położenie trzew jamy brzusznej, a szczegółowo żołądka zapomocą sondy, wydymania i prześwietlania.

Na podstawie tego, aczkolwiek za szczupłego materyału, przychodzi autor do następujących wniosków.

1. Ruchomość 10-go żebra napotyka się prawie w równej liczbie u mężczyzn (23%), jak u kobiet (27%).

2. Większa część osób z ruchomością 10-go żebra cierpi na dyspepsyę nerwową. Na 49 tego rodzaju chorych przypada ruchomość żebra 10-go, 32 razy, t. j. 65%; zaś na 39 przypadków opadnięcia trzew przypada ruchomość 10-go żebra 26 razy.

3. Mniejsza część chorych z ruchomem żebrem 10-tem cierpi na inne choroby bez objawów nerwic żołądka. Na 100 przypadków badanych było 17 bez objawów opadnięcia trzew i dyspepsyi nerwowej, a z ruchomością 10-go żebra.

4. Ruchomość 10-go żebra może być pomocniczym objawem rozpoznawczym nerwicy żołądka, nie jest jednak pewną oznaką neurastenii.

Nadmienić jeszcze wypada, że Tandler z zakładu anatomii patologicznej we Wiedniu i Meinert z prosektoryum w Dreznie z badania na zwłokach oświadczają zgodnie, że ruchomość 10-go żebra znajduje się na zwłokach w 97% i jest objawem prawidłowym.

Prof. *Jaworski* (K. r. klin. lek.).

Dr. Falkenheim. **Ogłupienie rodzinne, połączone ze ślepotą.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 59, B. 4, 1902, H. II.). Sachs z New-Yorku wydzielił z wielkiej gromady idyotów osobną grupę i nazwał ją „ogłupienie rodzinne, połączone ze ślepotą" i jako cechy charakterystyczne tej choroby podał: 1) wady psychiczne już w pierwszych miesiącach życia, prowadzące do idyotyzmu: 2) osłabienie wszystkich kończyn, postępujące do zupełnego porażenia; 3) odruchy mogą być prawidłowe, zmniejszone lub zwiększone: 4) zupełna ślepota (zmiany w plamce żółtej, później zanik nerwu wzrokowego); 5) wycieńczenie i śmierć najczęściej przed końcem 2-go roku życia; 6) choroba dotyczy kilkorga dzieci jednej rodziny. Waren-Tay z Londynu opisuje zmiany w oczach: mianowicie ma być w obu oczach w okolicy żółtej plamki wyraźna ograniczona plama biała, mniej lub więcej okrągła, mająca w środku brunatnoczerwonawy okrągły punkt, będący w wyraźnem przeciwieństwie do punktu białego. Punkt ten nie wygląda ani jako wybroczyna, ani jako barwik, lecz jako luka w plamie białej.

Autor zebrał 64 przypadków tej choroby, z tego 27 pojedynczych, a 37 rozdziela się na 13 familij, z tego w sześciu familiach po dwa przypadki, w czterech po trzy, w dwóch po cztery, a w jednej pięć przypadków. Przypadki te dotyczą dzieci zdrowo urodzonych. Okres prawidłowego rozwoju trwa 3—4 miesiące, a w przypadku Mohra nawet 12 miesięcy; — potem powoli słabnie umięśnienie grzbietu i karku, głowa opada, ruchy samodzielne ustają, odruchy słabną, inteligencya się ścieśnia, występuje ogłupienie, zaburzenie wzroku, dziecko widzi, lecz nie rozpoznaje, w końcu zanika możność widzenia. Z zanikiem wzroku wzmaga się siła słuchu. Napięcie mięśni się zmienia, porażenie wiotkie zmienia się w spastyczne, odruchy ścięgniste i skórne wzmagają się, z tem łączy się coraz większe wycieńczenie i dziecko ginie. Dziecko takie żyć może dość długo, za czem przemawia chory Kollera, który żył do lat ośmiu. Zmianom tym może towarzyszyć zez i drżenie gałek ocznych. Zmiany w dnie oka w tej chorobie są stałe i charakterystyczne; występują wcześnie tak, że Kindgon i Tay opisują zmiany na plamce dna oka i zmiany zanikowe nerwu wzrokowego u dziecka kilkomiesięcznego, a nawet kilkotygodniowego. Zmiany te w dnie oka są częściowym objawem, charakteryzującym tę chorobę, występującą rodzinnie.

Sachs odstąpił od swej pierwotnej teoryi, że chorobie tej towarzyszy niedokształcenie kory mózgowej, po ogłoszeniu przypadków przez Kingdona, Russela, Schaffera, Petersona, Hirscha, w których udowodniono, że w chorobie tej idzie o typową zapalną sprawę degeneracyjną wykształconych już komórek i włókien zwojów kory mózgowej i całego układu dróg piramidalnych. Kingdon i Russel na podstawie zmian anatomicznych chcą nadać tej chorobie nazwę „Infantile cerebrale Degeneration": — lecz jest to nazwa, która wyłącznie do tego gatunku chorób odnosić się nie może, gdyż wogóle obejmuje zmiany degeneracyjne mózgu, mogące występować i w innych klinicznie oddzielić się dających chorobach. O wiele słuszniejszą byłaby zmiana nazwy Sachsa, proponowana przez Claibornesa, jako „Infantile familiäre amaurotische Idiotie", gdyż choroba ta specyalnie dotyczy tylko wczesnego wieku dziecięcego.

Zapobieganie i leczenie tej choroby nie istnieje: jod i kołaczyki cerebryny zawodzą: jedyną pociechą rodzin jest to, że następne potomstwo nie musi być podobnie chore.

Dr. Bolesław Komorowski.

Bente. **Przypadek wypadnięcia cewki u 5-letniej dziewczyny.** (*Münchener med. Wochs.* 1901, Nr. 53). B. opisuje przypadek wypadnięcia błony śluzowej cewki u 5-letniej dziewczyny. Jako przyczynę w tym przypadku B. uważa zwiększenie parcia wewnątrz jamy brzusznej wskutek silnego kaszlu i przy oddawaniu stolca przy jego zaparciu. Żadnych dolegliwości, prócz krwawienia, nie było. Chorą wyleczono przez operacyę, która polegała na wycięciu wypadniętej błony śluzowej i przyszyciu następnie błony śluzowej do otworu zewnętrznego cewki. Leczenie nieoperacyjne nie miało skutku. *Dr. Teofil Zalewski.*

Kelling. **O esofagoskopii, gastroskopii i celioskopii.** (*Münchener med. Wochs.* 1902, Nr. 1). K. podaje zalety esofagoskopii i gastroskopii dla rozpoznawania chorób przełyku i żołądka. K. podaje szereg przypadków, w których zrobienie rozpoznania możliwe było tylko zapomocą esofagoskopii, względnie gastroskopii; w wielu tych przypadkach uczyniono poprzednio zupełnie błędne rozpoznanie. Obecnie coraz większa liczba lekarzy skłania się do tego, że esofagoskopia w pewnych przypadkach jest konieczną dla uczynienia rozpoznania. Co do gastroskopii, to zdania są więcej podzielone. K. na zasadzie swoich przypadków przychodzi do przekonania, że gastroskopia w wielu razach może uczynić zupełnie niepotrzebną laparotomię próbną. Oczywista rzecz, to może wyjść tylko na dobre choremu, choćby dlatego, że chory prędzej zdecyduje się na gastroskopię, niż na laparotomię: z drugiej strony laparotomia próbna napewno nie przyczynia się do wzbudzenia zaufania w chorych dla zabiegów chirurgicznych. K. nie twierdzi, by esofagoskopia była rękoczynem obojętnym: bez kwestyi może się zdarzyć przypadek, że przy badaniu przedziurawi się ścieńczałą ścianę żołądka, twierdzi jednak, że jest zabiegiem mniej niebezpiecznym, niż laparotomia próbna. K. wspomina w końcu o celioskopii, która polega na tem, że jelita dokładnie wypróżnia się, nakłówa się trójgrańcem Fiedlera ściany brzuszne, pompuje się powietrze do jamy brzusznej i wstawia się następnie przez trójgraniec cienki cytoskop Nitzego; tym sposobem można obejrzeć prawie wszystkie narządy jamy brzusznej. *Dr. Teofil Zalewski.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dr. A. Łogucki. **Parachlorfenol i mentorol w leczeniu gruźlicy górnych dróg oddechowych.** (*Therap. Monatshefte* Zeszyt I, 1902). Chech, potem Dianin zwrócili uwagę na własności odkażające związków chlorofenylowych. Dianin stosował przez twory trójchlorofenolowe w ranach, lecz z powodu niemiłej wonnie weszły one w ogólne użycie. Za radą prof. M. Nenckiego zastosował Czurilow parachlorfenol w róży, w postaci 1—5% maści z dobrym skutkiem. Karpow badał w r. 1893 własności tego przetworu i uważa go za silny środek odkażający. W r. 1894 używał go Limanowski z dobrym skutkiem w gruźlicy górnych dróg oddechowych i równocześnie prawie Szmurło na oddziale Dra Sokołowskiego w Warszawie w cierpieniach przerostowych nosa, tchawicy, oraz owrzodzeniach gruźliczych. Szmurło twierdzi, że parachlorfenol wywołuje obrzęk, długotrwały ból i upośledza łaknienie. Elsenberg chwali parachlorfenol w wilku. W roku 1895 Spengler przypisuje lekowi temu wielką wartość leczniczą, zwłaszcza w owrzodzeniach gruźliczych górnych dróg oddechowych i twierdzi, że 1) rozczyny glicerynowe w postaci pędzlowań i wcierań zabliźniają powierzchowne i głębokie owrzodzenia; 2) nie wywołują ostrego podrażnienia; 3) działanie kojące trwa nieraz kilka dni; 4) parachlorfenol przewyższa kwas mlekowy i zabiegi operacyjne możnością zastosowania go we wszystkich okresach gruźlicy krtani; 5) działa doskonale w wilku błon śluzowych.

Autor stosował parachlorfenol w gruźlicy górnych dróg oddechowych w postaci glicerynowego 5% lub 10% rozczynu, albo $^1/_4$—$^1/_2$% wziewań, mianowicie w 19-tu przypadkach gruźlicy krtani, 1 owrzodzeń gruźliczych błony śluzowej przegrody nosowej i 1 owrzodzeń tylnej ściany gardła i migdałków.

Ł. przytacza szczegółowo 8 przypadków; w ogólnych wnioskach twierdzi, że niektórzy chorzy nie znosili pędzlowań z powodu wstrętnej woni i niemiłego smaku; wielu znosiło lek ze wstrętem i doznawało pieczenia; prawie wszyscy chorzy czuli już po jednorazowem zapędzlowaniu ulgę. Błona śluzowa po zastosowaniu parachlorfenolu blednie, owrzodzenia i miejsca krwawiące po operacyi zwyrodniałej tkanki pokrywają się świeżą ziarniną. Małe wypociny szybko się zmniejszają. W daleko posuniętych zmianach w płucach i lichym stanie ogólnym chorego — nie zauważył poprawy w krtani. Parachlorfenol jest zatem środkiem, który z uwzględnieniem ogólnych i higienicznych warunków daje w niektórych przypadkach dobre wyniki leczenia. Możnaby go częściej używać, gdyby nie wstrętny smak i zapach.

Ponieważ mięszaninę fenolu i mentolu, stosowaną od kilku

lat na oddziale Dra Sokołowskiego, chorzy bardzo dobrze znosili przeto uproszono prof. M. Nenckiego, aby dokonał mieszaniny parachlorfenolu i mentolu. Za jego też sprawą firma Dr. F. v. Heydon w Radebeul koło Drezna mięszaninę taką sporządziła pod nazwą „menthorolu". Jest to dosyć gęsty płyn o przyjemniejszym smaku i woni, niż parachlorfenol. Lek ten, stosowany w 5%, 10% i 15% roztworze glicerynowym w postaci pędzlowań, ma te same własności lecznicze, co parachlorfenol, bez jego stron ujemnych.

Dr. Flis (K. r. klin. lek.).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 29 stycznia 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

Jako goście obecni: kol. Krok i Siedlecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Dra Żeleńskiego przyjęto w poczet członków Towarzystwa.

III. Kol. Landau Jan przedstawia i omawia przypadek obrzęku śluzakowego *(Myxoedema)* u dziecka $2^1/_2$ lat liczącego. (Przeznaczone do druku w »Przeglądzie lekar.«).

IV. Kol. Borzęcki przedstawia dwa przypadki łuszczycy *(Psoriasis)*, dotyczące bliźniaków i jeden przypadek zmiany pierwotnej kiły na kciuku ręki lewej.

W dyskusyi nadmienia Kol. Żydłowicz, że przebieg kiły przedstawionego przez niego przed $1^1/_2$ rokiem w Towarzystwie lek. przypadku, w którym zmiana pierwotna była na palcu wskazującym obok wysypki plamistej, jest jak dotychczas łagodny, gdyż tylko raz był nawrót pod postacią kłykcin na języku.

V. Kol. prof. Kryński przedstawił preparat macicy, którą wyciął z powodu raka przez pochwę przed dwoma tygodniami u kobiety 46-letniej. Po wycięciu macicy w całości wraz z częściami dodatkowemi i po przecięciu preparatu wzdłuż przedniej ściany okazało się, iż wnętrze narządu jest siedliskiem nie jednego, lecz dwóch nowotworów rakowych, nie będących wcale ze sobą w związku. Większy z nich w postaci kalafiorowatej narośli wyrasta z dna powiększonego trzonu macicy, poniżej zaś oddzielony pasem szerokości 2 ctm. zupełnie normalnej błony śluzowej znajduje się drugi nowotwór, zupełnie podobnego charakteru, lecz mniejszych rozmiarów, jak w szyjce macicy.

Badaniem mikroskopowem stwierdził kol. K. iż oba te guzy są to *gruczolaki złośliwe* (adenoma destruens), o charakterze nabłonków, wyścielających gruczoły śluzowe dna macicy; obficie wybujałe pędy nowotworu, tworzące kosmkowate narośle na błonie śluzowej, składają się z bardzo skąpej ilości elementów tkanki łącznej, otoczonej zewsząd nabłonkami tak, iż miejscami ma się wrażenie, iż dość luźne naczynia krwionośne leżą wśród szeregów komórek nabłonkowych.

Ścisłe badanie skrawków, poprowadzonych przez całą grubość ściany macicy, nie mogło nigdzie wykazać jakichkolwiek śladów istnienia łączności między obydwoma nowotworami za pomocą dróg limfatycznych i krwionośnych, zarówno w błonie śluzowej i podśluzowej, jak i w masie mięśnia macicznego. Wobec więc braku wszelkich danych, któreby przemawiały za powstaniem drugiego, mniejszego nowotworu zarówno drogą szerzenia się na powierzchni *per continuum*, jak i drogą przerzutu *per metastasin*, przypuszcza kol. Kryński, iż mamy tu do czynienia *z przeszczepieniem nowotworu złośliwego*, za czem przemawia jeszcze i siedziba guza w górnej części szyjki macicznej, a więc w miejscu wąskiem, w którem oderwane cząsteczki nowotworu, obsuwając się z góry z łatwością mogły się zatrzymać i w następstwie wszczepić się w błonę śluzową.

Omawiając stronę operacyjną wycięcia przez pochwę macicy, dotkniętej rakiem, występuje kol. K. przeciw szablonowemu przecinaniu macicy podczas operacyi dla ułatwienia jej wydobycia. Metoda ta, tak znakomicie opracowana przez chirurgów francuskich dla przypadków wycinania przez pochwę macicy powiększonej (fibromyomata), nie powinna być stosowana szablonowo do wszystkich przypadków tego zabiegu, jak tego chcą obecnie niektórzy autorowie, a już tylko wyjątkowo w przypadkach raka macicy, gdzie, jak poucza i demonstrowany obecnie przypadek, tak łatwo o implantacyę nowotworu do przeciętych tkanek. (Spraw. wł.)

W dyskusyi kol. prof. Rosner zwraca uwagę na występującą u wielu autorów skłonność do przecinania macicy podczas wyjmowania przez pochwę i to nawet w tych przypadkach, w których obejśćby się można bez tego przecięcia. Ponieważ przecinanie macicy mieści w sobie niebezpieczeństwo zaszczepienia nowotworu w ranę operacyjną lub zdrową otrzewnę, przeto kol. Rosner uważa je za niebezpieczne i tylko tam wskazane, gdzie doszczętny zabieg bez przecięcia natrafia na nieprzezwyciężone trudności.

VI. Kol. prof. Ciechanowski przedstawia i objaśnia okaz przewlekłych ropni wątroby, powstałych po dawno przebytem zapaleniu wyrostka robaczkowego u kobiety 34-letniej. Z ropni prowadzi przetoka do dwunastnicy; nadto rozwinął się ropień podprzeponowy i zapalenie włóknikowe osierdzia.

VII. Kol. Gliński przedstawił:

1. Okaz wielokrotnych guzów nowotworowych na klatce piersiowej u noworodka. Badanie drobnowidowe jednego z tych guzów wykazało, iż składa się on przeważnie z tkanki chrzęstnej, wśród której spotykają się miejscami dość rozległe ogniska tkanki komórkowej o cechach tkanki mięsakowej. W innych z przedstawionych guzów już makroskopowo spotykają się takie ogniska kostne.

Dla porównania przedstawia prelegent jednocześnie okazy wielokrotnych chrzęstniako-kostniaków, wyciętych u 10-letniego chłopca.

2. Okaz wady rozwojowej w narządzie moczowo-płciowym. (nerka lewa w miednicy małej, macica jednorożna, całkowity brak drugiego (lewego) rogu macicy, oraz odpowiedniej trąbki; jajnik lewy leży poniżej lewej nerki w okolicy linii bezimiennej).

VIII. Kol. Maziarski wygłosił odczyt p. t.: »Element przewodzący w układzie nerwowym środkowym i obwodowym«. Wykazanie w włóknie osiowem nerwu delikatnych włókienek, które uznano za właściwy element przewodzący od komórki nerwowej do narządu, w którym nerw się kończy, wywołało szereg badań w celu prześledzenia tego elementu przewodzącego także w komórce nerwowej, zkąd włókno nerwowe bierze swój początek. Z braku odpowiednich metod sprawa ta długo pozostała niezałatwiona, dopiero dzięki ostatnim pracom Apathyego u zwierząt bezkręgowych, a Bethego u kręgowców przyszliśmy do dokładnego poznania tych włókienek nerwowych przewodzących także w komórkach układu nerwowego środkowego. Badania Apathyego odnoszą się do układu nerwowego robaków (pijawki i dżdżownicy), u których dzięki właściwym metodom prześledzić mógł dokładnie przebieg tego elementu przewodzącego w układzie nerwowym tak ośrodkowym jak i obwodowym.

Element przewodzący przedstawia się w postaci włókienek, które jako jednostki anatomiczne można optycznie a nawet mechanicznie wyosobnić, biegnące nieprzerwanie w drogach nerwowych tak w centrum, jak i na obwodzie. Przebieg ich prosty i spiralny, zależnie od stanu skurczenia się zwierzęcia przy ustaleniu, otacza je skąpa ilość istoty okołowłókienkowej i osłonka osobna z glei. Rozróżnić możemy 3 kategorye włókienek; najgrubsze, silnie się barwiące, leżące każde w osobnej osłonce, włókienka motoryczne, cienkie, barwiące się również silnie, leżące po kilkadziesiąt w jednej osłonce, t. zwanych workach czuciowych, i trzecia kategorya, włókienka cienkie, słabiej się barwiące, leżące wśród istoty perifibrilarnej, zawierającej myelinę, objęte razem otoczką glei — wiązki czuciowe.

Z pni nerwowych obwodowych wchodzą one do zwoju, gdzie włókienka worków czuciowych tworzą sieć elementarną, do której wchodzą także włókienka z wiązek czuciowych, częścią zaś wchodzą do komórek zwojowych.

Włókienka nerwowe, wchodzące do komórek zwojowych, tworzą w nich sieć i ta sama ilość włókienek zbiera się znów w grubsze włókienko, opuszczając komórkę — żadne z nich w komórce się nie kończy i żadne nie rozpoczyna.

Zależnie od formy tej sieci rozróżniamy trzy typy:

1) typ G. — włókienka tworzą siatkę w jednej warstwie komórki blizko jej powierzchni;

2) typ K. — włókienka tworzą dwie siatki, anastomozujące z sobą, jednę delikatniejszą bliżej powierzchni, drugą grubszą około jądra i ta ostatnia zbiera się w grube włókienko, które jako motoryczne wychodzi z komórki;

3) typ u dżdżownicy, włókienka tworzą siatkę rozprzestrzeniającą się w całem ciele komórki.

Z powodu jednobiegunowości komórek u pijawki włókienka doprowadzające i odprowadzające leżą w jednej wypustce, u dżdżownicy komórki są wielobiegunowe i tam też włókienka doprowadzające i odprowadzające są rozmieszczone na różne wypustki komórkowe. W ka-

żdym razie istnieje połączenie włókienek w komórkach zapomocą sieci elementarnej, lub też wprost z włókienkami biegnącemi z obwodu.

Podobnie zachowują się włókienka nerwowe w komórkach zmysłowych nabłonkowych i podskórnych (siatkówkowych), tworząc mniej lub więcej rozległe sieci koło jądra i w ciele komórki. Wyszedłszy z komórek rozpadają się na drobne włókienka, tworząc z innemi sieć pomiędzy komórkami nabłonkowemi.

Gdzież tedy ta komórka nerwowa w znaczeniu neuronu dająca początek wypustce osiowej?

Apathy rozróżnia komórkę nerwową od zwojowej. Komórka nerwowa jest analogiczna do mięsnej, obie produkują włókienka; z jednej są one przewodzące, z drugiej kurczliwe. Włókienka przewodzące wchodzą tylko do komórek zwojowych i po utworzeniu siatki opuszczają je, więc te komórki wytwarzać włókienek nie mogą; komórki zwojowe są tylko jakby włączone w drogę przewodzącą. Produkują one to, co ma być przewodzone, komórki nerwowe to, co ma przewodzić, — podział pracy, który wywołał zróżnicowanie filogenetycznie równych komórek nerwowo-zwojowych na dwie histologicznie i histogenetycznie różne formy. Komórki zwojowe wytwarzają istotę pewną chromatyczną i pewien prąd, *tonus*.

Włókienka nerwowe produkować mogą tylko komórki nerwowe, a za takie uważa najprawdopodobniej komórki u osobników dorosłych znacznie już zmienione, leżące na przebiegu włókienek w pniach nerwowych w postaci jąder, otoczonych skąpą ilością protoplazmy.

Wykazanie tych tworzących się włókienek od pierwszej chwili ich zjawienia się, — to zadanie przyszłe badań układu nerwowego.

Fakty te muszą zmienić nasze zapatrywania na teoryę neuronu; kontakt musi ustąpić miejsca ciągłości; jednak na razie dla zbudowania innej teoryi brak nam podstaw, na których oparła się teorya neuronów, — histogenetycznej, fizyologicznej i doświadczalnej. (Streszczenie własne). (Demonstracya oryginalnych preparatów prof. Apathyego).

W dyskusyi zabierał głos kol. Bochenek, zaznaczając, że włókienka przewodzące wykazał także Bethe u zwierząt kręgowych, lecz przebieg ich jest w komórkach kręgowców nieco odmienny i Bethe nie mógł na pewno stwierdzić tej ciągłości włókienek z jednej komórki do drugiej.

Kol. prof. Kostanecki stawia wniosek, ażeby prof. Apathyemu w Koloszwarze złożyć podziękowanie pisemne Towarzystwa lekarskiego za użyczenie preparatów mikroskopowych do demonstracyi. Uchwalono jednomyślnie.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 5 lutego 1902.

Przewodniczący kolega prof. Nowak.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. doc. L. Korczyński wygłosił odczyt p. t. »Przemiana pierwiastków w osteomalacyi«. Prelegent przytoczył dwa przypadki, badane pod względem przemiany materyi, wykazał różnice w porównaniu ze stanem fizyologicznym co do wydzielania fosforu, wapna i azotu i przedstawił wreszcie swoje zapatrywanie na patogenezę choroby.

III. Kol. Bier wygłosił odczyt »O organizacyi desinfekcyi w większych miastach. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabrał głos kol. Gertler: Przedstawiony zarys organizacyi desinfekcyi, odnoszący się do postepowania po odbytej chorobie zakaźnej, jest wprawdzie bardzo dobry, ale nie wystarczający.

Ważną rzeczą jest zwrócić baczną uwagę na środki ochronne przeciw przenoszeniu chorób zakaźnych podczas leczenia chorego. (Wiadomą jest rzeczą, że osoby, będące w styczności z takimi chorymi, mogą pośrednio przez plwociny lub wymiociny, które przypadkowo dostały się na ich odzież, przenosić choroby). Jako racyonalny środek uważa G. zaprowadzenie chałatów szpitalnych przez urząd desinfekcyjny, a przeprowadzenie tej myśli proponuje w sposób następujący:

Urząd desinfekcyjny (lub magistrat) sprawia odpowiednią ilość chałatów szpitalnych, które w puszkach blaszanych zamkniętych, opatrzonych pieczęcią i znakiem »jałowe« oddaje na skład do aptek. Lekarz wezwany do przypadku zakaźnego zapisuje lekarstwo i zarazem odpowiednią ilość chałatów (wielkość może być różną Nr. 1, 2 i 3) dla siebie i dla otoczenia chorego. Apteka (za małem wynagrodzeniem np. 40 h. i złożeniem odpowiedniej kaucyi) wypożycza chałat, który po skończonem leczeniu rodzina chorego zwraca zakładowi desinfekcyjnemu, gdzie otrzymuje złożoną w aptece kaucyę.

Następnie kol. Gertler zwraca się do kolegów, zasiadających w Radzie miejskiej i Komisyi sanitarnej, aby myśl tę podjęli i nie dali się uprzedzić przez inne miasta w wykonaniu tego zarządzenia; trudno jest bowiem wymagać, aby lekarz nosił do każdego chorego zakaźnego chałat i zajął się później jego odkażeniem (Streszczenie własne).

Kol. prof. Bujwid podnosi znaczenie higieny dla społeczeństwa i czyni uwagę, że służba sanitarna w Krakowie nie dorosła obowiązkom. Ani fizykat, ani lekarze miejscy nie robią tego, co do nich należy, gdyż są prawdopodobnie zbyt obciążeni sprawami kancelaryjnemi. Żądanie inspektorów byłoby zbyteczne, gdyby lekarze miejscy objęli ich funkcye.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Przyczynek do statystyki zdrowia naszej ludności.

Zestawił

Dr. Maksymilian Blassberg,

lekarz krakowskiej Spółki tramwajowej.

W zestawieniu niniejszem oparłem się na materyale ze 134 przypadków, odnoszącym się do robotników, którzy zgłosili się do Dyrekcyi tramwaju elektrycznego w Krakowie w celu objęcia funkcyi przy ruchu. Liczby dotyczą roku 1901. Rzucają one pewne światło na stan zdrowia ludzi, domagających się przyjęcia bądź co bądź w poczuciu zupełnego zdrowia i zdolności do pracy.

Zgłaszający się podlegają szczegółowemu badaniu lekarskiemu zarówno w kierunku ogólnego stanu zdrowia i zdolności do pracy, jakoteż i co do uzdolnienia do specyalnej służby. Niektóre bowiem czynności, jak np. funkcya motorowego, kierującego wozem tramwajowym, wymagają znacznie lepszych warunków fizycznych, aniżeli inne. Motorowy prócz możności ciągłego napięcia uwagi i przytomności umysłu posiadać musi bystry wzrok, zdolność odróżniania barw, oraz zupełnie prawidłową budowę i swobodne ruchy obu rąk i nóg.

Badanie i orzeczenie lekarskie następowało według następującego szematu: 1) Imię, nazwisko, wiek. 2) Data badania. 3) Budowa ogólna. 4) Układ nerwowy. 5) Narząd wzroku: a) funkcya w ogóle, b) bystrość, c) rozpoznawanie barw. 6) Narząd słuchu. 7) Narządy oddechania. 8) Narządy krążenia. 9) Narządy jamy brzusznej. 10) Skóra, mięśnie i kości. 11) Badanie moczu. 12) Czy i kiedy szczepiony, względnie rewakcynowany? Czy są widoczne ślady po szczepieniu? 13) Inne choroby i kalectwa (kiła, alkoholizm, przepukliny, wól, wrzody, zimnica, żylaki). 14) Orzeczenie w kierunku uzdolnienia do pracy i zdolności do służby wogóle. 15) Orzeczenie o uzdolnieniu fizycznem do służby specyalnej. 16) Uwagi o przebytych chorobach, odbyciu służby wojskowej i inne.

Przeciętny wiek badanych wynosił 20—30 lat. Niżej lat dwudziestu był jeden (0·7%); między 20-tym a 30-tym rokiem życia — 96, tj. 71·7%; między 30-tym a 40-tym rokiem — 26 (19·4%), a wyżej lat 40 — 11 (8·2%). Służbę wojskową odbyło 95-ciu, tj. 70·9% badanych.

Stan ochronnego szczepienia przeciw ospie przedstawiał się jak następuje: nie poddawanych dotąd wcale szczepieniu było trzech, tj. 2·2%. Ospę naturalną przebyło 11 (8·2%) i wszyscy mają wybitne blizny poospowe skóry. Szczepionych było 131 (97·8%), a mianowicie w wieku niemowlęcym 112 (83·3%), w szkole 53 (39·4%), podczas służby w wojsku 71 (52·8%). Rewakcynowanych w wieku dorosłym było czterech (3%). U 24 (18%) nie można było stwierdzić znaków po szczepieniu.

Z badanych zupełnie niezdolnym do pracy był jeden, tj. 0·7%; nie uzdolnionych do służby przy ruchu (ani na

konduktora, ani na motorowego) było ośmiu (6 %); tylko na motorowego nieuzdolnionych było 35 (26 %).

Najczęściej napotykane były przypadłości w zakresie narządu wzroku. Jakość i częstość zmian uwidocznia zresztą następująca tablica:

Rok 1901	Rodzaj zmiany	U ilu osób	na 100
Narząd wzroku	Upośledzenie bystrości wzroku . .	31	23·1
	Przewlekły nieżyt spojówek	48	36
	Jaglica spojówek	1	0·7
	Plamy rogówki	2	1·5
	Jęczmień	1	0·7
	Zapalenie brzegu powiek	1	0·7
	Porażenie nerwu okoruchowego . .	1	0·7
Narząd słuchu	Upośledzenie słuchu	2	1·5
Narządy krążenia	Przewlekłe zapalenie środsierdzia (wady serca)	3	2·2
	Ogólna miażdżyca	23	17·1
	Znaczne żylaki kończyn dolnych . .	5	4
	Obrzęk gruczołów chłonnych . . .	4	3
Narządy oddechania	Silny przerost błony śluzowej nosa .	1	0·7
	Zapalenie krtani	3	2·2
	Nieżyt oskrzelowy	17	12·7
	Rozedma płuc	29	22
	Gruźlica płuc	2	1·5
Narządy jamy brzusznej	Obrzęk śledziony	7	5·2
	Białkomocz	5	4
Choroby weneryczne i skórne	Rzeżączka cewki moczowej części przedniej	2	1·5
	Wrzody miękie	3	2·2
	Kiła	1	0·7
	Wyprysk	8	6
	Odmrożenie skóry	6	4·4
	Trądzik pospolity	5	4
	Świerzbiączka łagodna	1	0·7
	Łupież pstry	3	2·2
Choroby nerwowe	Stwardnienie rozsiane	1	0·7
Choroby ogólne	Alkoholizm przewlekły	3	2·2
	Silna niedokrewność	1	0·7
Choroby chirurgiczne i kalectwa	Szyja skośna	1	0·7
	Wól	1	0·7
	Skrzywienie kręgosłupa	3	2·2
	Przepukliny	4	3
	Zesztywnienie stawów u palców ręki	4	3
	Brak członków u palców ręki . . .	2	1·5
	Stopa płaska obustronna	2	1·5

Z poważniejszych chorób, które w przeciągu roku 1901-go pojawiły się u badanych w powyższy sposób, były: padaczka (1 przyp.), ostre zapalenie nerek (1 przypadek) i ostry gościec stawowy, połączony z zapaleniem śródsierdzia (1 przyp.).

Na uwagę zasługuje obserwacya nieznacznego poparzenia w kilku miejscach skóry przedramienia i ręki lewej, oraz opalenia włosów na głowie, wargach i brodzie po tejże stronie, wywołanego przez przypadkowe zadziałanie chwilowe nader silnego prądu elektrycznego (tak zwany: *Kurzschluss*). Prócz tego w ciągu roku zgłoszono się do leczenia z następującemi schorzeniami:

Rodzaj choroby	Liczba przypadków
Ostre zapalenie spojówki	1
Nagromadzenie woskowiny w uchu zewnętrznem .	1
Ostry nieżyt oskrzelowy	2
Nieżyt żołądka	7
Niedomoga jelit	1
Podostra rzeżączka cewki mocz. części przedniej .	1
Liszaj wyłysiający skóry	1
Rwa na tle zimniczem	1
Ból (gościec) mięśniowy	6
Próchnica zębów	1
Zapalenie dziąseł	1
Zapalenie gardła zwykłe i mieszkowe	3
Poparzenie	1
Urazy	4
Ropień i ropówka	3
Rany cięte	1
Ciała obce w skórze	1

Na podstawie powyższego skąpego materyału wniosków ogólnych oczywiście jeszcze wyciągać nie można. Wszelako nie zawsze lekarz ma sposobność badania większej liczby osób młodych, uważanych za zupełnie zdrowe i to przeważnie po odbyciu służby wojskowej, a częstokroć wprost z wojska zgłaszających się. Wielostronne i stałe zbieranie danych pozwoli drogą rozwoju statystyki zdrowia stanąć lekarzom na stanowisku higieny i przez dokładną znajomość złego tem skuteczniej działać zapobiegawczo.

Przy tej sposobności niech mi wolno będzie podziękować panu nadinżynierowi F. Fischerowi za poparcie i ułatwienie okazane mi w niniejszej pracy.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1898.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

9. Środki zapobiegawcze przeciw chorobom zakaźnym.

Znaglane karami zwierzchności gminne przecież obecnie częściej przyzwyczajają się do obowiązku donoszenia władzom o chorobach zakaźnych. W r. 1898 ukarano grzywną od 1—10 złr. ośmiu wójtów, a dwóch upomniano. Jeśli porównamy, w ilu powiatach i ilu zmarłych było w tym roku w Galicyi na choroby zakaźne (patrz wyżej; „śmiertelność podług przyczyn śmierci"), to zdaje się nie ulegać wątpliwości, że kar takich należało wymierzyć więcej. Z powodu panowania duru plamistego, który w tym roku zasługuje na miano duru głodowego, „udzielono ze skarbu państwa" w całej Galicyi subwencyi 2000 złr. (dwóch tysięcy złr.), rozdzielonych na 13 powiatów i użyto ich na żywność dla chorych i rekonwalescentów, jakoteż dla osób izolowanych. Domów izolacyjnych gminnych używano tylko w Drohobyczu, Borysławiu i Schodnicy (a cóż czyniono w innych gminach, gdzie przecież wiele osób zmarło, a setki chorowało na choroby zakaźne?). Zresztą, prócz z Wojnicza, gdzie otwarto dom izolacyjny na 6 chorych, nie było doniesień o otwarciu gminnych szpitali epi-

demicznych. Lecz cóż się dziwić gminom wiejskim, a choćby małym miasteczkom, kiedy miasto Kraków dotąd nie posiada budynku izolacyjnego i szpitala epidemicznego! Dla kontroli postępowania. przy tłumieniu epidemii byli w roku sprawozdawczym wysyłani krajowi inspektorowie sanitarni do 8 powiatów, które są w sprawozdaniu wyliczone. Zdaje nam się, że pożądaną byłaby również choć pobieżna wzmianka, czy przyjechawszy na miejsce zastali już i jakie czynności zapobiegawcze, co sami zarządzili, a co najważniejsza, brak nam sprawozdania z czynności lekarzy powiatowych, względnie koncepistów i asystentów sanitarnych, delegowanych zwykle do miejsc dotkniętych epidemią. A wobec tak znacznej śmiertelności z chorób zakaźnych, bo wynoszącej, — jak wyżej wykazano, aż 7·26‰ ludności, a 24·4% wszystkich zmarłych, godziłoby się może policzyć się z siłami. które w pierwszej linii muszą z tym wrogiem walczyć, przekonać się, jak się tę walkę prowadzi i t. d., — by w razie dostrzeżonych usterek, czy braków, szeregi walczących wzmocnić, dodać im zapału, ducha pokrzepić, zasilić zapasami finansowymi, użyczyć im znaczniejszego poparcia urzędowego i t. d.

10. Inne urządzenia sanitarne i higieniczne.

W rozdziale tym, prócz wyliczenia budowy nowych łaźni w pięciu miejscowościach i zamknięcia innych (zwłaszcza żydowskich rytualnych) z powodu złego stanu, znajdujemy wzmiankę o rozpoczęciu budowy wodociągów w Krynicy i o niektórych ulepszeniach w innych miejscowościach kąpielowych, które mogły być całkiem dobrze pomieszczone w rozdziale d), p t. „Zdrojowiska“ na str. 75 i 76. Sprawozdania. Zresztą każdy z lekarzy otrzymuje corocznie sprawozdanie odpowiednich zarządów lub lekarzy, z którego dość wyczerpujących wiadomości zaczerpnąć można. Jedynie tylko z Zakopanego brak jest treściwego corocznego sprawozdania tak, że tylko z dorywczo pisanych artykułów dziennikarskich wiadomości o postępach tej stacyi klimatycznej zaczerpnąć można.

11. Grzebanie zwłok, cmentarze.

Oględzin zwłok dokonują jeszcze w 75% przypadków zaledwie czytać umiejący wieśniacy, często źle płatni. Cmentarze, przeważnie wyznaniowe, są jeszcze za mało liczne, ztąd nieraz zwłoki źle zaopatrzone daleko muszą być przewożone. Liczba cmentarzy powiększyła się o 24, a kilka rozszerzono.

12. Służba zdrowia.

Znajdujemy tu w znacznej części nieco tylko rozszerzone wiadomości z rozdziału V, umieszczonego pod tym samym tytułem na str. 84.

13. Gminna służba zdrowia.

Organizacya służby zdrowia w gminach w myśl ustawy z roku 1891 postępuje stale, choć obecnie powolniej, niż w latach poprzednich. Trudności leżą główinie w braku kandydatów, którzyby chcieli osiąść w niektórych okręgach sanitarnych. Z końcem roku 1897 z 18 nowych okręgów sanitarnych na 10 nie było kandydatów, a 4 okręgi dawniejsze również nie były obsadzone. To też Wydział krajowy nie przedłożył Sejmowi wniosku aktywowania nowych okręgów lekarskich w roku 1898. Mimoto w Sprawozdaniu z roku 1898 czytamy, że w roku 1898 liczba okręgów sanitarnych powiększyła się o pięć. Było zatem z końcem roku 1898 w całym kraju 62 samoistnych gmin sanitarnych (prócz Lwowa i Krakowa), i 92 okręgów sanitarnych (z tych sześć opróżnionych). Prócz tego jest jeszcze w kraju 92 lekarzy gminnych, ustanowionych prowizorycznie nie na podstawie ustawy z roku 1891, pobierających płacę roczną od 150—300 zlr. (!). Jak trudnemi są warunki pobytu i egzystencyi dla lekarzy w niektórych okręgach, dowodzi fakt, że w trzech okręgach w bardzo krótkim czasie już się trzech lekarzy zmieniło, a jeden z nich znów szuka czwartego lekarza. Słusznie też Sprawozdanie twierdzi, że byłoby na czasie utworzyć fundusz pensyjny na przypadek niezdolności do służby i dla wdów i sierót po lekarzach okręgowych, coby z pewnością niejednego skłoniło do wytrwania na tym ciężkim posterunku.

„W roku 1898 zwiedził c. k. krajowy referent sanitarny 23 okręgi sanitarne w celu zbadania działalności lekarzy okręgowych. Z małymi wyjątkami rozwijają oni uznania godną czynność, a w wielu okolicach... daje się zauważyć coraz więcej zrozumienia (u ludności) pożytku tej instytucyi“.

Akuszerek było z końcem roku 1898 gminnych 164, a okręgowych 329. Lecz jeszcze jest pięć całych powiatów, w których dotąd niema żadnej akuszerki, ani okręgowej, ani gminnej (!). To też Wydział krajowy zwołał ankietę w sprawie trudności obsadzenia posad akuszerek, która przyznała, że najskuteczniej zabezpieczyły pomoc położniczą dla ludności te wydziały powiatowe, które wysyłają do szkół położnych kobiety z ludu wiejskiego, zobowiązując je do przyjęcia następnie w miejscu stałego pobytu posady akuszerki Ta ankieta uznała także konieczną potrzebę pomnożenia szkół położnych w kraju i urządzenia internatów dla uczennic. (Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 20 lutego.

* Na wczorajszem posiedzeniu krakowskiego Towarzystwa lekarskiego odbyły się demonstracye chorych i okazów przez kolegów doc. dra Bossowskiego i dra Eisenberga, poczem nastąpił odczyt koł. prof. Browicza: »Kilka uwag o komórce wątrobnej«.

* O ile wnosić należy ze sprawozdań dziennikarskich, sprawa równouprawnienia wszystkich słowian na »Zjazdach lekarzy rosyjskich im. Pirogowa« miała przebieg o wiele ostrzejszy, aniżeli pierwotnie sądzić można było. Wnioskodawca prof. Ott i rzecznicy, popierający wniosek Otta (prof. Diakonow, dr. Czepurkowski i in.), rzadko zabierali głos i przemawiali blado; natomiast przeciwnicy wniosku byli liczni i nie żałowali barw jaskrawych w swej argumentacyi; osią debaty było przemówienie honorowego prezesa Zjazdu prof. Kapustina: występując przeciw dopuszczeniu samych tylko słowian, już nie jako równouprawnionych członków Zjazdu. ale tylko jako »gości,« oświadczy prof. K., że na polu polityki różnić się mogą rosyanie z niemcami, ale w sferze medycyny nie mogą nie powitać gości, przybyłych z Germanii itd.; a co do równouprawnienia językowego, to prof. K. kategorycznie oświadczył: my (rosyanie) uczymy się obcych języków, niech i nasi goście nauczą się po rosyjsku. Obie przytoczone myśli prof. Kapustina zostały entuzyastycznie przyjęte przez zgromadzenie i zawyrokowały o jego odpornej uchwale. O tem dowiedzieć się powinni wszyscy ci, którzy zabierają się do wiązania kopuły nad budynkiem wszechsłowiańskim, nieposiadającym jeszcze pod sobą fundamentów. Ogólnosłowiańskie Zjazdy lekarskie należą do spraw jeszcze niedojrzałych: brakuje im prawdy dziejowej, realnej podstawy w zakresie duchowym, politycznym i narodowym. Wszystko więc z tej strony pozostaje po dawnemu i nie wpłynie na ustalone już w tym kierunku stosunki w słowiańszczyźnie zachodniej.

* Na posiedzeniu państwowej Rady sanitarnej szef sekcyi dr. Kusý zdał sprawę o stanie dżumy za granicą, oraz o skutecznym sposobie tępienia szczurów na okrętach, wypróbowanym w Marsylii. Sposób ten polega na doprowadzeniu do oddzielnych. szczelnie zamkniętych części okrętu, żelaznych rur. napełnionych płynnym kwasem węglowym i następnie ogrzanych ciepłą wodą. Rada sanitarna uznała ten sposób za dobry i wyraziła zdanie. że możnaby polecić tę metodę do wypróbowania na okrętach austryackich.

* Komisya krajowa niższo-austryacka postanowiła. ażeby na gruntach budującego się zakładu dla obłąkanych przy Ottakring. wystawić sanatorya dla chorych zamożniejszych, na wzór wiedeńskich zakładów prywatnych. Sanatorya te dzieliłyby się na dwie klasy, płacące za dzień w 1-szej 9 koron. w 2-giej 5 koron.

* Dziekanat wiedeńskiego Wydziału lekarskiego wydał następującą odezwę: Z powodu zbliżającej się setnej rocznicy urodzin Józefa Škody, kolegium profesorów wied. Wydziału lekar. postanowiło zarządzić ogólne wydanie wszystkich jego dzieł. Komitet, któremu po-

wierzono to zadanie, zwraca się do wszystkich kolegów, którzy byli uczniami Škody, ażeby, jeśli posiadają zapiski z jego wykładów, zechcieli je przesłać na ręce prof. Nothnagla, lub też dziekana z tem, że po zużytkowaniu będą im zwrócone.

* D. 6. b. m. odbyło się 25-te ogólne uroczyste posiedzenie wiedeńskiego lekarskiego »Pensionsinstytut« pod przewodnictwem dr. Adlera, jednego z trzech założycieli tej instytucyi. Ze sprawozdania dowiedziano się, że kapitał tego stowarzyszenia wynosi 1,348.888 Koron; w r. ubiegłym wypłacono 26 członkom pensyę po 1200 Koron, co wynosi 31,200 Koron.

* Ordynatorem szpitala Dzieciątka Jezus mianowany został dr. A. Ciągliński.

* W berlińskiem »Towarz. ochrony zdrowia dzieci w wieku szkolnym« zwrócił prof. Bagiński uwagę, że 40% chorych na płonicę, 39% na błonicę i 18% na odrę przypada na dzieci, uczęszczające do szkół publicznych.

* Kongres dermatologów niemieckich, który miał się odbyć w r. 1903, z powodu XIV Kongresu międzynarodowego w tymże roku, został przełożony na sierpień r. 1904.

* O nowych przypadkach ospy w Galicyi od dnia 11 stycznia — władzy nie doniesiono. Natomiast stwierdzono dur osutkowy w powiatach: bohorodczańskim (1 gmina), brodzkim (2 gminy), buczackim (1 gm.), dąbrowskim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.), nadworniańskim (4 gm.), trembowelskim (1 gm.) i złoczowskim (1 gm.).

Wogóle dur osutkowy w Galicyi zmniejszył się: w przeszłym tygodniu sprawozdawczym naliczono chorych na dur 128, w obecnym tygodniu liczba ta wynosi 31.

Mianowania i odznaczenia. Tytuł profesorski dostali docenci: Busse i Rosemann w Gryfii. Dr. Van der Velde mian. został kierownikiem klin. lek. w Brukseli. Profesorem farmacyi i farmakognozyi w Odesie mian. został magister farm. Blauberg.

Nekrologia. Dr. Jan Kleczkowski, lat 49, zmarł w Warszawie. Dr. Herrera, prof. topograf. anatomii, zmarł w Kadyksie. Dr. Zygmunt Perkahl zmarł w Płocku.

Bibliografia:

— *Postęp okulistyczny* (styczeń): Noiszewski: Zanik częściowy siatkówki. Sędziak: O stosunku chorób narządu słuchowego do zaburzeń ocznych.

— *Kronika lekarska* Nr. 3. Kopytowski: Dwa przypadki niezwykłego rozlanego cierpienia skóry, polegające na rozwoju znacznej ilości narośli, przeważnie epidermoidalnych (c. d.). Garliński. Zapobieganie ropnemu zapaleniu powiek u noworodków.

— *Odczyty kliniczne.* Zeszyt 11 i 12. W. Sterling: Trąd.

— *Medycyna* Nr. 7. A. Zawadzki: Aseptyczny aspirator, injektor i przemywacz. A. Zawadzki: Przyrząd do aseptycznego płókania pęcherza. Goldflam: Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem, wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (Dr. E. Flatau) (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 7. Puterman: Wpływ egzaminów szkolnych na układ krwionośny, przyczynek do badań nad ciśnieniem krwi zapomocą tonometru Gaertnera. Idzikowski: O znieczulaniu w szpitalu ludowym (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 7. Hausman: O použiti spinálni analgesie v gynaekologii (dok.). Kose: Funkcionelni diagnostika chorob ledvinovych (dok.).

— *Sbornik klinický* Nr. 3. Pelnař: Vztahy mezi morfologickými změnami a funkcemi zaniceného nervu periferniho. Frankenberger: Hořeni cesti dychaci u školni mládeže. Haškovec: Akathisie. Thomayer: K diagnose tuberkulosy plicni v časném obdobi. Mixa: Otázka malarická na počátku dvacátého stoleti.

— *Lekarské rozhledy* Nr. 2. V. Kučera: Poznámky k electroterapii. Jirásek: Neuritis multiplex při tuberkulose, simulujici hemiplegii, v jednom případě kombinovaná s neuritidou čivu bloudiliho. Prettner: O experimentálni tuberkulose a jejim léčeni (c. d.).

— *Liečnički Viestnik* Nr. 2. Wikerhauser: Chiruržka kazuistika. Durst: O achillodyniji. Hühn i Joanović: Ognojenje cyste echinococca typhnim bacillima iza preboljelog abdominalnog typha.

— *La Presse médicale* Nr. 12. Roger: Rozpoznanie ospy. Nr. 13. Arloing: Tożsamość gruźlicy ludzkiej i gruźlicy bydlęcej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 6. Schmidt: Przyczynek do dyetoterapii w chorobach żołądka i kiszek. Matthes: Statystyczne badania następstw kiły. Qurin: Przyczynek do nauki o gruźlicy płucnej u dzieci przy piersi. Michaelis: O komórkach tucznych. Wolff: O komórkach tucznych w wypocinach. Kehr: Osobliwa nieprawidłowość w drogach żółciowych. Schlechtendahl: Uśpienie chloroformowe bez maski, drogą kaniuli krtaniowej. Handwerck: Oznaczenie granic serca i jego doniosłość dla lekarza praktycznego. Rubner, Voit: Prawo tożsamości sił. Edlefsen: Stłuczenie nerek czy zapalenie nerek (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 7. Braitenberg: Przyczynek do kazuistyki drgawek. Fuchs: Działanie urotropiny w bakteryomoczu durowym. Urbantschitsch: Uszkodzenie ucha; lekkie czy ciężkie uszkodzenie? Gussenbauer: Doświadczenia nad osteoplastyczną trepanacyą czaszki z powodu guzów w mózgu (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 7. König: Zapalenie otrzewnej wskutek nagłego pęknięcia pęcherzyka żółciowego, zawierającego kamyki, do jamy brzusznej i leczenie tego zapalenia. Laqueur: Śmiertelne porażenie serca pod chloroformem. Wassermann: Zakażenie i samozakażenie. Krause: Zastąpienie porażonego m. czworogłowego uda zginaczami podudzia.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 6. Hoffmann: O ostrem i wczesnem zapaleniu nerek na tle kiłowem z nadmiernym białkomoczem. Wolff: Badania wysięku opłucnowego. Bagiński: O niektórych właściwościach chorób usznych u dzieci. Wenzel: Cięcie kołowe na udzie przy operacyjnem leczeniu żylaków i wrzodów podudzia. Ott: Czy podniesienie ciepłoty po lekkich wysiłkach fizycznych u gruźliczych należy uważać za gorączkę?

Redakcya otrzymała. Biernacki: W sprawie patologii i terapii nerwic czynnościowych. Bujwid i Klemensiewicz: Sprawozdanie z zakładu szczepień ochronnych przeciwko wodowstrętowi w Krakowie za rok 1901.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 26 lutego, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy,* posiedzenie nadzwyczajne, na którem 1) kol. dr. Gorski okaże pompkę pomysłu dra Zawadzkiego z Warszawy; 2) kol. prof. Rosner będzie miał wykład: „Z kazuistyki ginekologiczno-położniczej (z demonstracyami).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 1 Marca 1902. Nr. 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniwersytetu Jagiell. w Krakowie.

Samobójstwo przez zaczadzenie. Jak długo można wykazać CO we krwi osób, zmarłych w pewien czas po zaczadzeniu.

podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

Dnia 8 grundnia 1901 r. otrzymał Zakład zwłoki Alfreda S., zmarłego dnia 7 grudnia w szpitalu św. Łazarza wskutek zaczadzenia, z poleceniem wykonania sekcyi policyjno-sanitarnej. Uprzejmości posterunku straży ratunkowej i Dra W. Smolarskiego, sekundaryusza pierwszego oddziału dla chorób wewnętrznych, w którym denat się leczył, zawdzięczam następujące ważne dla oceny przypadku wywiady:

Alfred S., pomocnik księgarski, liczący lat 17, postanowił wskutek niesnasek rodzinnych odebrać sobie życie. W tym celu wypchał szmatami rurę odwodzącą gazy, wytwarzające się przy paleniu w piecu, poczem zamknął się sam w mieszkaniu. Nazajutrz z rana dnia 1 grudnia wezwała posługaczka denata pogotowie ratunkowe, które go nieprzytomnego odwiozło do szpitala na pierwszy oddział dla chorób wewnętrznych. W szpitalu stwierdzono zupełną nieprzytomność, oddechy tak co do nasilenia jak i częstości prawidłowe, na powłokach zewnętrznych przedniej powierzchni ciała bezładnie rozrzucone plamy barwy jasnoczerwonej, które rozmiarami dochodziły do wielkości dłoni dorosłego człowieka. Drugiego dnia pobytu w szpitalu wróciła przytomność, która się utrzymywała aż do śmierci Śmierć nastąpiła d. 7 grudnia o godzinie $12\frac{1}{2}$ po południu wśród objawów zwolna postępującego porażenia. Moczu denata nie badano. Wspomniane już plamy na powłokach skórnych ustąpiły w ciągu tych siedmiu dni życia denata, licząc od chwili jego zaczadzenia i przyjęcia do szpitala, z wyjątkiem jednej plamy na wewnętrznej powierzchni przedramienia prawego, która się utrzymywała aż do chwili skonu.

Dnia 9 grudnia b. r. wykonana w zakładzie sekcya wykazała:

Zewnętrznie: Zwłoki młodzieńca dobrze zbudowanego i odżywionego, 167 ctm. długie. Plamy pośmiertne na miejscach zwykłych, bardzo wyraźne i dość rozległe, barwy sinej, nie różniącej się od zwykłego ich zabarwienia. Stężenie pośmiertne we wszystkich członkach utrzymane. Spojówki oczne i powiekowe blade, bez wynaczynionek, na powłokach zewnętrznych, w szczególności na wewnętrznej powierzchni przedramienia prawego, brak plam spostrzeganych za życia, również brak wszelkich śladów obrażenia.

Wewnętrznie: Powłoki czaszkowe na swej wewnętrznej powierzchni, oraz sklepienie i podstawa czaszki, nigdzie nie uszkodzone. Opony twarde i miękkie — gładkie, cienkie, lśniące, w krew dość zasobne. Mózg, móżdżek, most Varola, oraz rdzeń przedłużony, wszędzie prawidłowej zbitości i ukrwienia, nie okazuje nigdzie, wszczególności w okolicy jąder soczewkowatych i torebki wewnętrznej, żadnych ognisk rozmiękczynowych. Naczynia podstawowe drożne, cienkie, w zatokach żylnych mierna ilość krwi ciemnej, płynnej. Krtań i tchawica *in situ* rozcięte, próżne bez zmian. Płuca powietrzne, na rozkroju przeważnie ciemnoczerwono zabarwione, obfite w krew ciemną z nielicznemi przy przednim brzegu partyami barwy jaśniej czerwonej. Miąższ na przekroju gładki, jędrny. Z oskrzeli wydobywa się obficie treść śluzowa; u wejścia do krtani błona śluzowa ciemnosino-zabarwiona. Osierdzie i przysierdzie cienkie, gładkie; serce prawidłowo wielkie zawiera w lewej komorze obok krwi ciemnej płynnej, ciemne wiotkie skrzepy, w prawej komórce ponadto skrzepy zabarwione. Serce, tętnice wielkie i wieńcowe bez zmian. Śledziona nieco powiększona, w krew ciemną obfita, dosyć jędrna. Wątroba i obie nerki w krew ciemną zasobne, bez zmian. Moczowody drożne, pęcherz moczowy skurczony, próżny Przewód pokarmowy bez zmian.

Z żylnych naczyń szyjnych wzięto krew do kolbki i zbadano ją w przyrządzie widmowym, jakkolwiek już z samego jej ciemnego zabarwienia wnosząc, można było się spodziewać w tym względzie ujemnego wyniku. I w istocie zaraz po dodaniu siarczku amonu do roztworu tej krwi znikły dwie smugi, zastąpione szeroką smugą widma zwykłej hemoglobiny. Pomimo tego ujemnego wyniku próby widmowej wiedząc[1]), o ile czulszą jest od niej próba taninowa, wykonana w sposób podany przezemnie i Sieradzkiego[2]), poddałem część krwi próbie taninowej, przyczem dała się stwierdzić wyraźna różnica między zabarwieniem strątu w części, z której wydalono CO, a w części CO nie pozbawionej; podczas gdy bowiem strąt pierwszej części był kawowo brązowym, strąt części drugiej był jaśniejszym z wybitną czerwonawą domieszką W ten sposób stwierdziłem we krwi denata obecność CO, mimo że widmowo już się go wykryć nie dało. Na samem wykryciu CO nie poprzestałem, lecz pragnąłem bodaj w przybliżeniu oznaczyć w tej krwi ilość CO—Hb, względnie jej stosunek do zawartej zarazem i to w nadmiarze OHb.

Ponieważ z doświadczeń moich poprzednich, wykonanych wspólnie z Lembergerem, przekonałem się, iż CO

[1]) Nowiny lekarskie, 1902. Wachholz i Lemberger: Przyczynki doświadczalne itd.

[2]) Przegląd lek. 1897; Ztschr. f. Med.-beamte 1897.; Archiv, d'anthr. crimin. 1898.

nie można wykryć próbą widmową we krwi, zawierającej w przybliżeniu 20% CO—Hb, natomiast próba taninowa, wykonana wedle sposobu podanego przezemnie i Sieradzkiego, wykrywa jego obecność jeszcze w krwi z 5% CO—Hb (w przybliżeniu), przeto porównałem strąt, uzyskany we krwi denata, nie pozbawionej CO, ze strątem otrzymanym zapomocą tej samej póby taninowej we krwi, zawierającej 10% CO—Hb, a potem we krwi, zawierającej 5% COHb. Krew jedną i drugą uzyskałem w ten sposób, że mięszałem krew wziętą z innych zwłok, nie zawierającą CO, z drugą jej porcyą, wysyconą sztucznie *ad maximum* [3]) czystym tlenkiem węgla, a to mięszałem w stosunku 90 części krwi bez CO z 10 częściami tej samej krwi ze 100% CO—Hb, lub w stosunku 95 do 5. Strąt we krwi denata był nieco ciemniejszy od strątu w krwi użytej do obliczenia ilościowego, a zawierającej wedle poprzednio podanego obliczenia 10% COHb, a natomiast był jaśniejszy i czerwieńszy wybitnie od strątu we krwi z 5% CO—Hb. Tak więc powyższą metodą kolorymetryczną obliczyłem we krwi poddanego sekcyi samobójcy ilość CO—Hb na mniejszą niż 10%, a większą niż 5%.

Przypadek powyższy zasługuje z dwóch względów na uwagę: po pierwsze dlatego, że zachodziło tu samobójstwo popełnione zapomocą zaczadzenia się. Jakkolwiek samobójstwa przez zaczadzenie lub otrucie gazem świetlnym nie należą do zjawisk wyjątkowych we Francyi, to jednak dotychczasowa kazuistyka zakładowa, a nadto i odnośne piśmiennictwo nasze nie notują podobnego przypadku. Drugi wzgląd, który czyni przypadek powyższy godnym uwagi, jest ten, że w przypadku tym można było jeszcze stwierdzić CO we krwi mimo, iż denat żył po zaczadzeniu jeszcze przez 7 dni. W odnośnem piśmiennictwie znajdują się zaledwie trzy spostrzeżenia podobne: jedno dokonane przez Poucheta [4]), który stwierdził obecność CO we krwi mimo upływu $2^1/_2$ doby (60 godzin) między zaczadzeniem a chwilą śmierci, drugie dokonane przez Kocha [5]), które pouczyło o obecności CO we krwi zmarłego w 10 godzin, trzecie Posselta [6]), które pouczyło o obecności CO we krwi osoby zmarłej w 48 godzin po zaczadzeniu. Przeciwnie uzyskał Wesche [7]) przy badaniu krwi kobiety, zmarłej w dwie godziny po zaczadzeniu nierówne wyniki co do obecności CO tak próbą widmową, jak i sodową. Doświadczenia, jakie następnie wykonał Wesche na królikach, pouczyły go, iż już po 15 minut trwającem oddechaniu czystem powietrzem nie można w ich krwi wykazać CO ani zapomocą próby widmowej, ani zapomocą próby sodowej. Sprawą tą, jak długo daje się wykazać CO we krwi osób, które zmarły po upływie pewnego czasu po zaczadzeniu, zajął się przed kilku laty Michel [8]). Zatruwał on zwierzęta, umieszczone pod kloszem w sposób więcej przewłoczny przez powolne doprowadzanie albo czystego CO, albo też gazu świetlnego, aby w ten sposób uzyskać za życia możliwie największe wysycenie krwi tlenkiem węgla. Kiedy objawy zatrucia dochodziły swego szczytu, uwalniał zwierzęta z atmosfery CO i upuszczał im w różnych odstępach czasu próbki krwi z żyły szyjnej, które potem badał widmowo, oraz zapomocą prób widmowej i taninowej Kunkela i Wetzla. W ten sposób przekonał się, że najdłuższy termin, w którym od chwili zaczadzenia, zanim jeszcze śmierć następowała, udawało się stwierdzić we krwi zwierząt, użytych do doświadczeń obecność CO, wynosił 41 minut. Toteż twierdzi Michel, że i u ludzi nawet w najsilniejszych przypadkach zaczadzenia, da się zapewne CO wykryć we krwi najdłużej zaledwie w kilka godzin po wyniesieniu zaczadzonego na świeże powietrze, rozumie się przy tem zastrzeżeniu, jeżeli zaczadzony w istocie i wydatnie oddechał czystem powietrzem po usunięciu go z atmosfery, w której zaczadził. Wyniki doświadczeń Michela były zgodne z wynikami badań Dresera [9]), który się przekonał, że u królików, trutych tlenkiem węgla, krew badana zapomocą spektrofotometru Hüfnera zaraz po ustaniu drgawek zawierała tylko 50·1% hemoglobiny, połączonej jeszcze tylko z tlenem. W 20 minut potem próba krwi wzięta temu samemu królikowi, który już przez 15 minut swobodnie oddechał czystem powietrzem, zawierała 73·63% O-Hb, wreszcie próba krwi wzięta w $2^1/_2$ godziny zawierała już 91·50% O—Hb..

Na podstawie tych doświadczeń oraz spostrzeżeń dokonanych na ludziach zaczadzonych, u których wkrótce po wyniesieniu ich na świeże powietrze nie zdołano już CO we krwi wykazać, wygłasza Michel powyżej podane twierdzenie, przyczem wprawdzie nie wprost, lecz pośrednio poddaje spostrzeżenia Poucheta, Kocha i Posselta w pewną wątpliwość. Jakkolwiek twierdzenie Michela trafiało mi do przekonania, to jednak, mając przypadek powyżej omówiony, w którym naocznie o obecności CO we krwi i to niejednokrotnie wykonaną próbą taninową *(modo* Wachholz-Sieradzki) się przekonałem, muszę stwierdzić że CO daje się we krwi zaczadzonych, następnie oddechających wydatnie czystem powietrzem, wykryć nawet po upływie siedmiu dni. Do wykrycia CO nie nadaje się w tym czasie próba widmowa, natomiast nadaje się doskonale próba taninowa, wykonana sposobem moim i Sieradzkiego.

Na zakończenie muszę nadmienić, że w moim przypadku nie mogłem się przekonać o tem, czy w moczu znachodziło się białko lub cukier, albowiem w szpitalu za życia denata moczu nie badano, przy sekcyi zaś okazał się pęcherz moczowy próżnym. Objawy postępującego porażenia, spostrzegane za życia, usprawiedliwiałyby obecność ognisk rozmiękczynowych w mózgu, których atoli przy sekcyi nie stwierdzono. Rdzenia nie wyjmowano, wobec czego nie jest wykluczone, że porażenie istniejące za życia było następstwem zmian w samym rdzeniu. Plamy jasno-różowe, zauważone za życia na przedniej powierzchni powłok zewnętrznych ciała stanowiły objaw niezbyt rzadko spostrzegany u zaczadzonych. Objaw ten polega na ogniskowem rozszerzeniu naczyń krwionośnych wskutek ich porażenia, które bardzo zwolna ustępuje za życia osób zatrutych tlenkiem węgla.

---

[3]) O tem wysyceniu przekonywałem się w ten sposób, że próbkę krwi badałem widmowo przy poprzedniem dodaniu nadmiaru siarczku amonu. Jeżeli między dwiema smugami nie pojawiał się wtedy ani ślad cienia, stanowiło to dowód, że wszystka Hb krwi jest połączona z CO, czyli że krew ta zawiera 100% CO—Hb.

[4]) Hofmann: Lehrb. d. gericht. Medicin. VIII. Aufl. 1898.

[5]) Zur Encephalomalacie nach CO-Vergiftung. Dissert. Greifswald 1892.

[6]) Wiener klin. Wochenschr. 1893. Nr. 21, 22.

[7]) Vierteljschr. f. ger. Med. 1876. T. 25, str. 276.

[8]) Ueber die Dauer der Nachweisbarkeit von CO im Blute itd. Vierteljschr. f. ger. Med. 1897. T. 14, str. 36.

[9]) Archiv. f. exper. Path. und Pharmakol. 1892. T. 29, str. 119.

II. Siedlisko znużenia.

Badania doświadczalne, wykonane w pracowni psychologicznej Uniwersytetu Brukselskiego.

Przez

Dra med. Józefę Joteyko

laureatkę Paryzkiej Akademii nauk, sekundaryusza pracowni.

(Dokończenie).

ROZDZIAŁ V.

Dyskusya.

Istnieje dość rozpowszechnione mniemanie wśród fizyologów i psychologów, że ośrodki nerwowe są mniej na znużenie wytrzymałe niż mięśnie. Rozpatrując przytaczane argumenty, spostrzegamy jednakże, że żaden z nich nie jest oparty na bezpośredniem badaniu doświadczalnem, lecz że wszystkie mają na celu nader oddalone analogie. Owo mniemanie co do łatwego znużenia ośrodków wyrobiło się całkiem teoretycznie. Ośrodki nerwowe są tak dalece czułe na wszelkie wpływy, że sądzono, że da się to również zastósować do znużenia. Otóż badanie doświadczalne wykazuje fakty wręcz przeciwne: wielką wytrzymałość ośrodków na znużenie, wielką zaś wrażliwość narządów końcowych.

Aby dowieść, że ośrodki nużą się prędzej od mięśni, opierają się zazwyczaj na doświadczeniu A. Mossa, jedynem, jaki istnieje w tej dziedzinie, a które polega na kolejnem nużeniu mięśni ruchem dowolnym i sztucznym (skurczem elektrycznym). Aby wyłączyć udział mózgu w zjawiskach znużenia, Mosso wpadł na myśl bezpośredniego podrażniania mięśni zginaczy lub nerwu ruchowego za pomocą elektryczności. Wykazał on, że gdy ruch dowolny staje się niemożliwym skutkiem znużenia ośrodków, można jeszcze powołać do skurczu mięśnie bezpośredniem drażnieniem; gdy działanie elektryczności przestaje być skutecznem, wówczas powtórnie pod wpływem woli praca staje się możliwą. Z doświadczeń tych Mosso wyciąga wniosek, że przy ruchu dowolnym znużenie ma siedlisko w mózgu, gdyż energia właściwa mięśniowi może się jeszcze wyładować przez drażnienie sztuczne. Jeśli wola może powtórnie pobudzić mięśnie do ruchu to dlatego, że podczas drażnienia elektrycznością mózg mógł wypocząć i teraz znowu odzyskał możność wysyłania podniet ruchowych.

Też same doświadczenia powtórzone zostały z tym samym wynikiem przez A. Wallera[7]), który posługiwał się dynamografem zamiast ergografu. Jak wspomnieliśmy, są to jedyne doświadczenia, które zdawałoby się przemawiają za ośrodkowem siedliskiem znużenia; na razie zyskały one powszechne uznanie i wydały się wielce przekonywające, lecz okazało się niebawem, że podpadają pod ostrą nader krytykę. Najpierw można wogóle zakwestyonować, czy podobna wywołać sztucznie działalność całkiem podobną do prawidłowego funkcyonowania ustroju. A gdyby nawet przypuścić, że niema tu żadnej różnicy jakościowej, to różnice ilościowe są wystarczające, aby uniemożebnić wszelkie porównanie. Brak nam całkiem probierza dla porównania siły wyładowań nerwowych przy ruchach dowolnych, a siły wyładowań nerwowych przy drażnieniu elektrycznością mięśnia. A nawet doświadczenia przemawiają za tem, że prąd nerwowy, powstały z podrażnienia elektrycznego nerwu ruchowego u człowieka, posiada natężenie znacznie słabsze od podniety dowolnej. Nawet według samego Mossa porównanie nie może być zupełne, ponieważ skutkiem silnego bólu, jaki sprawia zastosowanie elektryczności, niepodobna pracować z ciężarem 3 lub 5 kilogramów, jak przy ruchu dowolnym, lecz tylko z ciężarem znacznie mniejszym (n. p. 1 kilogram).

Mamy więc prawo przypuścić, że podrażnienia elektryczne są słabsze od podrażnień naturalnych, ponieważ w pierwszym przypadku silne prądy elektryczne są zbyt bolesne. Prąd elektryczny drażni bowiem nerwy czuciowe na równi z nerwami ruchowymi. Owo tak proste wytłómaczenie wyjaśnia nam, dlaczego mięsień wyczerpany działaniem elektryczności kurczy się jeszcze pod wpływem woli. Wola jest bodźcem znacznie silniejszym od umiarkowanego prądu elektrycznego.

Już przedtem wiele krytyk wyszło z pod pióra Kraepelina, V. Henri, G. E. Müllera[9]). Ten ostatni zwrócił uwagę na fakt niezmiernie doniosły, mianowicie, że prądem elektrycznym nie drażni się tych samych mięśni, które wchodzą w działanie przy ruchu dowolnym. — Ostatnimi czasy R. Müller[10]) obalił wnioski wyciągane przez Mossa odnośnie do siedliska znużenia wykazując, że jeśli drażnienie sztuczne zdolne jest wywołać skurcz w chwili, gdy ruch dowolny stał się niemożliwym, to przypisać to należy następującej okoliczności: w ruchu dowolnym trzeciego palca biorą udział nietylko mięśnie zginacze, lecz także i m. m. międzykostne, a nawet według autora, ergogram dowolny odbywa się głównie kosztem tych ostatnich. Znużenie ergograficzne jest znużeniem m. m. międzykostnych. Nic więc dziwnego, że drażniąc potem elektrycznością n. środkowy, lub mięśnie zginacze otrzymujemy jeszcze objawy ruchu, gdyż mięśnie te nie brały czynnego udziału w ergogramie i nie uległy znużeniu. Praca Müllera polega na nader starannem wystudyowaniu warunków pracy ergograficznej i zasługuje na zupełną wiarę.

Przeciwnie z wyników otrzymanych przez samego Mossa możemy czerpać dowody przemawiające za obwodowem siedliskiem znużenia. Według Mossa, warunki pracy przy skurczu dowolnym a sztucznym nie są jednakie, a jednak krzywa znużenia zachowuje te same indywidualne cechy w obu przypadkach. A zatem z całą słusznością wyciąga Mosso z tych doświadczeń wniosek, że charakterystyczne cechy znużenia mają swe siedlisko w mięśniach, że wpływ psychiczny nie jest tak dalece ważny i że znużenie może być zjawiskiem obwodowem.

Obok tych doświadczeń ergograficznych możemy przytoczyć niektóre obserwacye fizyologiczne odnośnie do sportów, a do tych zalicza się spostrzeżenie Filipa Tissié[11]) nad znużeniem u bicyklistów. Sam autor przyznaje, że pierwszy stopień znużenia jest obwodowy, a jednak jak wielką jest siła rutyny! W innem miejscu swej książki mówi on że „wraz

[7]) A. Waller. Report on experiments and observations relating to the process of fatigue and recovery (British medical Journal, 1885 and 1886); The sense of effort (Brain, XIV, 1891).

[9]) (Zeitschr. f. Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane, IV, 1893, str. 121—138).

[10]) Müller R.: Ueber Mosso'schen Ergographen mit Rücksicht auf seine physiologischen und psychologischen Anwendungen. (Wundts Philosophische Studien 1901).

[11]) Tissié: La fatigue et l'entrainement physique. Paris, 1897.

ze szkołą włoską, wraz z mistrzami psychologii francuskiej, uznaję, że znużenie jest zawsze pochodzenia ośrodkowego". Jako dowód obwodowego siedliska znużenia przytoczyć jeszcze można dobroczynny wpływ mięsienia (masażu) na znużone mięśnie. Jakże n. p. objaśnić sobie mamy ów wpływ (Z a b ł u d o w s k i, M a g i o r a), jak nie ustąpieniem szkodliwych wytworów znużenia z mięśnia wskutek obfitszego dopływu krwi; z doświadczeń M a g g i o r y wynika, że przy ruchu dowolnym mięsień masowany w chwilach wypoczynku dostarcza cztery razy większej sumy pracy od mięśnia wypoczywającego, lecz nie masowanego w tych samych przerwach. A zatem przyczyna, usuwająca znużenie mięśniowe, umożliwia dalszą pracę czyli ruch dowolny. Jak wykazałam już w dawniejszych moich pracach, ustąpienie znużenia nawet w wyciętym mięśniu objaśnić się daje zjawiskiem utlenienia, ale ponieważ w tym przypadku brak krwi i oksyhemoglobiny, więc wycięty mięsień na wzór ustrojów niższych czerpie tlen z otaczającej atmosfery.

Fakty zaczerpnięte z neuropatologii nie mają dotychczas roztrzygającego znaczenia. Jako dowód ośrodkowego pochodzenia znużenia przytaczano fakt tak zw. „przykurczeń histerycznych", które trwać mogą przez kilka tygodni, a nawet miesięcy, nie dostarczając najmniejszego uczucia znużenia. Zjawisko to całkiem patologicznej natury jest niewątpliwie wywołane rozdwojeniem „ja" i nie może w żadnym razie służyć do wyjaśnienia zjawisk fizyologicznych. Zresztą znużenie jest zjawiskiem prawie zawsze względnem, nie zaś absolutnem i zależy od wielu bardzo czynników, jak siła bodźca, liczba skurczów w pewnym czasie, ciężar do podnoszenia, temperatura i t. d. M a g g i o r a wykazał, że trzeci palec u ręki pracować może bez znużenia na ergografie i podnosić ciężar kilku kilogramów, byleby skurcze nie przewyższały liczby sześciu na minutę. W tych warunkach mięsień, zarówno jak i układ nerwowy, stają się niestrudzonymi.

Opierając się na tem wszystkiem, co powiedzieliśmy, możemy wysnuć kilka ogólnych wniosków, dotyczących roli układu nerwowego i mięśni w zjawiskach znużenia. Prace moje nad typami czuciowo-ruchowymi i nad ilorazem znużenia są dostatecznie przekonywające, aby módz twierdzić, że p i e r w s z y s t o p i e ń z n u ż e n i a j e s t o b w o d o w y. Mówię: pierwszy stopień, ponieważ nie ulega wątpliwości, że przy większych wysiłkach następuje znużenie ośrodków. Zresztą, ów współudział ośrodków daje się dowieść następującymi faktami:

1. Typ inhibicyjny wykazuje wyraźnie lekki stopień upadku siły ośrodkowej po pracy ergograficznej. Możemy ztąd wywnioskować, że przy wysiłkach jeszcze większych, różnice między typami uległyby zatarciu i że w tych warunkach udział ośrodków nerwowych w zjawiskach znużenia byłby prawidłem u wszystkich osobników;

2. czytanie ergogramów, branych w stanie wzrastającego znużenia, wykazuje nam obecność tego zjawiska. Różnica w liczbie skurczów jest nieznaczna między pierwszym a drugim ergogramem; staje się natomiast znaczniejszą między drugim a trzecim ergogramem, kosztem tego ostatniego, co oznacza dalej posunięty stopień znużenia psychicznego;

3. codzienne spostrzeganie nas poucza, że wola nuży się po zbyt długotrwałej lub natężonej pracy. Niewątpliwie w y c z e r p a n i e o ś r o d k ó w p s y c h o - r u c h o w y c h istnieje obok wyczerpania mięśni u osób przeciążonych. S m i e r ć p r z e z n a d m i a r z n u ż e n i a (żołnierz z Maratonu, wędrówki ptaków, wyścigi cyklistów, etc.) wywołana jest uszkodzeniem układu nerwowego. Natomiast w warunkach prawidłowych znużenie ośrodkowe ograniczone jest znużeniem mięśniowem.

Mechanizm znużenia możemy sobie przedstawić następująco: mięśnie kurczą się pod wpływem ich naturalnego bodźca, którym jest impuls nerwowy, wysłany przez ośrodki psycho-ruchowe. Wiemy z danych fizyologii doświadczalnej, że znużenie mięśnia pozostaje w ścisłym stosunku z natężeniem podniety i że mięsień, który wydaje się znużony, może jeszcze kurczyć się energicznie przy podniecie o silniejszem natężeniu. W zwyczajnych warunkach rozkaz, który układ nerwowy wysyła w stronę mięśni przy ruchu dowolnym, nie ma natężenia *maximum*. Łatwo się o tem przekonać. Gdy palec opada zmęczony przy końcu ergogramu, można zawsze wysiłkiem woli dokonać kilku nowych skurczów; w niektórych razach można nawet dać drugi ergogram bez wypoczynku. Zjawisko to było rozmaicie tłómaczone, a jednak jego wyjaśnienie jest nader proste. Koniec ergogramu oznacza istotny stan znużenia w danych warunkach, lecz „chęć" eksperymentatora lub osobnika podziałała, jako nowy bodziec. Dynamogeniczny wpływ poddawania (sugestyi) zalicza się do tej samej kategoryi faktów.

Zjawisko tego rodzaju odbywa się przy każdym wysiłku przedłużonym. Mięsień wyczerpuje się, zanim nastąpi wyczerpanie podniet. Wzmożenie podniet (t. j. wysiłku) jest niczem innem, jak powiększeniem siły bodźca dla mięśni, które znowu stają się zdolne do dalszej pracy pod wpływem woli. Zresztą M o s s o dowiódł doświadczalnie (za pomocą specyalnego przyrządu, zwanego ponometrem), że podniety ruchowe, wysyłane w stronę mięśni, nietylko nie słabną podczas znużenia, lecz przeciwnie wzmagają się nieustannie dla pokonania wzrastającego oporu, jaki spotykają w mięśniach. Jestto niezbity dowód, że siedlisko znużenia znajduje się w mięśniach. Znużenie ośrodkowe powinnoby się objawić osłabieniem podniety ruchowej.

Możnaby na chwilę przypuścić, że wstrzymanie funkcyi ruchowej pod wpływem znużenia odbywa się w jakiejś stacyi pośredniej między mózgiem a mięśniem, n. p. w komórkach nerwowych rdzenia pacierzowego. Lecz przypuszczenie to okazuje się zgoła nieuzasadnionem wobec szeregu doświadczeń, jakie dokonałam na żabach w celu porównania znużenia, właściwego rdzeniowi a mięśniowi przy odruchach. Nie miejsce tu wchodzić w szczegóły tych badań; wystarczy zaznaczyć, że posługując się całkiem nowemi metodami badań zdołałam wykryć wielką wytrzymałość rdzenia na znużenie, tak dalece, iż pod tym względem rdzeń porównany być może z pniami nerwowymi.

Dochodzimy przeto do wniosku, że siedlisko znużenia nie jest umieszczone ani w ośrodkach psycho-ruchowych, ani w ośrodkach rdzeniowych. Siedlisko znużenia znajduje się w mięśniu. Gdy mowa wszelako o mięśniu, nie należy przypuszczać, że mamy na myśli znużenie samej substancyi mięśnia; mowa tu jedynie o zakończeniach nerwowych, rozgałęzionych w mięśniu. Licznemi pracami wykazałam, że wbrew utartemu mniemaniu znużenie mięśnia nie da się

porównać z „auto-kuraryzacyą“. Większą wytrzymałość substancyi mięśniowej na znużenie w porównaniu do zakończeń nerwowych można dowieść innym sposobem: po ustaniu wszelkiego ruchu skutkiem znużenia można zawsze wywołać szereg skurczów samoistnych mięśnia (idyo-mięśniowych), działając bezpośrednio na mięsień odpowiednim bodźcem (prąd galwaniczny, bodźce mechaniczne i chemiczne). Jestto dowód niezbity pobudliwości substancyi mięśniowej, niezależnie od wszelkiej inerwacyi.

Gdy mowa przeto o znużeniu mięśnia, to stosuje się to do mięśnia jako do narządu, nie zaś do samej substancyi mięśniowej. Wstrzymanie ruchu, wywołane skutkiem znużenia, jest porażeniem narządu nerwowego wewnątrz-mięśniowego.

ROZDZIAŁ VI.

Znużenie jako środek obrony ustroju.

Z poprzednich danych mamy prawo dojść do następujących wniosków:

1. Ośrodki psycho-ruchowe są wytrwalsze na znużenie od narządów obwodowych; istnieją w tym względzie dość znaczne różnice osobnicze, lecz osobniki zdrowe i młode wykazują zawsze znaczną odporność psychiczną na znużenie ruchowe, tak dalece, że objawy wyczerpania, występujące przy pracy ergograficznej, przypisać można utracie pobudliwości narządów obwodowych.

2. Ośrodki rdzenia kręgowego są jeszcze wytrzymalsze na znużenie od ośrodków psycho-ruchowych. Te ostatnie zdradzają niekiedy lekki stan znużenia, podczas gdy wyładowywanie odruchów rdzeniowych nie jest wcale połączone ze znużeniem.

3. Co rozumieć należy pod nazwą narządów obwodowych? Odporność pni nerwowych na znużenie zbyt jest znaną, aby miała być przedmiotem dyskusyi. Obecność skurczów idyo-mięśniowych w chwili, gdy zakończenia nerwowe przestały już oddziaływać na wszelkie bodźce dowodzi, że siedlisko znużenia umieszczone jest w zakończeniach nerwowych wewnątrz-mięśniowych.

Mamy więc do czynienia z istną hierarchią tkanek w ich stosunku do znużenia. Narządy nerwowe mogą być uklasyfikowane w następujący sposób, biorąc jako probierz ich wrażliwość na znużenie: 1) zakończenia nerwów ruchowych w mięśniu; 2) ośrodki psycho-ruchowe; 3) rdzeń kręgowy; 4) pnie nerwowe. — Substancya mięśniowa (której pobudliwość bezpośrednia nie wchodzi nigdy w grę w warunkach fizyologicznych) jest znacznie wytrzymalszą na znużenie od zakończeń nerwowych, trudno jednak wyznaczyć właściwe jej miejsce.

Rozpatrując zjawiska znużenia ze stanowiska biologicznego, mamy prawo uważać je jako środek obrony ustroju w walce ze zbyt silnemi lub długotrwałemi pobudzeniami. Wobec niezliczonej ilości podniet, jakich dostarcza przyroda, ustrój mógłby być na szwank narażony, gdyby nie posiadał mechanizmu powściągającego, który sprawia, że jako skutek samychże podrażnień następuje utrata pobudliwości, zwana znużeniem. Podczas znużenia wszelkie podrażnienia przestają być czynnemi, gdyż utraconą została zdolność oddziaływania na zewnętrzne podniety. Hierarchia tkanek w ich stosunku do znużenia poucza, że cały mechanizm znużenia polega na zabezpieczeniu ośrodków nerwowych od pobudzeń szkodliwych.

Istotnie zanim nastąpi wyczerpanie ośrodków, zawieszenie czynności zakończeń nerwowych w mięśniach wstrzymuje możność dalszej reakcyi.

Zjawiska znużenia powinny w biologii zająć miejsce obok takich spraw, jak wyczerpanie głodowe, w których sprawność ośrodków, narządu najszlachetniejszego, zabezpieczona jest kosztem narządów mniej donioslych. Przypomnijmy, że podczas głodzenia znika najpierw tłuszcz, następnie mięśnie, śledziona i wątroba tracą połowę swej wagi. Jedynie mózg i serce pozostają bez zmiany. Wyrażając się barwnym językiem Mossa powiemy, że „podczas głodu serce gromadzi aż do chwili zgonu ostatnie pozostałości energii narządów, aby je przesłać mózgowi i wraz z ostatniem uderzeniem serca odbędzie się po raz ostatni przemiana materyi w mózgu“.

Fizyologia znużenia wykazuje całkiem podobne zjawiska: spotykamy tu tę samą wyższość mózgu i cały szereg mechanizmów, służących do zabezpieczenia jego sprawności wśród zaburzeń, które mogą się stać zgubnemi dla jednostki (wędrówki ptaków i inne zmiany miejsca, budowanie gniazd, macierzyństwo, wysiadywanie jaj i t. d.).

Mózg i serce są niestrudzone.

Bibliografia

ważniejszych prac autorki nad znużeniem.

1896 La fatigue et la respiration élémentaire du muscle. (Thèse de doctorat en Médecine). (Brochure de 57 pages, Paris, Ollier-Henry).

1898. La vie anaerobie du muscle (Journal médical de Bruxelles, et brochure de 22 pages, Lamertin Bruxelles).

1898. La methode graphique appliquée à l'etude de la fatigue (Revue Scientifique).

1898. Revue générale sur la fatigue musculaire (Année Psychologique, et brochure de 54 pages, Schleicher, Paris).

1899. Recherches expérimentales sur la résistance des centres nerveux medullaires à la fatigue, (Brochure de 54 pages, Lamertin, Bruxelles).

1899. L'effort nerveux et la fatigue (Brochure de 57 pages Vaillant, Liége).

1900. Recherches sur la fatigue névro-musculaire, (Brochure de 70 pages, Lamertin, Bruxelles).

1900. Participation des centres nerveux aux phénomènes de fatigue musculaire (Année Psychol. et brochure de 26 pages, Schleicher, Paris).

1901. Mesure graphique de la fatigue isométrique (Broch. de 7 pages, Lamertin, Bruxelles).

1901. Excitabilité et fatigue (Brochure de 23 pages, Lefèvre, Bruxelles).

1901. Ondes induites dans la fatigue et l'anesthèsie des muscles (Broch. de 38 pages, Lamertin).

1902. Fatigue (Article du Dictionnaire de Physiologie de Ch Richet, sous presse).

III. Z kliniki lekarskiej Prof. Dr. A. Gluzińskiego we Lwowie.

O myastenii.

Napisał

Dr. Roman Rencki,

asystent kliniki.

(Dokończenie).

Do powyższych objawów, nadających myastenii tak znaczne podobieństwo do porażenia opuszkowego, przyłączają się analogiczne zaburzenia mięśni tułowia i kończyn. Najwcześniej z powodów wyżej podanych pojawia się osłabienie mięśni karku. W przypadkach, w których osłabienie to dosięga znacznego stopnia, głowa zwisa bezwładnie ku przodowi, a ruchy jej na boki są znacznie ograniczone. Przy zajęciu i mięśni długich grzbietu cały tułów pochyla się ku przodowi. Mięśnie oddechowe nie rzadko przedstawiają objawy zmniejszonej wytrzymałości i łatwego nużenia się. Oddechy bywają wówczas płytkie, przyspieszone, nasilone, a wydech znacznie utrudniony. Chorzy nie mogą głośno mówić, ani nie są w stanie odkrztuszać. Zaburzenia oddechowe występują często nagle, bez żadnej przyczyny ze strony płuc. Zwykle jednakowoż napady te duszności powodują większe wysiłki fizyczne, kaszel lub przypadkowe wymioty. Zaburzenia oddechowe są jednym z najpoważniejszych objawów myastenii, grożącym życiu chorego. Przeważna też część opisanych przypadków zakończyła się szybko śmiercią z uduszenia. Kosteckij [32]) wspomina w swojem spostrzeżeniu o porażeniu przepony.

Kończyny górne i dolne zazwyczaj w równym stopniu bywają zajęte; czasami jednakowoż osłabienie w kończynach górnych wcześniej i z większem nasileniem występuje, aniżeli w dolnych. Co do stosunku zajęcia poszczególnych gromad mięśniowych, zauważono w przeważnej liczbie spostrzeżeń, że mięśnie bliżej tułowia położone okazują większą łatwość wyczerpywania się, oraz znaczniejsze osłabienie, aniżeli mięśnie leżące bliżej obwodu (Goldflam, Sölder). Zachodzić może jednakowoż i odwrotny stosunek, jak to miało miejsce w spostrzeżeniu Silbermarka, w którem chora najpierw zauważyła niemożność wyprostowywania 4 i 5 palca ręki, a później dopiero wystąpiło osłabienie kończyn.

Zmiany w kończynach okazują wszystkie znane nam już cechy łatwego nużenia i wyczerpywania się układu mięśniowego. Chorzy skarżą się na trudności podnoszenia ramion, nużą się szybko przy pracy ręcznej, jedzenie sprawia im nawet pewną trudność, muszą częściej i dłużej wypoczywać. Podczas chodzenia doznają uczucia omdlewania kończyn, a nogi jakby im się „uginały w kolanach“, wreszcie słabną i odmawiają posłuszeństwa. Najtrudniej chodzić im po schodach i to, jak zauważyliśmy w naszym przypadku, trudniej im zstępować, aniżeli wychodzić w górę. Interesującą nadto u naszej chorej była zdolność dalszego chodzenia po równi, gdy wyczerpana przedtem na schodach zejść na dół, ani postąpić ku górze nie mogła. Łatwość znużenia się nie jest w każdym przypadku jednakowa. W lżejszych chorzy dopiero po dłuższej chwili wyczerpują się i po niedługim wypoczynku dalej chodzić i pracować mogą; w cięższych wyczerpanie się siły mięśniowej występuje już po małych wysiłkach i niewielkich ruchach i nastaje tak szybko, że dotknięte znużeniem kończyny okazują przy badaniu obraz zupełnego porażenia. Chorzy leżą wówczas nieruchomo w łóżku, nie mogąc się nawet z boku na bok obrócić, ani sami się żywić.

Interesującym jest objaw, stwierdzony w niektórych przypadkach myastenii (Goldflam, Jolly), że znużenie pewnej gromady mięśniowej w mniejszym lub większym stopniu udziela się innym mięśniom; chorzy np. leżąc łatwiej podnoszą ramię, aniżeli gdy siedzą. Wpływ ten odruchowy nie jest zjawiskiem stałem.

Trwałych porażeń kończyn w ścisłem słowa tego znaczeniu prawie nigdy wykazać nie można. Są one tylko wyrazem nadzwyczajnie łatwego nużenia się, które wywołują już nawet najdrobniejsze podniety, działające na układ mięśniowy. Jedynie Kalischer wspomina o trwałym niedowładzie prawego ramienia, oraz mięśni w zakresie dolnej gałęzi nerwu twarzowego.

Badanie mięśni nie wykazuje ani bolesności, ani zmian w ich odżywieniu. Brak zaników w typowych przypadkach należy do reguły i jest jednym z głównych znamion myastenii. W niektórych spostrzeżeniach opisywano małe zaniki mięśniowe, jak: wychudnienie mięśni twarzy bez odczynu zwyrodnienia (Kożewnikow), mięśni grzbietu, zcieńczenia języka i t. d., a nawet opisywano częściowy odczyn zwyrodnienia. Budzą one jednak pewne wątpliwości, czy przy dokładniejszem poznaniu zmian anatomicznych nie okaże się potrzeba oddzielenia ich od czystych przypadków myastenii, przebiegającej z reguły bez zaników mięśniowych. W jednym przypadku Laquera zaniki mięśniowe wśród objawów myastenii były tylko zapowiedzią postępującego zaniku mięśniowego *(atrophia musculorum progressiva)*.

Drżenie włókienkowe mięśni należy do wyjątków. Stwierdzono je zaledwie przemijająco kilka razy (Pineles, Fajersztajn, Brissaud, Giese)

Powonienie, smak i słuch zachowują się zwykle prawidłowo. Osłabienie słuchu na nizkie tony opisuje Eulenburg i odnosi go do niedomogi m. naprężacza bębenka, o upośledzeniu smaku wspomina Kożewnikow.

Badanie czucia nie wykazuje poważniejszych zmian. Senator mógł tylko stwierdzić znieczulenie w zakresie III. gałęzi nerwu trójdzielnego, a Cohn znieczulenie gardła i krtani. O „tic douloureux“ wspomina Laquer. Zaburzenie czucia, oraz nieznacznego stopnia bóle pojawiać się mogą.

Nie stwierdzono dotąd w myastenii zaburzeń psychicznych, ani nie wykazano zmian naczynioruchowych.

Nerwy obwodowe żadnych zmian nie przedstawiają, a pobudliwość elektryczna nerwów i mięśni bywa zawsze prawidłowa.

Odruchy ścięgniste zachowują się rozmaicie. W przeważnej liczbie przypadków odruchy kolanowe są nieco wzmożone, odruch stopowy wyjątkowo wykazać się daje. Odruchy kolanowe zmieniać się mogą w przebiegu choroby, raz są żywsze, to znowu tak słabną, że tylko przy zastosowaniu sposobu Jendrassika wywołać je można; czasami są nierównomierne. W naszym przypadku odruch kolanowy, z początku dość żywy, po kilkakrotnem wywoływaniu znacznie słabł; zupełnego zniesienia nie stwierdziliśmy. Osłabienie odruchu kolanowego opisuje Brissaud

32) Neurol. Centralbl. 1899 Nr. 12.

i Lantzenberg; zupełne zaś zniesienie Kalischer. Odruchy ścięgniste na kończynach górnych zachowują się prawidłowo, albo są nieco wzmożone. Odruchy skórne bez zmian. Odruch podniebienny dość często bywa osłabiony.

Odnośnie do narządów wewnętrznych wybitniejszych zmian nie stwierdzono. W płucach częste nieżyty, sprawy zapalne, zwłaszcza w przypadkach osłabienia mięśni oddechowych. U chorych z utrudnionem połykaniem nieraz rozwija się zachłystowe zapalenie płuc, które staje się ostateczną przyczyną zejścia śmiertelnego.

Czynność serca zazwyczaj była prawidłową. Rzadziej wykazać można przyspieszenie tętna (Kosteckij, Senator), lub jego niemiarowość (Saenger, Eulenburg). Czasami stwierdzano w sercu szmery niedokrewne (Cohn). Nagłe osłabienie czynności serca, zagrażające życiu chorego, opisuje L. Laquer. Chory nagle omdlał, a liczba tętna z 72 spadła na 40; tętno było małe, nieregularne. Napad ten trwał 5 minut, poczem chory zwolna przyszedł do przytomności. Osłabienie to czynności serca pojawiło się nagle wśród pogorszenia się stanu ogólnego, wywołanego odruchowo po większym wysiłku fizycznym. Był to więc przypadek z wybitną niedomogą mięśnia sercowego *(myasthenia cordis)*. Przyczyną były nowotworowe przerzuty na osierdziu i w mięśniu sercowym.

Z nielicznych dotąd badań krwi wynika, że w jednych przypadkach nie wykazano żadnych zmian, w innych zmniejszenie liczby ciałek czerwonych, oraz małego stopnia leukocytozę. (Giese i Schultze). Engel w przypadku, opisanym przez Cohna, znalazł obok leukocytozy mikro-poikilo- i megalocyty, a nadto nieliczne ciałka czerwone jądrzaste. U naszej chorej obok zmniejszonej liczby ciałek czerwonych i hemoglobiny wykazaliśmy eozynofilię, którą odnieść należało do obecności glist *(ascaris lumbricoides)*. Kilka razy stwierdzono powiększenie śledziony (Montesano, nasz przypadek).

Stolec oddają chorzy prawidłowo, rzadziej spotykamy zaparcie.

Zaburzeń ze strony pęcherza nie zauważono nigdy z wyjątkiem małego niedowładu w przypadku, zresztą nietypowym, Kożewnikowa. W moczu znaleźli Kożewnikow, Brissaud i Lantzenberg cukier, a Eulenburg zwiększenie moczanów. U naszej chorej stwierdziliśmy obecność kwasu mlekowego.

Przebieg choroby. Przebieg choroby jest niezwykle różny. W jednych przypadkach nagle, lub w przeciągu kilku dni, rozwija się zupełny obraz chorobowy ze wszystkimi właściwymi jej objawami; w innych zwolna, powstają kolejno coraz to nowe objawy w przeciągu szeregu tygodni lub miesięcy. Nasilenie poszczególnych objawów, oraz ogólnego stanu, cechuje się bardzo charakterystyczną zmiennością. Poprawa ustępuje miejsca pogorszeniu nietylko z dnia na dzień, ale nawet w jednym i tym samym dniu rano nasilenie choroby bywa mniejsze, a zwiększa się ku wieczorowi. Sami chorzy wspominają o swoich dobrych i złych dniach; w pewnych dniach czują się oni względnie dobrze, w innych z powodu nadmiernego wyczerpania mięśniowego nie mogą opuścić łóżka. Bywają przypadki, w których po kilku tygodniach, a nawet miesiącach trwania choroby, przeplatanego nagłą zmiennością nasilenia objawów, nastaje na dłuższy czas znaczna poprawa, a nawet pozorne wyleczenie; a znowu niespodziewanie, często bez żadnej zewnętrznej przyczyny, powraca dawny stan, nieraz z większem jeszcze nasileniem. Jedne objawy mogą ustępować, a w miejsce ich nowe powstają. W przypadku Söldera po $1/2$ roku zupełnego zdrowia powróciły pierwotne objawy myastenii o daleko większem nasileniu, niż poprzednio. Angelini opisuje lekki nawrót choroby po dwóch latach, który dość szybko przeminął. W przypadku Bernhardta po 4-letniej przerwie wystąpiły objawy z taką gwałtownością, że spowodowały zejście śmiertelne. W przypadku Murriego przebieg choroby ciągnął się wśród nieustannych wahań przez lat dziesięć.

Miesiączkowanie wpływa czasem na zwiększenie się nasilenia objawów; podobnie niekorzystnie wpływają nieżyty oskrzelowe, połogi, spółkowanie (Laquer), oraz wpływy psychiczne. Śmierć nastąpić może nieraz nagle podczas dobrego względnie zdrowia, wśród objawów uduszenia w następstwie porażenia mięśni oddechowych, przepony, lub opadnięcia języka ku tyłowi. Są to najczęstsze przyczyny niepomyślnego zejścia w przebiegu myastenii. W innych z powodu trudności połykowych następuje zachłystowe zapalenie płuc, które kładzie kres życiu chorego.

Niektórzy chorzy, jak to n. p. zachodziło w naszym przypadku, po ustąpieniu objawów myastenicznych cieszyć się mogą szeregi lat zupełnem zdrowiem i uleczeni wrócić do swej zawodowej pracy. Co do częstości uleczenia, oraz długości trwania sprawy chorobowej, wobec tak łatwo występujących nawrotów i na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń nic pewnego wypowiedzieć jeszcze nie możemy.

Rozpoznanie. W przypadkach, w których choroba występuje z wszystkimi jej właściwymi objawami, rozpoznanie nie natrafia na większe trudności. W pierwszych początkach uwzględnić należy histeryę, postępujące porażenie opuszkowe, kiłę mózgowo-rdzeniową, zwłaszcza kiłowe zapalenie opon na podstawie czaszki, rozsiane zapalenie nerwów, zaniki mięśni rdzeniowego pochodzenia, wreszcie najwięcej podobieństwa przedstawiającą *polioencephalomyelitis*. Brak jednak usposobienia neuropatycznego, dokładne wywiady o początku i rozwoju choroby, brak zaników i drżenia włókienkowego w mięśniach, dotkniętych cierpieniem, niebolesność pni nerwowych i zachowanie się odruchów ścięgnistych, brak zmian kiłowych w ustroju, umożliwią prawie zawsze właściwe rozpoznanie. Należy przedewszystkiem zwrócić szczególną uwagę na nadmierną łatwość nużenia się układu mięśniowego po ruchach, charakterystyczną zmienność w nasileniu objawów, na odczyn myasteniczny, wreszcie na cały przebieg, wśród którego stale spotykamy znaczną nieraz długotrwałą poprawę sprawy chorobowej, przeplataną pogorszeniami, bez wyraźnej atoli dążności do stałego postępowania choroby.

Rokowanie, jak to już wynika z opisanego przebiegu choroby, zawsze jest wątpliwe. Nie można wykluczyć zupełnego powrotu do zdrowia, a przynajmniej spodziewać się można dłuższej stałej poprawy. Nie należy jednakowóż zapominać, że znaczny odsetek chorych ginie po dłuższym lub krótszym czasie, a często nagle, wskutek niebezpiecznych napadów osłabienia mięśni oddechowych, oraz połyku.

Leczenie dotychczasowe myastenii nie może się jak dotąd poszczycić dodatnimi wynikami. Wyleczenie nastąpić może samoistnie bez podawania żadnych leków.

Chorym należy polecić bezwzględny spokój, oszczędność w ruchach, a w cięższych przypadkach trwałe pozostawanie w łóżku. Zwrócić trzeba nadto baczną uwagę na czynność mięśni oddechowych i zachowanie się języka, które mogą spowodować niespodziewane zejście śmiertelne. U ludzi z podupadłem odżywieniem wskazaną jest posilna dyeta. Potrawy przed podaniem powinny być dobrze mechanicznie rozdrobnione, a w razie większych zaburzeń przy połykaniu podawać należy pokarmy płynnę. W zakresle utrudnionego połykania przychodzi odżywiać chorego zapomocą zgłębnika. Nie należy zapominać jednak, że sondowanie chorych takich połączone jest zawsze z pewnem niebezpieczeństwem nagłego uduszenia, jak to się stało w przypadku Oppenheima. Radzilibyśmy przeto wprowadzanie zgłębnika przez nos, a w najcięższych przypadkach nawet odżywianie zapomocą lawatyw odżywczych.

Z środków leczniczych stosowano przetwory żelaza, arsenu, strychniny, te jednakowoż nie wywierały wybitniejszego wpływu, podobnie jak i różne leki, pobudzające nerwy, Laquer spostrzegał poprawę po kąpielach słonych. Stosowanie prądu przerywanego nie jest wskazane, ponieważ wywołuje większe jeszcze znużenie mięśni; Eulenburg poleca słaby wstępujący prąd galwaniczny na mięśnie.

W przypadkach, któreby budziły podejrzenie, że objawy myasteniczne są następstwem samozatrucia ustroju z przewodu pokarmowego, należałoby w przyszłości baczniejszą uwagę zwrócić na jelita. W danym razie przepłókiwanie jelit płynami odkażającymi, oraz odpowiednie środki, jak: salol, kseroform, naftalina, kalomel mogłyby znaleść odpowiednie zastosowanie.

IV. Spostrzeżenia kliniczne i terapeutyczne.

Z oddziału II. chorób wewn. szpitala powsz. we Lwowie pod kierunkiem Docenta Dra Wiczkowskiego.

Fortoina

(Cortex Coto, Cotoinum verum).

Podał

Dr. Juliusz Zajączkowski,

kierownik pracowni chem.-bakter. szpitala powsz. we Lwowie.

Z całego szeregu leków przeciwbiegunkowych, zalecanych w ostatnich czasach, jedyna może fortoina zasługuje na dokładniejszą wzmiankę, już to dlatego, że pod względem dodatnich wyników w niektórych przypadkach odbija korzystnie od innych, jużto, że ciało macierzyste tego leku, t. j. kora *Coto*, była jeszcze w roku 1875 przez Gietla zastósowaną i doczekała się nawet dość wielkiego, choć krótkiego rozgłosu.

Mówiąc o korze *Coto* rozumiemy przez tę nazwę *cortex verus*, dla odróżnienia od *cortex para*, której działanie jest wprawdzie identyczne, jednak wybitnie słabsze; obie mają zapach silnie aromatyczny i smak bardzo gorzki — własności, pochodzące od znacznej zawartości ciał aromatyczno-żywicznych i wywołujące nieraz w małych dawkach objawy silnego podrażnienia błony śluzowej żołądka, t. j. nudności i wymioty; to było powodem, że *cortex verus*, który zawiera obfitszą ilość tych ciał aromatyczno-żywicznych i który głównie był użytym do leczenia, stracił wkrótce na wziętości i jak wiele innych leków poszedł w zapomnienie, do czego nadto przyczyniła się trudność otrzymania prawdziwej kory i częstość jej fałszowania za pomocą *cortex para*.

Z *cortex verus* wyosobnił Juliusz Jobst w r. 1875 obojętne ciało bezazotowe, nazwane *cotoinum „verum“* ($C_{22} H_{18} O_6$) dla odróżnienia od *paracotoinum* ($C_{19} H_{12} O_6$) z *cortex para;* są to kryształki o pięknem żółtem zabarwieniu, smaku gorzkiego i zapachu aromatycznego; są nierozpuszczalne w wodzie, trudno rozpuszczalne w rozcieńczonym kwasie solnym, a łatwo w rozczynach alkalicznych, co musi się uważać za własność nader dodatnią, gdyż nie ulegając zmianom w żołądku, może ten lek nawet w małych dawkach rozwinąć przypisywane mu działanie w dwunastnicy i w jelitach cienkich.

Według doświadczeń Albertoniego (1882) działanie przeciwbiegunkowe kory *coto* i kotoiny nie jest identyczne z działaniem środków ściągających i narkotycznych, ale polega na czynnem rozszerzaniu naczyń krwionośnych w błonie śluzowej jelit, a wskutek tego większym dopływie krwi, energiczniejszem odżywianiu nadwerężonej błony śluzowej, żywszem odradzaniu się zniszczonego przybłonka, — a wynikiem tego jest przywrócenie błonie śluzowej jelit utraconej lub obniżonej zdolności chłonienia.

Doświadczenia swoje przeprowadził Albertoni na zwierzętach, wstrzykując im do żył alkaliczny rozczyn kotoiny, co miało wywoływać silne przekrwienie jelit, podniesienie ciepłoty w jamie brzusznej i kiszce stolcowej.

Oprócz wyżej wymienionej własności, którą musi się uważać za najważniejszą, przypisuje Albertoni temu lekowi zdolność wywoływania uczucia łaknienia, zaś Přibram własność powstrzymywania spraw kiśnienia.

Mimo że doświadczenia poczynione na ludziach potwierdziły korzystne własności kotoiny i mimo gorącego poparcia Burkhardta, Pearsona, Fronmüllera, Albertoniego i Přibrama, nie doczekał się i on zasłużonego rozpowszechnienia.

Co się tyczy stosowania tak kory *coto* jak i kotoiny, wskazują Albertoni, Přibram i inni biegunki na tle przewlekłych nieżytów jelit bez względu na czynnik etyologiczny, jakoteż biegunki na tle gruźliczem; w pierwszych miał Přibram około 90% zupełnych wyleczeń, w drugich około 60%, zatem wyniki, jakich nie mamy przy stosowaniu innych leków; 30%—40% przypadków, w których lek ten nie dał odpowiednich wyników, miały być powodem mniej lub więcej rozległe wrzody jelitowe. Również korzystne wyniki widziano w ostrych nieżytach jelit, jednak wszyscy zgodnie podają, że przetwory makowca prędzej i pewniej działają.

W chorobach, którym towarzyszy silniejsze przekrwienie jamy brzusznej, oraz gdy istnieje skłonność do krwotoków, leki te są przeciwwskazane z powodu swej własności wywoływania czynnego rozszerzenia naczyń krwionośnych w jelitach.

W ostatnich czasach wprowadzono do handlu nowy środek, fortoinę, otrzymany przez działanie formaldehydu na kotoinę (formaldehydcotoin) o znaku $CH_2 \begin{cases} C_{14} H_{11} O_4 \\ C_{14} H_{11} O_4 \end{cases}$; jestto proszek lub kryształki barwy żółtej, bez smaku, zapachu przypominającego cynamon, rozpuszczalne bardzo łatwo w alkaliach, łatwo w chloroformie i acetonie, nierozpuszczalne w wodzie i rozcieńczonym kwasie solnym.

Fortoina pod względem własności fizycznych i chemicznych jak i działania na ustrój zwierzęcy mało różni się od kotoiny, a cała różnica polega na braku nieprzyjemnego gorzkiego smaku i na silniejszem działaniu przeciwgnilnem, które zawdzięcza domieszce formaldehydu.

Z dawkowaniem kotoiny i fortoiny nie trzeba być zanadto ostrożnym, gdyż dawki jednorazowe, wynoszące nawet 3 gramy, nie wywołują u ludzi i zwierząt żadnych przypadłości; w celach leczniczych okazały się mniejsze ilości, jak 0·20—0·50 grm. w 3 dawkach dziennych po większej części skutecznemi.

Rozporządzając na oddziale II chorób wewn. niezbyt wyborowym materyałem, gdyż u przeszło 70% chorych na

biegunki tło gruźlicze było mniej lub więcej pewne i wobec znanego lekceważenia u klas niższych nawet długotrwałych biegunek, wywoływanych błędami dyetetycznymi, przeziębieniami i t. d., nasze stosowanie tego leku musiało być ograniczonem.

Z przeszło dwudziestu podaję pięć możliwie skróconych historyj chorób, bez względu na wynik stosowania fortoiny.

Historye chorób.

I. U chorej *K. S.* l. 24, przyjętej 11. I. 1901 r. rozpoznano: *Tuberculosis pulmonis utr. caverna apicis sinistr.; ulcera tbc. laryngis; enteritis probab. tbc.* Od lutego 1900 kaszel z obfitą plwociną śluzowo-ropną. często dreszcze, gorączka i nocne poty; od listopada 1900 r. objawy te są prawie stałe, a nadto dołącza się chrypka; od grudnia biegunka; 5—6 wypróżnień na dobę wodnistych i silnie cuchnących; przed i podczas wypróżnień bóle w okolicy pępka, po wypróżnieniu silne osłabienie. Brzuch wzdęty i bolesny. Łaknienie dobre, brak objawów nieprawidłowych ze strony żołądka. W moczu bardzo obfita ilość indykanu. Badanie stolców na prątki Kocha dało wynik ujemny U chorej zastosowaliśmy oprócz dyety najmniej drażniącej, fortoinę w dawce 0·25 grm. 3 r. dziennie.

14. I. 3 stolce płynne, silnie jeszcze cuchnące, obfite. Ilość indykanu znaczna.

18 I. Dwa stolce wodniste z dość obfitą domieszką drobnych kawałków zbitego kału; bóle przy oddawaniu stolca mniejsze. Ilość indykanu dość duża.

20. I. Dwa stolce papkowate, wybitnie mniej cuchnące; wzdęcie brzucha znacznie mniejsze, bóle przy wypróżnianiach ustąpiły. Indykan w ilości wybitnie mniejszej.

21. I. Jeden stolec sformowany.

II. U chorej *A. S.* l. 22, przyjętej 30. I. 1901 r. rozpoznano: *Tuberculosis destructiva pulm. utr., enteritis tbc. (ulcera).* Rozwolnienie od 5 tygodni; na dobę 8—10 wypróżnień wodnistych, pienistych i silnie cuchnących. Bóle silne przy oddawaniu stolca w okolicy pępka i kiszki ślepej; brzuch wzdęty, bolesny, szczególnie w okolicy kiszki ślepej, która jest zgrubiałą na dość dużej przestrzeni. W moczu ilość indykanu nader obfita. Chorej podaliśmy fortoinę początkowo w ilości 0·25, następnie 0·50 grm. 3 r. dziennie.

W czasie pobytu chorej w szpitalu od 30. I. do 18 III, 1901 r. liczba stolców spadła po tygodniu do 5 na dobę; stolce wodniste i cuchnące; ilość indykanu nie zmniejsza się. Po 3 tygodniowem leczeniu fortoiną liczbę stolców udało się ograniczyć do 3 na dobę; stolce półpłynne i cuchnące; bóle przy wypróżnieniach w pierwotnem nasileniu. Ilość indykanu w moczu nieznacznie mniejsza. Po usunięciu fortoiny liczba stolców, jakoteż ilość indykanu po 2—3 dniach wraca do pierwotnej wysokości.

Dla porównania i w celu leczniczym podaliśmy chorej czysty bismut salicylowy, a następnie z dodatkiem makowca, z wynikiem nierównie korzystniejszym.

Chora zmarła 24. IV. 1901 r.; przy sekcyi stwierdzono rozległe owrzodzenia gruźlicze jelit.

III. U chorej *W. W.* l. 47, przyjętej 7. I. 1901 r. rozpoznano: *Gastroenteritis acuta.* Zachorowała 2. I. nagle, w kilka godzin po wypiciu piwa, wśród silnych bolów w okolicy dołka podsercowego i pępka, nudności i wymiotów silnie gorzkich; 6 I. po kilkudniowem zaparciu stolca wystąpiło silne rozwolnienie (8—10 stolców). W dniu przyjęcia objawy ze strony żołądka nieco mniejsze; na dobę 10 stolców wodnistych, silnie cuchnących, przy których chora doznaje bólu w okolicy pępka i nad spojeniem łonowem. Ilość indykanu bardzo znaczna.

Oprócz odpowiedniej dyety zastosowano u chorej fortoinę w ilości 0·25 grm 3 r. dziennie.

10. I. Brak łaknienia i nudności; wymiotów nie ma; 4 wypróżnienia wodniste, cuchnące; bóle i parcia słabsze i rzadziej występują. Ilość indykanu nieznacznie mniejsza.

14. I. Brak łaknienia i nudności; wymiotów nie ma; bóle i parcie ustąpiły. Dwa wypróżnienia półpłynne, mniej cuchnące.

Od 16.—24 I. łaknienie z dnia na dzień się poprawia; stolec jeden na dobę. sformowany, ilość indykanu spada prawie do stanu prawidłowego, mimo iż 20. I. usunięto fortoinę.

IV. U chorej *N. N.* rozpoznano: *Enteritis subacuta.* Zachorowała przed 3. miesiącami rzekomo z powodu silnego przeziębienia; skarży się na częste bolesne wzdymania, ciągłe przelewania głośne w jelitach i uporczywą biegunkę, mimo, że od dłuższego czasu zachowuje ścisłą dyetę; stolców 5—6 na dobę, skąpych, wodnistych, jasnobrunatnych, z obfitą domieszką śluzu. Podaje, że wypróżnienie występuje często mniej więcej w $^1/_2$ godziny po spożyciu pokarmów wśród bolesnego parcia, bolów poniżej pępka i osłabienia.

Łaknienie zachowane; niekiedy puste odbijanie. W moczu bardzo obfita ilość indykanu.

Przy odpowiedniej dyecie podano chorej bismut salicylowy, w ilości 3 grm. na dzień; rozwolnienie po kilku dniach ustąpiło, jednak po odstawieniu leku ponowiło się wkrótce. To samo tyczy się tannalbiny i tannigenu, wobec czego zastosowaliśmy fortoinę w ilości 0·30 grm. w 4. dawkach na dzień.

W pierwszych dwóch dniach stolce obfitsze przy tej samej liczbie, a w przeciągu następnych 4 dni liczba stolców spada do dwóch; wypróżnienia dość obfite, prawie sformowane, ilość indykanu wybitnie mniejsza.

Z początkiem 2. tygodnia leczenia chora ma 1 stolec na dobę, prawidłowej zbitości z wybitnie mniejszą domieszką śluzu przy badaniu mikroskopowem; objawy nieprawidłowe ze strony jelit ustępują zupełnie; ilość indykanu zaledwie nieco zwiększona, a przy końcu tygodnia ilość prawidłowa.

Po dwutygodniowem leczeniu usunęliśmy fortoinę, pozostawiając tylko dyetę ścisłą. którą po kilku dniach zmieniliśmy na mniej ścisłą.

Chorą tę miałem w obserwacyi przez następnych kilka tygodni po wypuszczeniu ze szpitala i mimo, że nierzadko popełniała nawet większe błędy dyetetyczne, nie zauważyłem objawów nieprawidłowych ze strony jelit.

V. U chorej *S. T.* l. 45, rozpoznano: *Enteritis chronica.* Chora podaje, że po błędzie dyetetycznym wystąpiło przed rokiem rozwolnienie, które utrzymuje się do dnia dzisiejszego mimo leczenia dyetetycznego i lekami, jak bismutem salicylowym, tannalbiną, tannigenem i t. p. Wypróżnień 3—5 na dobę skąpych, wodnistych, z obfitą ilością śluzu; występują najczęściej w nocy, niekiedy w dzień, w niecałą godzinę po spożyciu pokarmów, a towarzyszy im bolesne parcie i osłabienie

Łaknienie zupełnie zachowane. brak nieprawidłowych objawów ze strony żołądka, jednak chora z powodu obawy przed bólami przyjmuje nader skąpą ilość pokarmów. Odżywienie od 4 miesięcy znacznie podupadło.

Indykan znacznie zwiększony.

Chorej podawaliśmy fortoinę (0·25 grm. 3 razy dziennie) przez 2 tygodnie; podobnie jak w przypadku IV liczba stolców w pierwszych 2 dniach po zastosowaniu leku nie zmniejszyła się i stolce są obfitsze. Przy końcu pierwszego tygodnia notujemy jedno wypróżnienie obfite, sformowane, a badanie drobnowidowe wykazuje wybitnie mniejszą domieszkę śluzu, indykan w ilości jeszcze zwiększonej, a po upływie kilku dni w prawidłowej ilości.

Ciężar ciała, który w dniu przyjęcia wynosił 46 kg. 350 grm., po upływie 3 tygodni podniósł się na 48 kg. 200 grm.

Chorą miałem czas dłuższy w obserwacyi (przeszło 2 miesiące) i nie zauważyłem najmniejszego pogorszenia, chociaż wszelkie leki usunięto, a dyeta pozostawiała dużo do życzenia.

Podając fortoinę, jak wspomniałem powyżej, przeszło dwudziestu chorym i to w przypadkach, zalecanych przez Albertoniego, Přibrama i innych, nie zawsze mogę przypisać temu lekowi własności korzystniejszych od innych leków, stosowanych w przypadkach identycznych; głównie tyczy się to biegunek na tle gruźliczem, nawet wówczas. gdy owrzodzeń wykazać nie można było, w których bismut salicylowy z dodatkiem makowca działa nierównie korzystniej.

Również w ostrych biegunkach wyniki leczenia fortoiną dużo pozostawiają do życzenia, gdyż czas choroby nie zostaje skrócony, podczas gdy innymi znanymi środkami prędzej można doprowadzić jelita do mniej lub więcej prawidłowego stanu.

Zato nie możemy odmówić Přibramowi słuszności, że w przewlekłych nieżytach jelit fortoina działa wybitnie korzystniej od innych leków i śmiało godzimy się z jego ogromną liczbą wyleczeń (90%), a będzie to zrozumiałem, gdy się zważy główną własność fortoiny, t. j. wywoływanie

czynnego przekrwienia błony śluzowej, pod wpływem którego możliwą jest stopniowa regeneracya przybłonka, a w końcu doprowadzenie błony śluzowej do stanu prawidłowego chłonienia.

Nie możemy tego powiedzieć o innych środkach przeciwbiegunkowych, działających ściągająco, lub też narkotycznie, bo skutek jest tylko chwilowy, trwający tak długo, jak długo te leki są stosowane, a powodem tego, że błona śluzowa pozbawiona przybłonka nie może chłonąć prawidłowo, a bodźce gnilne, usadowione w zaułkach i fałdach błony śluzowej, zaczynają na nowo działać po odstawieniu tych leków.

Na podstawie więc doświadczenia możemy gorąco zalecić fortoinę jedynie w przewlekłych nieżytach jelit.

V. Oceny i sprawozdania.

Dr. Oskar Schaeffer. **Atlas und Grundriss der gynaekologischen Operationslehre.**

Książka ta stanowi 28 tom wydawnictwa atlasów medycznych Lehmanna w Monachium. Jak z tytułu wynika, na pierwszy plan wysunięto obrazowe przedstawienie różnych rękoczynów ginekologicznych, opis zaś stanowi ich objaśnienie. Na 42 kolorowych tablicach i 21 rysunkach przedstawił autor najważniejsze operacye, niektóre w kilka po sobie następujących chwilach.

Atlas ten odpowiada niewątpliwie żywotnej potrzebie, gdyż każdy uczący się wie, jak trudno zrozumieć nieraz bieg operacyi z opisu choćby najdokładniejszego, a każdy uczący przyzna, że opis taki sprawia nieraz poważne trudności.

Te trudności w nauczaniu starano się w różny sposób usunąć. W tym celu stworzył między innymi Winckel swój fantom, a Mars znakomity swój atlas plastyczny, ułatwiający w wysokim stopniu wykładającemu nauczanie, a uczącemu się zrozumienie przedmiotu. Do tego samego celu służyć ma atlas Schaeffera, który wprawdzie nie tak plastycznie i nie tak wyczerpująco przedstawia ginekologię operacyjną, jak atlas Marsa, w każdym razie jednak z pożytkiem spełniać może swoje zadanie. Wielką zaletą atlasu Marsa jest to, że nie może się on zestarzeć, gdyż uzupełniać go można ciągle nowo powstającemi operacyami. Tej zalety nie może mieć naturalnie książka, chyba że doczeka się licznych wydań. Nieznaczna stosunkowo cena atlasu Schaeffera może się przyczynić do wyczerpania nakładu i nowego wydania, przez co i tej potrzebie stanie się zadość. Prof. *A. Rosner.*

Würzburger Abhandlungen aus d. gesammten Gebiete der pract. Medizin. *I. B. H. 12.* 1901. *Stubers Verlag. Grundsätze der Diätbehandlung Magenkranker* von Dr. Müller u. Prof. Seifert.

Odżywianie chorych żołądkowych nie powinno być jednostronne, lecz uwzględniać całość odżywiania ustroju. Dlatego należy zważać na dostateczną ilość wprowadzonego białka, która powinna wynosić dziennie przynajmniej 50 do 60 grm.

W upośledzeniu siły ruchowej, którą autor ocenia w ten sposób, że wieczorem podaje rodzynki do spożycia, a na drugi dzień rano bada żołądek, czy go opuściły, poleca autor spożywanie tłuszczów, zwłaszcza masła i śmietanki, a wyłącza wszystkie ciała skrobiowe i mleko. Ilość dzienna spożytego tłuszczu może według autora wynosić 150—250 grm. Większej ilości płynów, potraw zbyt słonych i napojów wyskokowych należy unikać. Natomiast trzeba wprowadzić 2—3 razy dziennie 300 cnt. wody w lawatywach, do czego należy dodać 20 grm wyskoku i 40 grm. cukru gronowego. Dla zmniejszenia rozkładu lawatyw w odbycie należy dodać małą ilość tymolu lub mentolu. W niektórych przypadkach potrzeba zamiast do żołądka wprowadzać pokarmy wyłącznie w lawatywach. Pokarmów należy używać naraz w małej ilości, ale częściej podczas dnia. Do zabiegu chirurgicznego dopiero wtedy jest wskazanie, jeżeli pomimo 4—8 tygodniowego zastosowania powyższego sposobu żywienia nie można wstrzymać spadania ciężaru ciała.

W obniżeniu wydzielania kw. żołądkowego należy unikać pokarmów twardych, a wprowadzać je jak najbardziej rozdrobnione i uważać na dobre żucie. Pokarmy należy podawać często (5 razy dziennie), lecz w małej ilości. Wskazane jest spożywanie wyciągu Liebiga, sosów mięsnych, mocnego rosołu, sztuczne przetwory dobrze rozdrobnione, jak plasmon, tropon, a ostatecznie potrawy korzenne i małe ilości napojów wyskokowych.

W nadmiernym wydzielaniu soku żołądkowego poleca autor dyetę białkową i tłustą. Z pokarmów białkowych drób i ryby. Z tłuszczów śmietankę, mleko Gärtnera i mleko wielokrotne Jaworskiego. Ze skrobiowych ciał: kleiki, przetarte ziemniaki, cukier, miód, szpinak, szparagi. Pokarmy mają być rzadziej i w większej ilości naraz podawane.

We wrzodzie żołądka: Z początku, szczególnie podczas krwotoku, stosować wyłącznie lawatywy odżywcze. Mają one się składać z białka kurzego, soli kuchennej i wina czerwonego; następnie należy używać także lawatywy trzustkowe z tłuszczem. Dopiero po kilkunastu dniach wolno wprowadzać pokarmy do żołądka. Do pierwszych pokarmów należy móżdżek, potem mleczko cielęce w bulionie, mięso skrobane, ziemniaki dobrze tarte. *W. Jaworski.* (Kr. kl. I.)

VI. Wyciągi.

Prof. Dr. J. Hoffmann (Heidelberg). **Wielokrotne stwardnienie rozsiane w układzie nerwowym ośrodkowym.** (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde* 21. B., 1. und 2. Heft, 1902). Autor spostrzegał przeszło sto przypadków klinicznie, a badał trzy anatomo-patologicznie. Stwardnienie rozsiane występuje najczęściej u klasy roboczej między 18—35 rokiem życia, bez względu na płeć. Etyologia choroby samej jest ciemna; po chorobach zakaźnych, szczególnie durze brzusznym, zapaleniu płuc dławcowem, ostrych chorobach wysypkowych, często ją stwierdzano. Zakażenie kiłowe niema tu wielkiego znaczenia, natomiast zatrucia metalami, np. ołowiem, miedzią, arsenem itd. uważają za ważny czynnik etyologiczny (Oppenheim). Jednak z przypadków autora ledwo jeden chory miał z ołowiem do czynienia. W niektórych przypadkach można było wykazać zatrucie tlenkiem węgla. Przeziębienia raczej pogarszają sprawę chorobową, aniżeli wywołują samą chorobę. Ani wzruszenia, ani dziedziczność nie mają większego wpływu na powstawanie tej choroby. W 10% swych przypadków mógł autor wykazać uraz, jako przyczynę choroby.

Z pojedynczych objawów zaburzenia w sferze psychicznej i intelektualnej są częste. Zaburzenia w mowie były w 54% przypadków. Objawy porażenne opuszkowe, nie są rzadkością. Zawroty głowy (64%), ból głowy (40%) autor również spostrzegał. Zanik nerwu wzrokowego, zblednięcie części skroniowej tarczy tego nerwu, mroczki, są bardzo charakterystyczne dla tej choroby, znajdują się często, bo w około 50% przypadków, i mogą stanowić ważną cechę rozpoznawczą od macienictwa. Rozpoznawczo ważne jest drżenie gałek ocznych, znachodzące się w 50—30% przypadków i drżenie zamiarowe w 71%. Porażenia mięśniowe ze wzmożonymi lub niewzmożonymi odruchami ścięgnistymi, zaniki, znachodzą się również. Chód może być rozmaity. Zmiany w czuciu mają być bardziej częste i mogą dotyczyć wszystkich rodzajów czucia. Autor spotykał je w 28% przypadków. Najczęściej znachodzi się odruchy ścięgniste wzmożone, o odruchach skórnych nic pewnego powiedzieć nie można, bo są niestałe. Odruch Babińskiego częsty. Zaburzenia w czynności zwieraczy lżejszego stopnia spotyka się często, zupełna niemożność zatrzymania moczu i kału rzadsza, jak niemniej zaburzenia w wydzielaniu potu. Rokowanie złe, wyleczenie niepewne. Autor poleca postępowanie higieniczne, łagodne wodoleczenie, kąpiele solankowe, jod, arsen, żelazo i t. p. na wewnątrz.

Ogniska chorobowe, badane drobnowidowo, okazują zmiany: 1) dotyczące naczyń, — naczynia w większej ilości, ściany ich nacieklé drobnokomórkowo, a później uległe zwyrodnieniu szklistemu;

2) dotyczące neuroglii, która jest obfitszą, z początku więcej komórkową, — i 3) dotyczące samych elementów nerwowych. Komórki i włókna nerwowe opierają się zanikowi najdłużej. Te ostatnie zajęto sprawą chorobową tracą osłonkę myelinową, a w końcu włókna osiowe rozpadają się na drobne włókienka.

Zmiany te jedni autorowie uważają za sprawę pierwotną glei, wrodzoną gliozę (Charcot, Vulpian, Erb itd.), inni za sprawę, biorącą początek w schorzeniu samych elementów nerwowych, (Fürsther, Huber, Adamkiewicz itd.); inni wreszcie twierdzą, że początek całej sprawie daje rozpad osłonek myelinowych włókien nerwowych.

Hipotezy te, jak również hipoteza pierwotnego przewlekłego zapalenia neuroglii i pierwotnych zmian w naczyniach, nie wytrzymują ściślejszej krytyki. *Dr. S. Gólski* (Kr. kl. l.).

Schaefer (*Neurolog. Centralblatt*), Balint (*Berliner klin. Wochenschrift*), Krainsky (*Acad. de Belgique*), Ferenczi (*Orvosi Hetilap*), Habermaas (*Ztschr. f. Psych.*) Garbini, Richet. (*Rivista di neuropatol.*). **O padaczce.** Pod względem anatomopatologicznym są prawie wszyscy wyżej wymienieni autorowie zdania, iż zmiany jakościowe lub ilościowe w korze mózgowej padaczkowych, jako w *locus minoris resistentiae* przy skrzętnem poszukiwaniu wykazać się dadzą (35 sekcyj). Co się tyczy jednak etyologii, obok najnowszej a dość odosobnionej hipotezy pasorzytniczej Brasa, przeważa teorya zatrucia karbaminianem amonowym, który pod wpływem terapii bromowej lub litowej zostaje drogą nerek rozszczepiony i wydalony z ustroju. Pod względem terapii obok bromu i litu niepośiednie ma zajmować miejsce metoda odciągnięcia chlorków; tak przynajmniej dowodzi 937 przypadków Habermaasa i 14 przypadków Garbiniego. *Dr. Zanietowski* (Kr. kl. l.).

Dr. Perutz. **Przyczynek do leczenia ciężkich niedokrewności pochodzenia żołądkowo-kiszkowego.** (*Munchener med. Wochenschrift* Nr. 3). Jestto opis przypadku niedokrewności ciężkiej, opartej na cierpieniu długotrwałem przewodu pokarmowego, gdzie pod wpływem leczenia choroby żołądka i kiszek nastąpiła stanowcza poprawa: hemoglobina z 20% wzmogła się do 80%, a obrzęki i przesięki, jakoteż i białko w moczu znikły. Uderza tylko w tej pracy niedokładność obserwacyi chorego, gdyż w chorobie krwi raz tylko były obliczone ciałka krwi czerwone, podczas kilkomiesięcznego leczenia chorego. *Dr. Latkowski* (Kr. kl. l.).

Dr. Cramer. **O osobliwem zachowaniu się moczu w drgawkach i mocznicy.** (*Munchener med. Wochs.* Nr. 3, 1902). W dwóch przypadkach drgawek i w jednym mocznicy wystąpiło na kilkanaście godzin przed śmiercią chorej zmącenie mleczne moczu, które po zbadaniu okazało się spowodowane od zawiesiny białka. Po zagotowaniu bowiem zmącenie to krzepło; za dodaniem kwasów nie wyjaśniało się, pod wpływem zaś pepsyny z dodatkiem HCl mocz się wyjaśniał w termostacie. Autor nazywa tę postać występowania białka „Emulsions-Albuminurie“ i przypisuje jej zawsze złe znaczenie prognostyczne. *Dr. Latkowski* (Kr. kl. l.).

Downer (*Annales d'Electrobiologie*), Kurella (*Zeitschrift für Elektrother.*), Wulff (*Centralanzeiger*), Mund. (*Zeitschrift f. El.*). **O semiologii nowszych reakcyj neuropatologicznych i myopatologicznych.** Autorowie przytaczają szereg dawniejszych i nowszych reakcyj, patognomicznych dla różnych chorób układu nerwowego i mięśniowego. Z pośród graficznych reakcyj myopatologicznych należy wymienić następujące krzywe skurczu mięśniowego: zanikową, spasmodyczną, degeneracyjną, uciskową, myotoniczną Thomsena, myasteniczną Jollyego, myasteniczną Zanietowskiego i antymyasteniczną Capriatiego. Z reakcyj neuropatologicznych opisane są, prócz dawnych objawów Erba i Brennera, nowsze reakcye frankliniczne Bordiesa i Breitunga; dłuższej zaś krytycznej ocenie poddane są: dziewięć stopni zwyrodnienia d'Armana, oraz jakościowe i ilościowe reakcye Zanietowskiego w myotonii, tężyczce i dystrofii. *Dr Zanietowski* (Kr. kl. l.).

Rosenfeld, Stein, Schlesinger. **O syringomyelii.** (*Neurol. Centralblatt* i *Zeitschrift f. Nervenheilkunde*). Nowsze doświadczenia nad zmianami czucia ciepłoty w syringomyelii wykazują, że samo stwierdzenie istnienia zmian „jakościowych“ do rozpoznania nie wystarcza, albowiem zboczenie wrażeń cieplnych w innych także chorobach da się wykazać. Natomiast zebrali autorowie szereg dowodów, przemawiających za sumowaniem bodźców cieplnych co do czasu i co do przestrzeni. (*Ref.* widział podobne objawy u konduktora Now. z Krakowa i u chorego Skw. w klinice wewn. U. J., u których spostrzegał właśnie znaczne opóźnienie czucia ciepłoty. oraz sumowanie małych bodźców cieplnych przez podrażnienie większej sumy zakończeń nerwowych, które wzięte pojedynczo nie okazywały się wrażliwemi na wysokie nawet stopnie ciepła). *Dr. Zanietowski* (Kr. kl. l.).

Adrian. **Zapalenie wyrostka robaczkowego jako następstwo schorzeń ogólnych.** (*Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie* 1902, Tom 7). Zapalenie wyrostka robaczkowego przedstawiać się może, jako umiejscowienie się chorób ogólnych, a mianowicie pojawia się w przebiegu zapalenia migdałków i zapalenia stawów. Chorobotwórcze ustroje z upodobaniem usadawiają się w wyrostku robaczkowym z powodu znachodzenia się tamże znacznej ilości mieszków limfoidalnych. Naodwrót w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego pojawiać się mogą objawy zapalenia stawów. *E. K.* (Kr. kl. l.).

A. Japha. **Znaczenie ilości leukocytów w schorzeniach jelit u dzieci.** (*Jahrbuch f. Kinderkrankheiten* 1902, T. 53). Zwiększenie liczby leukocytów niema bezpośredniego znaczenia rozpoznawczego, a to tembardziej, że ilość leukocytów u dzieci jest zazwyczaj większa, niż u dorosłych, a w żadnem schorzeniu przewodu pokarmowego nie przekracza średnich granic. W niektórych przypadkach neutrofilna leukocytoza jest objawem zatrucia ustroju dziecięcego bądź produktami gnicia, bądź też toksynami bakteryj chorobotwórczych. *E. K.* (Kr. kl. l.).

Henoch. **O zapaleniu płuc i jego leczeniu u dzieci.** (*Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts* 1901, Zeszyt 30). Diplokoki Fraenkel-Weichselbauma znaleziono i w ogniskach nieżytowego zapalenia płuc, dlatego autor jest zdania, że tam, gdzie poprzedza rozległy nieżyt oskrzeli, pneumokoki zwykły wywoływać oskrzelowe zapalenie płuc, w innych zaś razach włóknikowe. Pierwotne czyli włóknikowe zapalenie płuc nagabuje dzieci wśród zupełnego zdrowia; zwiastunowych dreszczy u dzieci w pierwszych latach życia nie bywa. W początku choroby brak objawów oddechowych, a nawet kaszlu może utrudniać rozpoznanie, a czasami ta niepewność trwa przez kilka dni. W takich przypadkach jednak oddechanie jest bardzo płytkie i w stosunku do tętna znacznie przyspieszone, a wydechowi towarzyszy często bardzo krótkie stękanie. Bardzo trudne rozpoznanie bywa w przypadkach t. zw. „pneumonie cérébrale“ autorów francuskich, gdzie poważne objawy mózgowe (głęboka śpiączka, znaczne majaczenia, napady nieprzytomności, a nawet drgawki) nasuwają obawę zapalenia opon mózgowych. Objawy te ustają po wystąpieniu objawów płucnych i niejedno wyleczone zapalenie opon mózgowych nie było może niczem innem, jak zapoznanem zapaleniem płuc.

Dłużej niż zwykle trwają te przypadki włóknikowego zapalenia płuc, w których sprawa zapalna wędruje z jednego płatu na drugi (*pneumonia migrans*); mogą one trwać i parę tygodni wśród ciągłych opadów i nasileń gorączki. Także t. zw. zapalenia płuc przepuszczające nie mają nic wspólnego z zimnicą i należą do wędrujących zapaleń płuc. W przypadkach, gdzie zapalenie wędruje od środka ku obwodowi, objawy fizykalne mogą być utajone przez 4—7 dni. O wiele rzadsze od zapaleń płuc przewlekłych są zapalenia poronne, w których przełom następuje już trzeciego dnia, albo w nocy z drugiego na trzeci dzień. Podobnie mają się zdarzać przypadki u starszych, trwające tylko jeden dzień, które są identyczne z t. zw. „congestion pulmonaire aigue“ autorów francuskich. W trzech przypadkach zauważył autor znikanie objawów fizykalnych już na 2—3 dni przed przełomem choroby. Powikłanie zapalenia płuc z zapaleniem opłucnej ma u dzieci dlatego większe znaczenie, że o wiele częściej i szybciej, niż u starszych, powstaje wypocina ropna tak, że już po 5—7 dniach znaczny otok rozwinąć się może. Autor przytacza interesujący przypadek ciężkiego zapalenia płuc, które powstało u dziecka zdrowego po piątem zastrzyknięciu 0,001 tuberkuliny. Zejścia ostrego włóknikowego zapalenia płuc w przewlekłe z wytworzeniem i marskością tkanki łącznej autor nigdy nie zauważył. Nawroty zdarzają się często nawet w krótkich odstępach czasu.

Nowsze zapatrywanie autorów francuskich, utrzymujące, że w oskrzelowem zapaleniu płuc zarodki zakaźne wtargają do płuc nietylko z wdechanem powietrzem, lecz że prątki okrężnicowe i inne bakterye dostają się także drogami chłonnemi i krwionośnemi z jelit do płuc i wywołują tu zapalenie, nie jest udowodnione; a prątki te mogą się przed- i pośmiertnie tam dostać i rozmnożyć. Gorączka w zapaleniu nieżytowem jest przepuszczającą z porannemi opadnięciami; z powodu szerzącego się ciągle zapalenia duszność się wzmaga (dosięga czasem do 80 oddechów na minutę) i tu właśnie występuje bardzo cechujące stękanie wydechowe, słyszalne dniem i nocą, które pewien autor francuski trafnie określił zdaniem: „l'enfant crache son exspiration“. Ten bardzo ważny objaw nasuwa rozpoznanie jeszcze przed badaniem. Jeżeli zapalenie nie jest jeszcze rozległe, badanie fizykalne wykaże tylko zapalenie oskrzeli włoskowatych; lecz doświadczenie uczy, że takie zapalenie szczególnie do czwartego roku życia zawsze jest połączone z ogiskami nieżytowego zapalenia płuc.

Z powodu niedomogi mięśni oddechowych u małych dzieci duszność nieraz wzmaga się do 100 oddechów na minutę, płytkich,

nieraz z zupełnemi pauzami i objawem Cheyne-Stokesa. U oseskôw z powodu duszności nieraz zamiast piersi trzeba podać pokarm łyżeczką lub filiżanką z dzióbkiem. Kaszel z powodu osłabienia i wyczerpania sił wreszcie ustaje, co jest bardzo smutnym objawem. Z 153 przypadków zapaleń płuc włóknikowych stracił autor tylko 8, podczas gdy nieżytowe zapalenie płuc robi prawdziwe spustoszenia między dziećmi, a gdy ono towarzyszy odrze, grypie i krztuścowi, mnóstwo dzieci umiera z tej choroby. Czasami przebieg jest tak wlokący się, a objawy fizykalne tak uporczywie się utrzymują, a przytem kaszel, duszność, wieczorne wzniesienia ciepłoty, a szczególnie osłabienie i wyniszczenie tak męczą chorego, że ten stan często wlokący się przez szereg miesięcy, uprawnia do rozpoznania gruźlicy. Rozpoznanie to nasuwa się tembardziej wtedy, jeżeli nie dolne części płuc, lecz szczyty są stałem siedliskiem przewlekłego zagęszczenia. Rozpoznanie bywa tu tem trudniejsze, że zbadanie plwocin natrafia na trudności, gdyż tylko z mozołem można wydobyć śluz z gardła po zakaszlaniu, a wyszukanie połkniętych prątków w kale ma tylko wartość problematyczną. Wielka część tych chorych rzeczywiście podpada gruźlicy, ale w wielu też przypadkach nawet po kilkumiesięcznej chorobie następuje zupełne wyzdrowienie i autor jest tego zdania, że czasami tworzą się małe ropnie w płucach, które przez długi czas utrzymują ów stan chorobowy, podobny do suchot płucnych.

O zapobieganiu pierwotnemu włóknikowemu zapaleniu płuc niema mowy. Inaczej rzecz się ma z zapaleniem oskrzelowem, gdzie należy zapobiegać częstym nieżytom oskrzelowym u małych dzieci. Powinniśmy walczyć przeciw zakorzenionemu mniemaniu wielu matek, że świeże powietrze pomimo wiatru i niepogody dzieciom nie może szkodzić; mniemanie to szczególnie u biednych, licho odzianych dzieci sprowadza często zapalenie płuc nieżytowe. Autor zwraca się też przeciw lekarzom, którzy wysyłają dzieci cierpiące na krztusiec, nawet podczas niepogody i w zimie na wolne powietrze, gdyż sposób ten nietylko nic nie pomaga, lecz łatwo może wywołać z miernego nieżytu niebezpieczne zapalenie płuc. Dzieci w pierwszych trzech latach należy strzedz przed przeziębieniem, i jeżeli tylko lekko gorączkują, trzymać je w łóżku.

Wobec włóknikowego zapalenia płuc poleca autor lodowe okłady na głowę, zwłaszcza jeżeli występują śpiączka, majaczenia i bóle głowy, a pijawki uważa za niepotrzebne nawet wtedy, gdy występują objawy wrzekomo-meningealne, które po 2—3 dniach zwykły same ustępować. Przy wystąpieniu bardzo gwałtownych objawów lekarz łatwo ulegnie kuszeniu, by przez zastosowanie pijawek zapobiedz chorobie mózgowej; w takich razach powinien natychmiast po opadnięciu pijawek krew zatamować. Zresztą leczenie jest wyczekujące, a największe niebezpieczeństwo grozi ze strony osłabienia serca. Dlatego autor zarzuca wewnętrzne stosowanie leków przeciwgorączkowych (nawet chininy), które w małych dawkach nic nie pomagają, w większych zaś i częstych znacznie szkodzić mogą. Autor poleca tylko okłady z wystałej wody, które należy zmieniać co godzinę; jest przeciw zimnym kąpielom, natomiast ciepłe kąpiele (26—27° R.) działać mają kojąco u bardzo niespokojnych dzieci. Zamiast okładów można ostatecznie robić co godzinę zmywania całego ciała wodą wystałą. Ciepłota w pokoju ma wynosić w zimie 15° R., a w lecie potrzeba wietrzyć i ochładzać powietrze lodem. Wewnętrznie podaje się napoje chłodzące, kwas solny. Jeżeli wyjątkowo kaszel jest bardzo gwałtowny, albo jeśli dzieci są zbyt niespokojne, podaje autor bez obawy i z dobrym skutkiem 0,001—0,002 morfiny raz, albo dwa razy dziennie. U dzieci starszych, które się żalą na gwałtowne bóle opłucnowe, stosuje się 6—8 suchych baniek, które według potrzeby powtarzać należy. Jeżeliby wobec rozległego lub obustronnego zapalenia płuc wystąpiła sinica, duszność, małe tętno, H. poleca liczne bańki suche na całym obwodzie klatki piersiowej, zamiast poleconego i u dzieci w nowszych czasach stosowanego ogólnego upustu krwi. Wobec osłabienia serca, zwłaszcza podczas przełomu, należy podawać wino co $^1/_2$ godziny łyżkę, mocne rosoły, mleko z koniakiem; wstrzykiwania eteru lub kamfory rzadko są potrzebne i należy wogóle rodziców na przełom przygotować i uspokoić, bo autor nie widział ani jednego przypadku zejścia śmiertelnego z powodu zapadu przełomowego.

Wobec nieżytowego zapalenia płuc musimy się starać, by oskrzela były drożne dla powietrza i nie wytworzyła się niedodma płucna. W tym celu oddawna stosują się środki wymiotne i wykrztuśne. Ostatnie wystarczają jednak tylko w przypadkach lżejszych. Przy wybitnem zapaleniu płuc, a jednocześnie przy dobrym stanie sił, poleca autor gorąco w pierwszych 4—5 dniach winian antymonu w małych a częstych dawkach; u dzieci zaś znacznie osłabionych, lub w razie istniejącego rozwolnienia nie stosuje tego leku. Przy tem leczeniu musi lekarz odwiedzać dziecko dwa razy dziennie, gdyż gorliwe matki mogłyby przekroczyć przepisy lekarza i przyjśćby mogło do niebezpiecznego zapadu. Autor zapisuje winian antymonowy 0,5—1,0: 120 i daje z początku co godzina po łyżce dziecięcej, dopóki nie nastąpią wymioty, lecz najwyżej tylko w ciągu trzech godzin; potem zaś co dwie godziny łyżkę dziecinną. Jeżeli i teraz jeszcze występują wymioty lub rozwolnienie, usuwa się ten lek zupełnie. Takie stosowanie winianu antymonowego nigdy nie wywołuje złych następstw i wywiera bezwątpienia korzystny wpływ na przebieg choroby. U dzieci osłabionych stosuje autor *decoct. rad. senegae* lub *polygalae amarae* (*5: 100*) *liq. ammonii anis. 1,5 syr. altheae 20; co dwie godziny łyżeczkę.* Oprócz terapii wewnętrznej należy stosować okłady z wody wystałej, sięgające od pachy do pępka, nie wywierając żadnego ucisku; na mokrej serwetce lub pieluszce kładzie się warstwę waty i na to ceratkę. Okłady zmienia się co 2—3 godzin dniem i nocą. Tylko jeżeli występują poty, poleca autor zamiast chłodnej wodę o 26 do 27° R. By utrzymać powietrze wilgotne, doradza ustawić przyrząd rozpylający, lub przynajmniej samowar na stoliku obok głowy chorego i utrzymać parowanie dniem i nocą, a jeszcze lepiej użyć roztworu soli kuchennej lub dwuwęglanu sodowego. Przytem trzeba koniecznie dziecko co dwie godziny wziąść na rękę i nosić przez pół godziny gdyż przez ciągłe leżenie na plecach lub na boku powstaje zapalenie opadowe.

Wystąpienie częściowych potów nie przeszkadza stosowaniu okładów; natomiast należy je natychmiast przerwać, jeżeli wystąpią poty ogólne i obfite. W razie powstania zapadu, co zdarza się rzadko w przeciwieństwie do włóknikowego zapalenia płuc, zaleca autor wino suche i nacierania skóry. Jeżeli występują objawy osłabienia serca, podaje obok wina i koniaku co dwie godziny proszek kamfory z kwasem będźwinowym (*aa* 0,05—0,2 i cukru 1,0), a gdzie stosowanie wewnętrzne napotyka na trudności, lub gdzie doraźna pomoc jest konieczna, podskórne wstrzykiwanie kamfory, które można powtarzać 3—4 razy dziennie. Jeżeli ogniska zapalne ogarną obydwa płuca, należy działać doraźnie, i wtedy poleca autor nawet u małych dzieci tyle suchych baniek na całą klatkę piersiową, ile tylko starczy miejsca. *Fels.*

Seubert. **Przypadek zgorzeli po płonicy.** (*Münchener med. Wochs.* 1902, Nr. 2). Niedawno ogłosił Eichhorst w „Deutsches Archiv f. klinische Medicin“ pracę o zgorzeli kończyn po płonicy i innych chorobach zakaźnych. S. opisuje przypadek zgorzeli dolnej kończyny lewej po płonicy. Dziewczynka 7-letnia zachorowała na płonicę, która przebiegała zupełnie prawidłowo, sam przypadek nie był ciężki. W parę dni po zaczęciu się okresu łuszczenia nagle lewa kończyna dolna i lewa warga sromna obrzękły znacznie i dziecko zaczęło na nowo gorączkować. Kiedy S. po raz pierwszy dziecko zobaczył, stwierdził prócz tego tak na podudziu, jak i na udzie liczne miejsca sino zabarwione, wielkości 1—5 marków; palce i stopa były też sino zabarwione. Niektóre z tych miejsc sino zabarwionych unosiły się w postaci pęcherzy, nakłócie których dało płyn surowiczy. Cała kończyna była zimna. Ciepłota ciała 39·5°. Rodzice nie zgodzili się na przeniesienie dziecka do szpitala. Gdy S. w dwa tygodnie później po raz wtóry był wezwany do dziecka, skóra z całej kończyny oddzielała się w postaci czarnych gnijących płatów. Jedynie skóra w okolicy kolana pozostała zdrową. Wykonano wysoką amputacyę uda; dziecko wyzdrowiało. Badanie odciętej kończyny wykazało, że w tętnicach głównych i żyłach obecne były zakrzepy ropiejące. We krwi odciętej kończyny znaleziono gronkowce. Z dotąd opisanych przypadków bardzo często zgorzel występowała na lewej kończynie dolnej. *Dr. Teofil Zalewski.*

A. Landau. **Badania nad sprawnością nerek zapomocą błękitu metylenowego.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). Wśród metod, służących do funkcyonalnej dyagnostyki chorób nerkowych, najprostszą i najłatwiejszą jest metoda badań zapomocą błękitu metylenowego, podawanego przez usta w ilości 0,1 grm., lub wstrzykiwanego pod skórę w dawce 0,05 grm. Wprowadzony barwik wydziela się z moczem w postaci ciała barwnego *Mx* i bezbarwnego — chromogeny, którą wykrywa się przez zagotowanie z kwasem octowym. Zdrowe nerki rozpoczynają wydzielać chromogenę po 15-tu minutach i wydzielają ją łącznie z barwikiem *Mx* w ciągu 48—60 godz. Opóźniony początek i wydłużenie okresu wydzielania uważają autorowie za objaw marskości zanikowej nerek; skrócenie zaś okresu wydzielania z przyspieszonym początkiem, lub bez niego, za objaw, towarzyszący ostrym i przewlekłym sprawom miąższowym. Na zasadzie 24 własnych doświadczeń autor dochodzi do wniosku, że metoda ta bardzo daleką jest od doskonałości: błękit często wcale nie wykazuje niedomogi nerek tam, gdzie ona nie podlega żadnej wątpliwości; dalej metoda ta nie daje żadnego pojęcia o stopniu niedomogi, ani nie wskazuje przyczyny jej; wreszcie, jako oparta na wydzielaniu produktu obcego prawidłowej przemianie materyi, nie może być sprawdzianem stosunku nerek do zwykłych produktów przemiany. *Z. Czaplicki.*

W. Lehr. **O leczeniu nerwobólu kulszowego mięsieniem i bezkrwawemi naciąganiami.** *(Księga jubileuszowa T. Dunina).* Treść zabiegów stanowią czynne lub bierne ruchy, mające na celu naciąganie chorego nerwu. Teoretyczna podstawa polega na tem, że naciąganie wywołuje częściową lub zupełną przerwę w przewodnictwie nerwu, poczem w kierunku odśrodkowym następują sprawy zanikowe. Autor zabiegi swe rozpoczyna od energicznego nacierania, poczem przechodzi do ugniatania palcem wielkim nerwu w jego przebiegu; 30 przypadków leczonych tą metodą stwierdza jej wielką wartość leczniczą. *Z. Czaplicki.*

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Wł. Wróblewski. **Znieczulenie 25%-ym rozczynem kokainy przy operacyach w nosie, gardzieli i krtani.** *(Gazeta lekarska* Nr. 1, 1902). Za przykładem prof. Pieniążka stosuje W. do pędzlowania rozczyn chlorku kokainy 1,0 na 4,0 wyskoku w najrozmaitszych zabiegach chirurgicznych w gardle, nosie i krtani tak u dzieci, jak i u dorosłych, w szczególności zaś u osób wyjątkowo wrażliwych. Wyniki są możebnie dobre tak pod względem zupełnego znieczulenia, jakoteż i pod względem braku wszelkich objawów zatrucia. Autor przypuszcza, że wyskok działa tu nietylko jako środek znieczulający i odkażający, lecz w pewnym stopniu także jako odtrutka. Kokaina rozpuszcza się w gorącym wyskoku odrazu i rozczyn ten zachowuje stale nawet po oziębieniu zupełną przeźroczystość. Przypisując temu wyskokowemu rozczynowi niezaprzeczoną wyższość nad wodnym, poleca go W. jak najgoręcej. *Spira.*

Lassar. **O odmrożeniu.** (*Therapie der Gegenwart* 1902, Nr. 1). Autor twierdzi, że wszelkie inne środki przewyższa następująca maść, którą on wypróbował już od przeszło 20 lat: *Rp. Unguenti plumbi, Vaselini flavi ana 40·0, Ol. olivarum 20·0, M. c. acid. phenylic. 2·0, Adde ol. lavandul. gtt. XXX. F. ugt. S. Maść na odmrożenia.*

Maść tę, nasmarowaną grubo na płatki, stosuje się przez noc na ręce lub nogi, i zwykle usuwa ona w krótkim czasie wszelkie objawy odmrożeń. Do leczenia przyczynowego zalicza L. wszystko, co potrafi ożywić krążenie w skłonnych do odmrożeń częściach. Należą tu ćwiczenia palców u rąk i nóg. Np. pacyenci, którzy z powodu zimna mają czerwone ręce, powinni trzy razy dziennie przez pięć minut wykonywać ruchy następujące: unosi się ręce pionowo do wysokości barków i przy luźnem trzymaniu stawu nadgarstkowego ruszamy palcami najpierw powoli, potem coraz prędzej, dopóki doznajemy uczucia jakby ugniatania poduszki nadętej powietrzem. Jestto połączenie czynnego i biernego mięsienia, które nie mało się przyczynia do ożywienia krążenia. I w inny sposób umiejętnie stosowane mięsienie może działać korzystnie. *Dr. Fels.*

Dr. J. Leffingwell Hatch. **Stosowanie eurofenu w miejsce jodoformu w chorobach nosa i gardła, ze szczególnem uwzględnieniem gruźliczego nacieku krtani.** (*Allgemeine med. Centr. Zeit.* Nr. 86, 1901). Eurofen podobny jest do jodoformu z tego względu, że działa przeciwgnilnie, wydziela wolny jod, zmniejsza wydzielanie śluzu, względnie ogranicza jego nadmierność, łagodzi stany przekrwienia i leczy sprawy zapalne; różni się zaś od jodoformu tem, że jest lżejszy, i wskutek tego w większej objętości może być rozpylony na chorą powierzchnię, jest lepki i trzyma się nawet na miękkich powierzchniach, podczas gdy jodoform strząsa się, gdy nie jest opaską przytrzymany, lub zastosowany pod postacią maści, i wreszcie tem, że nie jest trujący i bezpiecznie może być wewnętrznie podawany, gdyż nawet dwie dawki, np. około 2·00, sprawiają tylko szybko przemijający ból głowy i tu lowia, który przy następnych dawkach wskutek przyzwyczajenia się do leku już się nie pojawia.

Od roku 1893—1898 miał autor w swojej klinice 4617 chorych; z tego leczył 2683 jodoformem i eurofenem w rozczynie eterowym: 1225 jodoformem, a 1458 eurofenem. Jakkolwiek przy jednym i drugim leku wyniki były po największej części zadowalniające, woli autor eurofen z powodu wyżej wymienionych zalet i szybszego działania. Stosował zawsze zgęszczony rozczyn zapomocą tamponika, albo pod postacią rozpylania, stosownie do jakości przypadku i stosunków anatomicznych chorego miejsca.

Od roku 1898 stosuje L. prawie wyłącznie eurofen; przytacza on szereg historyj chorób, dowodzących większej skuteczności eurofenu, niż każdego innego leku w gruźlicy krtani. Naturalnie u chorych ze znacznemi zmianami w płucach osiągnąć można tylko poprawę, polegającą na złagodzeniu lub usunięciu nawet zupełnem takich uciążliwych przypadłości, jak bezgłos i brak łaknienia. *Dr. Flis.*

VIII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

24. Posiedzenie naukowe z dniu 3 stycznia 1902.

Przewodniczący kol. Beck, członków obecnych 42.

I. Kol. Przewodniczący zawiadamia o przyjęciu przez zarząd na członków kolegów: Jana Greka i Marka Reichensteina

II. Kol. Kučera mówił o morfologii bakteryj, rzecz ogłoszona drukiem w »Polskiem Archiwum nauk biologicznych i lekarskich« pod tytułem »Studyum nad morfologią prątka nosaciznowego«.

III. Kol. Radzikowski przedstawił 52-letnią chorą z klin. lek. z rozpoznaniem: *„pericholecystitis et fistula gastrocholecystica post cholecystitidem calculosam."* Omawiając szczegółowo ten przypadek, podaje: że chora od czterech lat miała bóle w dołku podsercowym, które tak chora jak i otoczenie, odnosili do sprawy czysto żołądkowej, do kliniki zgłosiła się z bolesnym guzem w okolicy woreczka żółciowego, w czasie pobytu na klinice z wymiotami odeszło kilka kamieni żółciowych; obecnie stan chorej dobry

W dyskusyi zabierają głos: Kol. Szymański, który zwraca uwagę, że często kamica żółciowa może przebiegać bez objawów kolki wątrobowej co właśnie i tu miało miejsce, brak zaś krwotoku przemawia za bardzo powolnem wytwarzaniem się przetoki. Kol Pisek uważa przypadek za nie jasny; stawianie zaś rozpoznania przebicia z woreczka do żołądka — za zbyt śmiałe, gdyż kamienie równie dobrze mogły przedostać się i z dwunastnicy do żołądka

Kol. Fels przypomina, że 10% chorych w ogóle cierpi na kamicę, a z tych u 80% nie daje ona żadnych objawów i że najczęstszym powodem kurczów żołądkowych są kamienie żółciowe.

Kol. Radzikowski w odpowiedzi zaznacza, że nie miał zamiaru mówić o kamicy wątrobowej i dla tego tych kwestyj nie poruszał, lecz że przedstawił interesujący przypadek, którego tłómaczenie poparł obserwacyą kliniczną. *Dr. Józef Krzyszkowski.*

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1898.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy).

14. Czynności c. k. Rady zdrowia.

Znajdujemy tu wyliczenie 86 przedmiotów obrad, któremi Rada zdrowia zajmowała się na 13-tu posiedzeniach; — dalej tabelaryczne zestawienie 16.479 spraw, przydzielonych do załatwienia departamentowi sanitarnemu c. k. Namiestnictwa (o samych chorobach zakaźnych było 5375 spraw), — a wreszcie spis 3113 spraw udzielanych departamentowi sanitarnemu do wydania opinii z innych departamentów c. k. Namiestnictwa.

Wnioski c. k. krajowej Rady zdrowia.

Wszystkie wnioski wraz z podpisem referenta umieszczamy dosłownie ze Sprawozdania.

Opierając się na motywach, przytoczonych w niniejszem i poprzednich Sprawozdaniach, c. k Rada zdrowia przedstawia następujące wnioski:

1. Osuszanie rozległych bagnisk i moczarów, niemniej regulacya rzek w bardzo wielu powiatach leży nietylko w interesie ekonomicznym, ale i zdrowotnym kraju, dlatego roboty melioracyjne powinny być przyspieszone i w najszerszej mierze w różnych punktach kraju podjęte.

2 Aby ułatwić gminom zaopatrzenie się w dobrą wodę do picia, byłoby pożądanem, aby istniejące przy Wydziale krajowym biuro melioracyjne rozszerzyło swe działanie w tym kierunku, iżby mogło dla gmin wypracowywać lub opiniować już opracowane projekta sprowadzania wody do picia.

3. Ażeby skutecznie wpłynąć na poprawę mieszkań we Lwowie i Krakowie i przez to zapobiegać szerzeniu się gruźlicy, należy ściślej jak dotychczas przestrzegać przepisów ustawy budowlanej wydanej dla obu tych miast, a zarazem dążyć do zmiany tych ustaw stosownie do obecnego postępu nauki higieny.

4. Zachodzi konieczna potrzeba otwarcia drugiego w kraju Zakładu państwowego dla badania środków spożywczych i użytkowych.

5. Rzeczą niezbędną jest ustanowienie lekarzy szkolnych.

6. Z powodu powszechnie bardzo niekorzystnego pod względem zdrowotnym stanu budynków szkolnych w całym kraju i niedostatecznego fundszu krajowego na budowę szkół ludowych, zachodzi konieczna potrzeba podwyższenia dotacyi krajowej do tego funduszu.

7. Przynajmniej przy każdej szkole średniej, a o ile możności obok każdej szkoły ludowej, powinno być urządzone boisko dla zabaw szkolnych, któreby mogło być w zimie przeistoczone na ślizgawkę małym kosztem.

8. Ponieważ istniejące szpitale nie wystarczają dla pomieszczenia chorych i często zbyt są oddalone, przeto koniecznem jest zakładanie nowych szpitali tak, aby przynajmniej w każdym powiecie, jeżeli nie w każdym okręgu sanitarnym znajdował się szpital.

9. Liczniejsze przytuliska dla nieuleczalnych i kalek są potrzebne, aby zmniejszyć wydatki szpitalne.

10. W kazdym publicznym i powszechnym szpitalu powinien być urządzony osobny oddział dla chorób zakaźnych i każdy taki szpital powinien posiadać własny przyrząd do desinfekcyi.

11. Przynajmniej każdy większy szpital powszechny i publiczny, t. j. mający conajmniej 80 łóżek, powinien być urządzony do przyjmowania chorych podejrzanych o chorobę umysłową na obserwacyę, lub do chwilowego przytrzymania, zanim chory do krajowego zakładu dla obłąkanych będzie mógł być przyjęty.

12. Budowa drugiego samoistnego i krajowego zakładu dla obłąkanych w Krakowie jest rzeczą piekącą, a utworzenie przytuliska dla spokojnych lecz zniedołężniałych obłąkanych *(Irrensiechenanstalt)* zmniejszy wydatki w zakładach leczniczych dla obłąkanych.

13. Budowa samoistnego zakładu dla położnic w Krakowie jest konieczną.

14. Potrzebnem jest urządzenie krajowych zakładów wychowawczych dla głuchoniemych i ciemnych.

15. Dążyć należy do odpowiedniejszego pomieszczenia c. k. domu karnego dla kobiet we Lwowie i bardzo wielu aresztów przy c. k. Sądach powiatowych, a zarazem uregulowania opieki lekarskiej nad sądowymi aresztami i nad więźniami tam pomieszczonymi.

16. Uregulowanie w drodze ustawy opieki nad ubogimi i ukrócenie włóczęgostwa i żebractwa przyczyni się w znacznym stopniu do poprawienia stosunków zdrowotnych w kraju i do zapewnienia rzeczywiście ubogim i chorym pomocy lekarskiej.

17. Celem zmniejszenia śmiertelności i wzrastającej ciągle liczby chorób umysłowych, koniecznem jest zwalczanie pijaństwa.

18. Celem skutecznego powstrzymania szerzenia się chorób zakaźnych w kraju konieczną jest ustawa, w któréjby przyjęte były zasady przymusowego odosobnienia chorych takiemi chorobami dotkniętych, odszkodowania ubogich osób z tej przyczyny izolowanych, a to z powodu utraty zarobku podczas izolacyi i odszkodowania za zniszczone rzeczy, które były zakażone, a których desinfekcya stała się niemożliwą.

19. Rozporządzenie ministeryalne z dnia 6 marca 1854 (dz. p. p. Nr. 57) powinno być w tym kierunku zmienione, że wszelkie nieuprawnione wykonywanie położnictwa w miejscowościach, w których znajduje się egzaminowana akuszerka i mogła być do porodu wezwaną, ma być karane bez względu czy zostanie udowodnionem, iż to się działo w sposób zarobkowy.

20. Reforma przepisów tyczących się zawodu aptekarskiego jest niezbędną. *Dr. Józef Merunowicz m. p.*, referent.

(Dokończenie nastąpi).

Sprawozdanie

Zakładu szczepień ochronnych przeciwko wodowstrętowi w Krakowie za miesiąc styczeń 1902.

W miesiącu tym leczono ogółem osób 53; w liczbie tej 19 osób pozostałych w leczeniu z miesiąca grudnia, 18 osób pozostaje nadal w leczeniu na miesiąc luty 1902.

Od początku roku 1902 do dnia 31 stycznia 1902 leczono **ogółem 34 osób.**

Wykaz 34 osób, leczonych w miesiącu styczniu, ze względu na rodzaj pokąsania:

POKĄSANIE	A. Wściekliznę stwierdzono przez: szczepienie próbne cząstki mózgu (sub duram) królikowi	B. Wściekliznę stwierdzono przez: sekcyę weterynarską	C. Zwierzęta podejrzane	Ogółem
w twarz i głowę . . .	—	—	4	4
w kończyny górne i tułów	—	8	12	20
w kończyny dolne . . .	—	5	5	10
w ciało gołe	—	5	12	17
przez ubranie	—	8	9	17
Ogółem	—	13	21	34

Zwierzęta kąsające były w 30 przypadkach psy, w 4 przypadkach koty.

Kraków, dnia 31 stycznia 1902 r.

O. Bujwid, Dyrektor Zakładu, m. p.

W sprawie ochronnego szczepienia od ospy.

Galicyjskie Namiestnictwo pismem z dn. 21. stycznia br. l. 141863 zawezwało za pośrednictwem Starostw wszystkich lekarzy, zamierzających podjąć się szczepienia, do złożenia oświadczenia pisemnego, że już w r. b. przeprowadzą szczepienie według zasad postępowania bezgnilnego (eter siarkowy, wyjałowiona wata, gaza, tegmin i t. d.) i za pomocą narzędzi, podanych przez Dr. Paula, które u Odelgi w Wiedniu kosztują 27 koron, oraz że koszta te *) lekarze poniosą z własnych funduszów.

Z radością witamy chęć zaprowadzenia postępowania bezgnilnego przy szczepieniu ochronnem; nie pojmujemy tylko, na jakiej zasadzie oparto życzenie, aby tak znaczne koszta, mające na celu dobro ogólne, ponosili prócz zwiększonej pracy z prywatnych funduszów lekarze, i tak zbyt nędznie za szczepienie wynagradzani.

Jak mamy rozumieć polecanie wyrobów pewnej niemieckiej firmy, skoro jedną z głównych zasad postępu wiedzy jest, że każdy lekarz powinien operować takiem narzędziem, jakie uzna za najlepsze i jakie w pewnych warunkach może sam zrobić, ulepszyć lub wynaleźć?

Pomijając niebezpieczeństwo używania przy zbiorowem licznem szczepieniu zbyt palnego eteru siarkowego, zwłaszcza podczas upałów, nie wiemy, czy w ogóle zmiana sposobu szczepienia opartą została na porozumieniu z Wydziałem krajowym i z Sejmem, od których także zależy zmiana ustawy i które ponoszą koszta szczepienia, do czego Namiestnictwo ani halerzem się nie przyczynia.

Przypominamy, że w myśl zasadniczych ustaw władzy politycznej przysługuje jedynie nadzór nad sposobem wykonywania szczepienia, jako czynności lekarskiej, ale ustawa nie zezwala na polecanie jakiekoś sposobu, a tem mniej narzędzi.

*) W okręgu szczepienia, liczącym 20 gmin, 1000 dzieci, przy 20 wyjazdach do szczepienia i rewizyi, wyniesie wydatek na gazę i tegmin około 18 K; watę wyjałowioną po 25 grm. — 40 do 50 K; eter siarkowy 5 K; spirytus, mydło, pastylki sublimatowe, soda około 6 K; furmanka 80 do 100 K; narzędzia 27 K — razem około 200 K. Rachunek lekarski kosztów za szczepienie wyniesie około 300 K. Pozostanie więc dla lekarza za dokonanie szczepienia (t. j. za 20 wyjazdów dyety, zwiększoną pracę, zaniedbanie praktyki i t. d.) około 100 K, t. j. mniej więcej tyle ile zarobi jego furman, który go przy szczepieniu obwozi. Cóż powiedzą na to Izby i Towarzystwa, mające stać na straży interesów ogólno — lekarskich?

Dochodzą nas wiadomości z różnych stron, że ogół lekarzy postanowił na wezwanie do oświadczenia zamiaru podjęcia się szczepienia nie dawać żadnej odpowiedzi. Wątpimy, aby znalazła się dostateczna liczba lekarzy, którym, jako obowiązującym się zastosować do życzeń Namiestnictwa, możnaby powierzyć szczepienie, jak nie mniej wątpimy, aby wielu z nich było w stanie te zobowiązania należycie wypełnić i ze swoich szczupłych dochodów ofiarować na rzecz kraju — prócz zwiększonej pracy — także wystarczające sumy do zaprowadzenia szczepienia sposobem bezgnilnym. *B.*

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 27 lutego.

Otrzymujemy następujące 2 pisma z prośbą o ogłoszenie:

Szanowny Panie Redaktorze!

W sprawie wodociągów krakowskich czytaliśmy w ostatnich czasach liczne artykuły polemiczne w dziennikach. Na podstawie wykrytego w wodzie żelaza i śladów amoniaku w studniach wodociągowych, oraz obecności w jednej studni miejskiej *Crenothrix*, wysnuwane były wnioski, mogące dość pesymistycznie usposobić dla wodociągów krakowskich. Zanim nad tą sprawą zostanie w Tow. lekarskiem przeprowadzoną dyskusya, godzi się przypomnieć, że wodociągi zbudowane zostały na podstawie planów, aprobowanych przez najpierwszych specyalistów naszych i zagranicznych. Uznano na podstawie analiz chemicznych i bakteryologicznych, oraz znajomości terenu, że woda będzie dobrą i zdrową. W terenie bielańskim znaleziono wprawdzie ślady żelaza, ale nie obawiano się ich, gdyż tylko ostatnie studnie zbliżone do terenu Sanki mogły go zawierać nieco więcej. Obecnie, po roku działania wodociągu, pokazało się, że w tych studniach ilość żelaza się zwiększyła, oraz pojawiły się ślady amoniaku. Obok tego w jednej ze studzien miejskich przy ul Michałowskiego znaleziono grzybek wodny, *Crenothrix*, (pośredni pomiędzy bakteryami a wodorostami). zwykle towarzyszący wodom żelezistym, zresztą nie szkodliwy. obecność którego jest nieprzyjemną wskutek mącenia się wody i pojawiających się w niej kłaczków.

Z badań nowoczesnych wiadomo, że amoniak, znajdujący się w wodzie atmosferycznej, przedostaje się w obecności żelaza w gruncie do wody. Nie jest on jednak w tych warunkach objawem rozkładu ciał organicznych. Dalej wiadomo, że *Crenothrix* rozrasta się w wodzie wówczas tylko, gdy ilość żelaza przewyższa 0·3 miligr. w litrze. Tymczasem w przeciętnej wodzie naszych kranów w mieście niema żelaza wcale, lub też ilość jego nie przenosi 0·1 mil. w litrze, gdyż liczba studzien bez żelaza lub z minimalnym jego śladem wynosi 14. A więc jeżeli się i pojawi gdziekolwiek *Crenothrix* to nie będzie się rozrastać przy tak nieznacznej ilości żelaza.

Powtórna analiza wody już obecnie wykazuje zmniejszenie się ilości żelaza. które może pójść jeszcze dalej. Gdyby to nie nastąpiło, to przez usunięcie studzien z wodą żelezistą, lub przez wybudowanie odżelaziacza, bardzo łatwo i bez wielkich kosztów woda będzie zabezpieczoną od tych drobnych zresztą nieprzyjemności, które zupełnie nie są szkodliwe.

Najważniejszym bowiem jest wynik kontroli bakteryologicznej który wskazuje, że nie ma w wodzie dopływów z powierzchni. Chemiczne zanieczyszczenia przesiąkają, jak wiadomo, bardzo głęboko; ale same przez się nie są szkodliwe. Natomiast szkodliwymi byłyby dopływy bezpośrednie, tak pospolite w zwykłych studniach z nieszczelną cembrzyną, jakiemi są studnie domowe, lub jakie są zawsze w wodzie rzecznej, która nawet zapomocą sztucznych piaskowych filtrów miejskich od niektórych bakteryj durowych nie da się zupełnie oczyścić. Tylko wody gruntowe i źródlane, jako pochodzące z głębszych warstw, są wolne od bakteryj. I zwykle po zaprowadzeniu wodociągów gruntowych znajdujemy zmniejszenie się liczby zachorowań na dur brzuszny, oraz na nieżyt narządów trawienia. Teraz zawcześnie na niezbite dowody poprawienia się zdrowotności w mieście, ale po paru latach, gdy liczba domów, połączonych z wodociągiem wzrośnie, będzie to bardzo widoczne, pomimo pojawiających się tu i owdzie nieszkodliwych bakteryj wodnych. których liczba ogólna nie przenosi 20 w l. c.[3] wody wodociągowej, a więc musi być uważana za bardzo nizką.

O. Bujwid.

Kilka słów w sprawie księgozbiorów w poszczególnych zakładach lekarskich Uniwersytetu Jagiellońskiego. Istnieje powszechnie chwalebny zwyczaj autorów rozsyłania kolegom swoich prac naukowych. Profesorowie, asystenci lub pracownicy, czasowo zajęci w zakładach i klinikach uniwersyteckich, posyłają z zasady każdą swoją pracę naukową wszystkim dyrektorom klinik i zakładów, pomijając jednakowoż księgozbiory tych instytucyj

Zastrzegam się, iż znam dokładnie tylko bibliotekę Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniw. Jagiell.; sądzę jednak, że biblioteka ta nie stanowi jakiegoś wyjątku — i że w równej mierze i inne księgozbiory naszych zakładów uniwersyteckich są pomijane przez polskich pisarzy z zakresu medycyny.

Ofiarowywanie prac naukowych dyrektorom zakładów i klinik jest rzeczą grzeczności; natomiast składanie tych prac w darze księgozbiorom lekar. zakładów uniwersyteckich winno być do pewnego stopnia obowiązkiem względem »Almae matris«

Jaki los czeka prace ofiarowane jednostkom? Złożone w księgozbiorze prywatnym, najczęściej z nierozciętemi kartkami wędrują po śmierci właściciela do antykwarni, lub na strych, a czasem tylko do której z bibliotek publicznych. Inny jest los prac przesłanych księgozbiorom zakładów i klinik; nieraz po latach kilkunastu a nawet kilkudziesięciu korzysta z nich nie jeden pracownik na polskiej niwie naukowej.

Dotacye klinik i zakładów są bardzo skromne, nader przeto szczupłą kwotę mogą przeznaczać na zakupno nowych książek i zapisywanie czasopism. Tem można sobie wytłómaczyć dlaczego w księgozbiorach wydziału lekarskiego znachodzą się, jeżeli nie wyłącznie, to przeważnie. dzieła i wydawnictwa peryodyczne niemieckie, francuskie, angielskie nawet, a nie masz prawie polskich; bo albo dyrektorowie posiadają polskie prace naukowe w swoich księgozbiorach prywatnych, albo wychodząc ze słusznego poniekąd założenia, iż ze wszystkich polskich wydawnictw naukowych można korzystać w Bibliotece Jagiellońskiej, nie zakupują ich dla zakładów. Gdydy jakiś cudzoziemiec, zwiedzając kliniki i zakłady naszych wydziałów lekarskich, rzucił okiem na księgozbiory, pomyślałby, iż korzystamy li tylko z obcej nauki; co więcej, mogłoby się zrodzić w jego głowie przypuszczenie, iż sami żadnych prac nie wydajemy. A tymczasem tak nie jest, bo od dziesiątków lat Warszawskie Towarzystwo lekarskie wydaje »Pamiętnik«, zawierający sporo cennych prac i zupełny wykaz naszego piśmiennictwa lekarskiego (prenumerata roczna wynosi tylko 3 ruble!): również Akademia Umiejętności wydaje także prace z zakresu medycyny teoretycznej; wreszcie posiadamy »Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich« i t. d. Zdaje się, że wszystkie prace, umieszczane w rocznikach Akademii Umiejętności i w »Polskiem Archiwum n. b. i l.« wychodzą w odbitkach, jak również niemal wszystkie prace oryginalne, drukowane w czasopismach lekarskich.

Gdybyż autorowie przysyłali księgozbiorom zakładów uniwersyteckich chociaż odbitki swoich prac, to by już te biblioteki zakładów posiadały sporą liczbę polskich publikacyj naukowych.

Czytelnika proszę, by zechciał dobrze mnię zrozumieć. Nie chodzi mi o krytykę dla krytyki. Notatka niniejsza, to niejako prośba do autorów, aby pamiętając o jednostkach, nie zapominali o instytucyach. Jak każdy grosz ofiarowany na cele społeczne stokroć większy pożytek przyniesie, niż darowany jednostce, tak każda książka w księgozbiorze publicznym stokroć większą może oddać usługę, niż w rękach prywatnych.

Dr. Adam Wrzosek, asystent patologii ogóln. i doświad. U. J.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem koledzy: Dr. Gorski, Dr. Dobrowolski, Dr. Piotrowski i Prof. Dr. Rosner demonstrowali i obszerniej omówili nowe przyrządy i preparaty anatomiczne.

(R.). Na posiedzeniu Tow. lekar. lwowskiego d. 7. lutego odbyły. się demonstracye naukowe przez kolegów: prof. Rydygiera, prof prof. Marsa, Łukasiewicza i prof. Gluzińskiego, poczem nastąpił odczyt kol. dra Schneidera: »O wpływie morfiny na czynność chemiczną i ruchową żołądka«.

Na posiedzeniu naukowem d. 21. lutego przedstawiali chorych koledzy: dr. Herman, prof. Ziembicki, prof. Wehr, prof. Łukasiewicz; następnie kol. dr. Herman miał wykład: »O przedoperacyjnem badaniu nerek«.

* Towarzystwo przyjaciół nauk w Poznaniu mianowało członkiem honorowym Dra Tadeusza Browicza, prof. Uniw. Jagiell.

* Na ogólną liczbę 1312 słuchaczów warszawskiego Uniwersytetu przypada 382 studentów medycyny.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień V (od 26—I do 1—II). Ogólna liczba mieszkańców wraz z wojskiem wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 36, urodziło się dzieci 77, zmarło osób 47 — mianowicie: z gruźlicy 25 (3 zamiejscowych), z błonicy 1 (zam.).

W tygodniu VI (2—8—II) zawarto małżeństw 61, urodziło się dzieci 83, umarło osób 45 — mianowicie: z gruźlicy 15 (4 zam.), z zapalenia płuc 5 (1 zam.), z błonicy i dławca 4 (2 zam.), z płonicy 2 (1 zam.), z odry 1, z cholery niemowląt 2.

* Między 4 a 11 lutego zaszło na całym obszarze Galicyi 2 przypadki ospy w powiecie gorlickim Dur osutkowy w tymże czasie stwierdzono w powiatach: bohorodczańskim (1 gmina), brodzkim (1 gm.), buczackim (1 gm.), dąbrowskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), mieleckim (1 gm.), nadworniańskim (8 gmin), rawskim (2 gm.), stanisławowskim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.), żydaczowskim (2 gm.).

Ogólna liczba chorych na dur osutkowy w Galicyi wynosi w tygodniu sprawozdawczym osób 49.

* Nowa instrukcya dla 4 lekarzy dzielnicowych w Gracu przydzieliła każdemu z nich 3 szkoły i 1 ogródek freblowski do nadzoru sanitarnego. Ma to być rzekomo rozwiązanie sprawy lekarzy szkolnych.

* Kongres chirurgów niemieckich odbędzie się w Berlinie od 2 do 5 kwietnia b. r.

* Przed kilku laty grono profesorów wiedeńskich wydało odezwę do młodzieży uniwersyteckiej, przestrzegając ją przed zgubnymi skutkami nadużyć płciowych. Obecnie na tę samą drogę weszło kolegium profesorów wrocławskich, które wzywa słuchaczy uniwersytetu tamtejszego do wstrzemięźliwości pod względem napojów wyskokowych. Rzecz godna uwagi, że pp. profesorowie wzywają tylko do umiarkowania, a nie do zupełnego zaprzestania picia. Taka połowiczość nigdzie do tej pory nie dała wyników pomyślnych.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Kuznieców mian. nadzw. profesorem chirurg. kliniki w Warszawie. Doc. Łysenkow mian. prof. operacyjnej chirurgii i topograf. anatomii; dr. Sapieżko profesorem chirurg. patologii i terapii — obydwaj w Odesie.

Nekrologia. Dr. Maurycy Koellner zmarł w Kole w 91 roku życia. Dr. Chedevergne, prof. klinicz. medycyny, zmarł w Poitiers. Dr. Emil Holub, głośnego imienia podróżnik i uczony, zmarł w 55 r. życia. Dr. Bronisław Wojciechowski, zmarł w Kaliszu, licząc lat 56. Dr. Edward Budzyński, lekarz pow. radomskiego, zmarł, przeżywszy lat 51. Dr. Gustaw Lewandowski, l. 62, zmarł w Warszawie.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 8. Barącz: Pomysł operacyjnego leczenia rwy kulszowej. Goldflam: Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem, wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (Dr. E. Flatau) (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 8. Krokiewicz: Przyczynek do nauki o wściekliźnie u ludzi. Puterman: Wpływ egzaminów szkolnych na układ krwionośny, przyczynek do badań nad ciśnieniem krwi zapomocą tonometru Gaertnera (dok.).

— *Przegląd higieniczny* Nr. 2. Pisek: Czy lwowskie wodociągi spełnią swe zadanie? Aleksandrowicz: Wodociąg lwowski (dok.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 2. Idzikowski: Mały szpital ludowy (dok.). Zienkiewicz: O działalności pomocy lekarskiej wiejskiej w gub. płockiej. Działalność lekarska w obwodzie ciechanowskim (c. d.) Łagowski: Jak leczyć suchoty u ludu wiejskiego Rosenthal: Dwa przypadki tyfusu brzusznego o 2 recydywach.

— *Przegląd dentystyczny* N. 1. Zbořil: Własny sposób przygotowania zębów sztyftowych.

— *Przegląd felczerski* Nr. 4. M: Walka z zakażeniem połogowem (dok.). Cetnarowicz: Organ wzroku a ospa (c. d.). S. R.: Aseptyka i antyseptyka (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 8 Procházka: O následcích martwice.

— *La Presse médicale* Nr. 14. Bar: Sprawa położnicza. Czy wrazie zniekształtnienia miednicy może dziś lekarz bez obarczenia swej odpowiedzialności moralnej wywołać poród przedwczesny? lub wykonać embryotomię na dziecku żyjącem? — Nr. 15. Sprawa wyłysienia *(pelade)*.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 7. König: Pokrycie ubytków w skrzydłach nosowych. Scheuer: Kazuistyczne przyczynki do chirurgii dróg żółciowych Reichard: Odzyskanie funkcyi przez przeszczepienie ścięgien. Baumgärtner: Chirurgiczne usuwanie paznogci. Binder: Uwagi nad kamicą żółciową w praktyce lekarskiej. Milbrat: Pęknięcie kości ramieniowej wskutek skurczu mięśnia.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 7 Hofmann: O bólach podprzeponowych i nerwicach splotu trzewnego. Placzek: Nowa próba płucna. Schönwert: Przypadek ostrego zapalenia szpiku kostnego kręgów. Wenzel: Leczenie stulejki. Müller: Porównawcze badaniad nad krzepnięciem sernika pod wpływem podpuszczki i surowicy mleka. Böttger: Przypadek pierwotnego raka płuc. Sudhoff: Przypadek włożenia skówki pilnika na prącie. Schmidt: Przyczynek do dyetoterapii w chorobach żołądka i kiszek (dok.). Matthes: Statystyczne badania następstw kiły (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 8. Lotheissen: Ropówka okołoprzepuklinowa. Teleky: Przyczynek do mechanicznego i lekarstwianego leczenia bliznowatych zwężeń przełyku. Teweles: Przypadek wola korzenia językowego. Gussenbauer: Badania nad osteoplastyczną trepanacyą czaszki z powodu guzów w mózgu (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 8. Senator: Kolka nerkowa, krwawienia z nerek i zapalenie nerek. Levy i Bruns: Znachodzenie się w kupnej żelatynie zarazków tężca. Rumpf i Guinard: O aglutynacyi prątków gruźliczych i zastosowanie tej aglutynacyi. Krause: Zastąpienie porażonego m. czworogłowego uda zginaczami podudzia (dok.).

Redakcya otrzymała. Mintz: O nadżerkach wybroczynowych żołądka. Krokiewicz: 1) Zur Behandlung der Lungentuberculose mit subcutanen Injectionen von Hetol und Natrium sozojodolicum. 2) Tosamo po polsku. Wobr: Der Kurort »Lussinpiccolo als klimatische Winterstation. Orłowski W.: 1) Ein Beitrag zur Frage über die Blutalcalescenz. 2) K biołogii krowi. 3) Obzor rabot po piszczewaritielnym organam za 1900 god.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 5 marca, o godzinie 6-tej wieczorem, *w auli dawnego gimnazyum św. Anny* (Kolegium Nowodworskie):

I) posiedzenie zwyczajne, z następującym porządkiem dziennym: 1) kol. prof. Bujwid: „Część ogólna: zadania higieny szkolnej"; 2) kol. dr. Jan Landau: „Szkoła a choroby zakaźne".

II. W niedzielę, dnia 9 marca, o godzinie 4-tej po południu, w tejże samej auli, odbędzie się posiedzenie nadzwyczajne, na którem Dr. Eug. Piasecki ze Lwowa wypowie odczyt p. t. „Współczesna gimnastyka wobec fizyologii i higieny" (z demonstracyą ćwiczeń).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 8 Marca 1902. Nr. 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie wydobywania ciał obcych z przełyku zapomocą koszyka Gräfego.

Podał

Prof. Dr. Rudolf Trzebicky.

Utkwienie ciała obcego w gardle (*pharynx*) lub przełyku (*oesophagus*) sprowadza niejednokrotnie cały szereg niebezpieczeństw, które po większej części zależą od fizycznych własności wklinowanego ciała, przedewszystkiem znacznie się zwiększają wtedy, gdy powierzchnia tego ciała jest szorstka, nierówna, a ciało obce posiada ostre brzegi i t. p. Jeżeli się nie uda usunąć ciała obcego przez jamę ustną, lub przez zepchnięcie go do żołądka, to z każdą godziną wzmaga się niebezpieczeństwo przebicia ścian narządu przez wrzód odleżynowy z wszystkiemi dalszemi następstwami, że wspomnę tylko o ropniach na szyi, opuszczających się ku śródpiersiom i wywołujących często ciężkie napady duszności, o ropnem zapaleniu opłucnej i zapaleniu płuc posokowatem, o przebiciu do tchawicy, o krwotokach z nadżartych wielkich tętnic i żył i t. p. Niebezpieczeństwo przebicia przyspiesza niestety nieraz także i lekarz i to nie bardzo rzadko w okresie, w którym jeszcze wcale daleko do samowolnego przebicia. Mam tu na myśli próby wydobycia i nawet udałe wyciągnięcia za pomocą nieodpowiednich przyrządów, jakkolwiek ogólnie jeszcze używanych i zalecanych. W pierwszym rzędzie chodzi tu o ogólnie znany „koszyk Gräfego“, przyrząd, którym już nieraz znaczną szkodę chorym wyrządzono. Na niebezpieczeństwa, połączone z użyciem tego przyrządu, zwraca uwagę Fischer [1]), twierdząc, że „jeśli ciało obce mocno jest wklinowane w koszyku, to nawet przy lekkiem pociągnięciu chory może doznać uczucia duszenia się, a chirurg dziękuje Bogu, gdy mu się uda przyrząd! wydobyć z przełyku. Langenbeck w podobnej sytuacyi męczył się raz przez $^1/_2$ godziny, a Adelmanowi udało się wyjęcie narzędzia dopiero na trzeci dzień. Także Schmidt nie mógł tego przyrządu wyciągnąć; chory jego miał narzędzie przez całą noc w gardle, aż dopiero na drugi dzień usunięto go zapomocą ezofagotomii. Przy usiłowaniu wydobycia kamienia urwał się raz koszyk; musiano go usunąć drogą ezofagotomii wraz z kamieniem“. J. Weinlechnerowi utkwił raz koszyk, wprowadzony w celu wydobycia połkniętego i uwięzłego żebra z wieprza, w gardle tak, że dopiero przez ezofagotomię udało się go usunąć. Podobny nieprzyjemny przypadek przydarzył się Felizetowi; tu jednakże obeszło się szczęśliwie bez ezofagotomii. Znane są zresztą także przypadki, w których wolny brzeg koszyczka zahaczył się na przedniej ścianie przełyku poniżej chrząstki pierścieniowej i tam spowodował mniej lub więcej głębokie obrażenia błony śluzowej. Największem jest niebezpieczeństwo przy usuwaniu z przełyku zapomocą koszyka silnie wklinowanych kolczastych, ostrych ciał obcych. Wśród tych okoliczności można ciągnąc po ciemku przeciąć ciałem takiem ścianę przełyku jakby nożem z jednej lub z obu stron. Możności tej dowodzi przypadek, którego historyę poniżej podaję, a który tembardziej jest pouczający, że wydobycia koszykiem wykonał według wszelkich zasad sztuki i względnie bardzo łatwo mistrzowską ręką Prof. Pieniążek, którego wprawa i pewność prowadzenia przyrządu jest chyba aż nadto znaną. Historya choroby jest w krótkości następująca:

A. S. lat 53 licząca, nieco przedwcześnie zestarzała kobieta, uczuła 4 XI. 1901 r. podczas jedzenia mięsa, że jakiś twardy przedmiot utkwił jej w »gardle«. Nazajutrz przedstawiła się chora, jako ambulantka, prof. Pieniążkowi, skarżąc się na silne bóle w gardle i na uczucie osłabienia. Prof. Pieniążek wydobył z wielką łatwością zapomocą koszyka kawałek kości na 3 cm. długiej, wązki, na jednym końcu ostro zakończony; drugi koniec 5 mm. szeroki przypominał kształtem swym topór rzeźniczy. Brzegi i krawędzie, jakoteż końce tej kości były nadzwyczaj ostre tak, że można było nią jakby nożem nacinać naskórek na dłoni. Chora nieskarżyła się podczas wyciągania na żadne cierpienia. Dopiero w następnych 2 dniach wzmogły się bóle, istniejące jeszcze przed wydobyciem kości, a równocześnie wystąpiło bardzo silne osłabienie.

Dnia 8/XI. podążyła chora z wielkim trudem do kliniki laryngolorgicznej, zkąd odesłaną została przez prof. Pieniążka po stwierdzeniu groźnego jej stanu na oddział chirurgiczny. Pacyentka okazywała wybitne objawy ciężkiego zakażenia gnilnego: język suchy, tętno słabe, niedające się prawie policzyć, wysoka gorączka, poty i przyćmiona nieco świadomość. Szyja przedstawiała się, zwłaszcza przy oglądaniu z przodu, obrzękłą, jak przy rozlanym wolu. Wzdłuż przedniego brzegu mięśnia mostkosutkoobojczykowego, głównie ze strony prawej i w jego dolnej części, znaczny obrzęk skóry, jakoteż wyraźne trzeszczenie, znikające jednak po pierwszym ucisku. Po lewej stronie trzeszczenia wykazać nie można. Obraz laryngoskopijny przedstawiał obrzęk prawej chrząstki nalewkowej. Na podstawie tego badania przedmiotowego rozpoznałem przebicie gardła lub przełyku z następowem ropnem zapaleniem tkanki łącznej na szyi i przystąpiłem natychmiast przy łaskawej asystencyi prof. Pieniążka po uśpieniu chloroformowem pacyentki do operacyi. Cięcie skórne wzdłuż przedniego brzegu prawego mięśnia mostkosutkoobojczykowego od chrząstki tarczykowej do mostka. Tkanka łączna podskórna była nieco obrzękła; po odsłonięciu przedniego brzegu mięśnia i odsunięciu go hakiem na zewnątrz, całe pole operacyjne zakrywał powiększony, ciastowaty, miejscami szarą wypociną włóknikową pokryty gruczoł tarczykowy. Dopiero gdy go odpreparowano i przeciągnięto hakiem ku linii środkowej, a wielkie naczynia zaś ku zewnątrz, ukazała się w głębi w szczelinie między naczyniami, kręgosłupem a przełykiem znaczna ilość cuchnącej, pienistej ropy. Podobnie postąpiłem i po drugiej stronie, nie natrafiwszy jednak tutaj nic nieprawidłowego, prócz miernego obrzęku podskórnego, który

[1]) Die Oesophagotomie bei Fremdkörpern. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie T. 25).

można było tłómaczyć, jako obrzęk poboczny. Przypuszczałem tedy tylko skaleczenie przełyku po stronie prawej; późniejszy przebieg wykazał jednak, żem się omylił. Rany wytamponowałem gazą jodoformową, zwłaszcza także i przestrzeń pozaprzełykową, o ile skutkiem ropienia była odpreparowaną, poleciłem odżywiać chorą zgłębnikiem i ułożyć ją poziomo. Nadmienić muszę, że pod koniec operacyi pacyentka przestała oddychać; sztuczne oddychanie, wykonywane przez 2—3 minut, przywróciło ją do życia. Ciepłota wieczorna 37·6 C.

Dnia 9/XI. rano C. 37·8. Zmiana opatrunku. Gazę jodoformową usunięto i zastąpiono świeżą. Rana była zupełnie sucha, pokryta szarymi nalotami. Ciepłota wieczorna 37·4. Nazajutrz przy zmianie opatrunku zauważono szerzenie się ropnego nacieku w przestrzeni pozaprzełykowej i z powodu tego wytamponowano ją ściśle gazą jodoformową w całej jej części szyjnej.

Dnia 11./XI. Chora nie zgadza się na dalsze sondowanie połyku w celu jej odżywiania, jako nadzwyczaj przykre. Podczas zmiany opatrunku poleciłem pacyentce na próbę połknąć nieco mleka przez usta, przekonałem się jednak niestety, że mleko wypływało po obu stronach z przełyku, a mianowicie z prawej strony otworem mniejszym, z lewej otworem wprawdzie większym, ale o wiele słabszym strumieniem, ponieważ otwór znajdował się cokolwiek więcej ku tyłowi i w znacznej części był zakryty kręgosłupem. Postanowiłem tedy przez ostatni ten otwór wprowadzić sączek grubości palca aż prawie do żołądka i tą drogą pacyentkę dalej odżywiać. Całą ranę wytamporowano możliwie jak najdokładniej gazą jodoformową.

Do 16./XI. utrzymywała się ciepłota w granicach prawidłowych; dopiero tego dnia wieczorem doszła do 38·7. Przy zmianie opatrunku stwierdzono opuszczenie się ropy prawie na 2 ctm. do przedniego śródpiersia po stronie prawej, natomiast nieznaleziono nigdzie ropy mimo skrzętnego poszukiwania, ani w przestrzeni pozaprzełykowej, ani w śródpiersiu tylnem. Do przedniego śródpiersia wprowadzono przez ranę gruby sączek i wlano mięszankę jodoformową. To samo powtarzano i w dniach następnych i za każdym razem śledzono pilnie, ale bez skutku, czy się ropa w innem miejscu w głąb nie opuszcza. Wśród zwiększającego się osłabienia i miernej ciągle gorączki dnia 19./XI. nastąpiła śmierć.

Sekcya wykonana w zakładzie anatomo patologicznym wykazała galaretowaty naciek tkanki łącznej pozaprzełykowej, względnie przedkręgowej w śródpiersiu, jakoteż złogi włóknikowo-ropne na bocznych ścianach przełyku, przechodzące i na osierdzie. W obu workach opłucnowych również nieco cieczy ropnej. Przełyk był skaleczony w 2 miejscach, a mianowicie nieco poniżej chrząstki pierścieniowej znajdowały się z obu stron okrągławe otwory o brzegach pokrytych świeżą ziarniną, prawy wielkości halerza, lewy nieco wiekszy, prawdopodobnie rozszerzony przez sączek. Gruczoł tarczykowy był bardzo mały, lubo podczas operacyi z powodu swej wielkości zakrywał niemal całe pole operacyjne.

Opisane zranienia powstały bez wątpienia przy wydobywaniu kości, ułożonej prawdopodobnie poprzecznie w przełyku, za czem przemawiają przedewszystktem ostre brzegi kości, jakotez obustronne zranienie.

Przypadek nasz należy do owych znanych po części w piśmiennictwie, a prawdopodobnie w większej jeszcze części nieogłoszonych, w których przez użycie koszyka zdrowie chorego na szwank narażono. Narzędzia tego należy jedynie wtedy używać, gdy się wie z wywiadów, że pacyent połknął ciało gładkie, nie kolczaste, jeśli nie długi okres czasu upłynął od chwili nieszczęsnego zdarzenia i jeśli wogóle niema objawów grożącego przebicia. Manipulacya tym przyrządem odbywa się zupełnie na oślep, a działalność lekarza podczas tego zależy w zupełności od przypadku. Co innego byłoby, gdyby się miało należyte wyobrażenie o położeniu ciała obcego zapomocą roentgenoskopii, jak to proponują Hochenegg[2]) i Schüller[3]). W takim razie możnaby przyrządem kierować do pewnego stopnia i to świadomie, zwłaszcza gdyby się wykonywało wyjęcie ciała obcego, jak to Hochenegg na podstawie całego szeregu pomysłowych doświadczeń poleca, podczas prześwietlania chorego. W czasie swych badań i prób mógł Hochenegg na ekranie zawsze wprost wyszukać ciało obce i równocześnie zupełnie dokładnie śledzić ruch metalowego koszyka i widzieć, czy doszedł do ciała obcego i dobrze takowe objął, czy przy pociąganiu koszykiem ciało obce również się porusza i t. p. Ale nawet ten zawikłany sposób postępowania nie jest w stanie zastąpić wyciągnięcia, odbywającego się pod bezpośrednią kontrolą wzroku, względnie dotyku, nie mówiąc już o tem, że nie wszędzie można go wykonać i że nadaje się tylko do świeżych przypadków, w których jeszcze brak odleżyny w ścianie przełyku. Pierwszeństwo pomiędzy wszystkimi sposobami wydobycia ciał obcych należy się bezsprzecznie ezofagoskopii wydoskonalonej głównie przez Hackera. Niestety, nie zawsze się można uciec do tego sposobu, gdyż wymaga on szczególnej wprawy. Pozostaje tedy dla większej liczby przypadków albo wyciągnięcie kleszczami pod bezpośrednią kontrolą palca, jeśli ciało obce utkwiło wysoko w górze, albo też ezofagotomia. Wskazania do tej operacyi, oznaczone przez Fischera[4]) w r. 1887, utrzymały się i po dziś dzień w pełni swego znaczenia, oczywiście z uwzględnieniem esofagoskopii i roentgenoskopii w odpowiednich przypadkach Fischer stawia następujące zasady dla interwencyi chirurgicznej:

a) Świeżo połknięte ciało obce należy po użyciu metod bezkrwawych usunąć przed końcem drugiego dnia zapomocą esofagotomii. W razie obawy uduszenia należy natychmiast wykonać tracheotomię.

b) Jeśli od połknięcia ciała obcego upłynęło kilka dni, należy po jednorazowem bezskutecznem zastosowaniu metod bezkrwawych, natychmiast przystąpić do ezofagotomii.

c) Jeśli wszelkie próby wyciągnięcia albo zepchnięcia ciała obcego, już z powodu natury jego są niebezpieczne, powinno się natychmiast operować.

d) Jeśli istnieje naciek na szyi, albo już pokazało się krwawienie z jamy ustnej, natychmiastowa ezofagotomia jest wskazaną.

Równocześnie też udowodnił Fischer na podstawie dokładnej statystyki wszystkich znanych przypadków esofagotomii przy ciałach obcych, „że niebezpieczeństwo przy tej operacyi jest bardzo małe i że jako zranienie nie może ona wchodzić wcale pod uwagę“. W każdym razie mniejszą szkodę ponosi chory przez poddanie się ezofagotomii według zasad sztuki, aniżeli często przez zupełnie umiejętne manipulacye koszykiem. Przypadki, w których wśród esofagotomii potrzebneby były szczególnie ciężkie komplikujące zabiegi, jak w przypadku Forguesa[5]), w którym musiano odsłonić przełyk w śródpiersiu przez wycięcie 4, 5 i 6 żebra należą na szczęście do rzadkości.

Chciałbym jeszcze w krótkości wspomnieć o zapaleniu tkanki łącznej w śródpiersiu, stwierdzonem w naszym przypadku przy sekcyi. Jest ono niestety aż nadto częstem powikłaniem przebicia przełyku. Ropienie w śródpiersiu przedniem rozpoznaliśmy zresztą już za życia chorej, przeoczyliśmy jednak je w śródpiersiu tylnem, mimo żeśmy ciągle o tej

[2]) Chirurgisch casuistische Mittheilungen. (Wien. klin. Wochenschrift 1896 Nr. 51).

[3]) Extraction eines Knochenstückes aus der Speiseröhre. (Berl. klin. Woch. 1897 Nr. 13).

[4]) Die Oesophagotomie bei Fremdkörpern. Nachtrag. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie T. 27).

[5]) Centralblatt für Chir. 1899. str. 459

możliwości myśleli. Liczba skutecznie operowanych ropni w śródpiersiu jest zresztą, jak już z dokładnego zestawienia Hackera [6]) wynika, dotychczas bardzo mała, a w naszym przypadku wobec braku ograniczonego ropnia, a natomiast istnienia rozlanego nacieku galaretowatego, nawet w razie należytego rozpoznania chyba że nie było podstawy do nadziei pomyślnego wyniku po jakimkolwiek dalszym zabiegu operacyjnym. Przypadek nasz zdaje się należeć raczej do grupy tych posokowatych, postępujących okołoprzełykowych zapaleń, w których niema prawie żadnej nadziei wyleczenia.

* * *

II. Uwagi nad wydobywaniem ciał obcych z przełyku.

Podał

Prof. Dr. Pieniążek.

Artykuł prof. Trzebickyego „W sprawie wydobywania ciał obcych z przełyku *(oesophagus)* zapomocą koszyka Graefego", oparty na przypadku, w którym ja koszyczkiem kość wydobyłem, a w następstwie ropienie w tkance okołoprzełykowej powstało, powoduje mnie do podania tych kilku uwag; sądzę, że wzajemna wymiana zapatrywań przyczynić się tylko może do ustalenia wskazań dla różnych zabiegów, podejmowanych w celu wydobycia ciał obcych z przełyku. Prof. Trzebicky podniósł niebezpieczeństwo uwięźnięcia ciał obcych w przełyku, a zarazem i niebezpieczeństwo, towarzyszące użyciu koszyczka w celu ich wydobycia. Właściwie nie czyni on zarzutu samemu narzędziu, ale wogóle zabiegom, podejmowanym przy ciałach obcych w przełyku bez kontroli wzroku. Słuszność tych uwag każdy przyznać musi; ja z mej strony dodam tylko, że każdy sposób wydobywania ciał obcych z przełyku połączony jest z pewnem niebezpieczeństwem, a zarazem, że na karb wykonanego zabiegu spadać czasem mogą zranienia, które już poprzednio skutkiem utknięcia ciała obcego w przełyku powstały. Pamiętną mi jest z moich czasów studenckich kobieta, która na schodach kliniki wewnętrznej w Krakowie nieżywą znaleziono, a u której sekcya wykazała przebicie aorty przez ostrą kość, tkwiącą w tylnej ścianie przełyku Gdyby ta kobieta była przyszła do kliniki cokolwiek wcześniej, przebicie aorty byłoby pewnie nastąpiło podczas zabiegów, podjętych w celu wyciągnięcia kości i im tylko zostałoby przypisane. Wspomina też i prof. Trzebicky, że ciała obce łatwo sprowadzają odleżyny i przebicie ścian przełyku, skutkiem czego powstają rozlane ropne i posokowate zapalenia w śródpiersiu tylnem; ja tu podniosę jeszcze, że ciało obce o ostrych brzegach, utkwiwszy w przełyku, ściany jego wprost przebić może. Łatwiej jeszcze, niż w przełyku przebicie nastąpić może w zakrtaniowej części gardła, którego zdziergacze kurcząc się, ściskają ciało obce przy każdym ruchu połykowym; najłatwiej nastąpi ono na dolnej granicy, gdzie gardło, przechodząc w przełyk, się zwęża. Przez otwór powstały w tem miejscu dostać się mogą łatwiej jeszcze poza ściany gardła cząstki wydzieliny jamy ustnej i płynów połykanych, niż przez otwór w przełyku, skurcz bowiem zdziergaczy powstałą szczelinę rozszerza, a płyny w nią wtłacza. Ztąd tu powstają tem łatwiej ropne lub posokowate zapalenia, które w wiotkiej tkance okołoprzełykowej łatwo się rozszerzają, obejmując wkrótce całe tylne śródpiersie. Jeszcze łatwiej nastąpić to może po wypadnięciu, lub usunięciu ciała obcego, wtedy bowiem otwór wcale już nie jest zatkany. W jednym z moich przypadków, w którym śmierć w siedm dni po udławieniu się ciałem obcem nastąpiła, znaleziono przy sekcyi na dolnej granicy gardła po stronie prawej podłużną szczelinę w ścianie, długą na dwa centymetry, zapalenie posokowate rozlane w całem tylnem śródpiersiu i obustronne zapalenie opłucnej; ciała obcego zaś wcale nie znaleziono. O zapalenie śródpiersia możnaby tu obwiniać zabiegi, podjęte w celu usunięcia ciała obcego; chory jednak zjawił się w szpitalu dopiero w sześć dni po udławieniu się, a więc dzień przed śmiercią, a zapalenie rozlane śródpiersia z obfitą posokowatą zielonawo-czarną wypociną około całego przełyku nie mogło tak szybko powstać, lecz musiało się przynajmniej dni kilka przedtem już wytwarzać. W tem samem miejscu nastąpiło przebicie i w naszym przypadku i to przez oba ostre końce kości po obu stronach gardła. Oba otwory znajdowały się, jak to przy operacyi dokładnie stwierdzić było można, za chrząstką obrączkową, a więc w obrębie dolnego zdziergacza gardła. Mnie się wydaje prawdopodobnem, że przebicie to powstało samoistnie pod wpływem skurczu zdziergaczy, gdy kość się dostała w położeniu poprzecznem do zakrtaniowej części gardła. Być może, że przy pociągnięciu koszyczkiem jeden lub oba końce kości rozcięły więcej jeszcze ściany przełyku, w które już były wbite; nie sądzę jednak, by samo przebicie ścian dopiero pod wpływem koszyczka nastąpiło; nie umiałbym bowiem sobie wytłómaczyć, jakim sposobem powstało po obu stronach. Po wyciągnięciu kości, które lekko poszło, nie było krwawienia, a chora czuła ulgę i chciała odjechać do domu. Wobec jednak tego, że kość była bardzo ostra, a po jej wyciągnięciu bolesność na szyi po obu stronach krtani przecież nie ustąpiła, zatrzymałem chorą i poleciłem jej przedstawić mi się na drugi dzień. Bolesność utrzymywała się dnia następnego, a wystąpiła jeszcze silniej w trzecim dniu; nie mogłem jednak na szyi, ani też zapomocą zwierciadełka, stwierdzić sprawy zapalnej okołogardłowej. Podejrzywając ją jednak, kazałem chorej przyjść dnia następnego do szpitala, a wtedy stwierdziłem dopiero obrzmienie na szyi z trzeszczeniem po stronie prawej, oraz małe obrzmienie prawej chrząstki nalewkowej. Dodać muszę, że chora, która jeszcze przed wyciągnięciem kości wydawała mi się trochę osłabioną (co brałem na karb nie jedzenia przez cały dzień u osoby przedwcześnie zestarzałej), w dwa dni potem przedstawiała osłabienie wybitniejsze, a w trzy dni, t. j przed operacyą, nawet bardzo znaczne. Na podstawie tego, co podałem, sądzę, że użycie każdego innego narzędzia byłoby połączone z temi samemi następstwami, a jedynie wcześniej, choćby o dzień jeden, zrobiona ezofagotomia mogła chorą uchronić od szerzenia się zapalenia w tkance okołogardłowej i okołoprzełykowej. Nie mogłem jednak mimo starannego badania w tym kierunku nawet dnia poprzedniego nic wybadać, coby mi dawało wskazówkę, że zapalenie w tkance okołogardłowej się rozwija; sama zaś bolesność nie wydawała mi się jeszcze na to wystarczającą.

Co do samego koszyczka, sądzę, że jest on, jak na narzędzie, mające działać na ślepo, dobrze obmyślany; konieczny jego kształt zwykle pozwala go wsunąć pod ciało

[6]) Zur operativen Behandlung der perioesophagealen u. mediastinalen Phlegmone. Verhandl. d. Ges. f. Ch. 30. Congress.

obce i podważywszy je rzegiem, wyciągnąć; dotyczy to znacznej większości przypadków, w których się ciało obce o ściany przełyku opiera, lecz ich nie przebiło. Może wprawdzie koszyczek zahaczyć o dolny brzeg więcej ku tyłowi wystającej płyty chrząstki obrączkowej; są to jednak przypadki bardzo rzadkie, a przy odpowiednim kształcie koszyczka nie łatwo większe zranienie nastąpić tu może. W razie tak silnego zaklinowania ciała obcego, że go wyruszyć nie można bez użycia nadmiernej siły, a zahaczony koszyczek sam wydobyć się nie da, przystąpić należy do rozcięcia przełyku, które przez obecność koszyczka nie będzie więcej utrudnione, a z powodu silnego zaklinowania ciała obcego i tak jest konieczne; wreszcie i te przypadki zdarzają się wyjątkowo tylko; właściwe niebezpieczeństwo użycia koszyczka zachodzi tylko przy ciałach tak ostrych, że przy wyjmowaniu ich ściany przełyku lub gardła rozcięte być mogą. Ciała obce kończyste, ale na brzegach nie ostre, jakiemi są ości rybie, lub kości długie z drobiu, wbite jednym końcem w ścianę przełyku, łatwo wejść mogą w okienko przy górnym brzegu koszyczka i nie pozwalają wtedy na wprowadzenie go głębiej; nie tak łatwo jednak mogą zostać przez sam koszyczek głębiej w tkaninę wepchnięte, jak to się przy użyciu gąbek lub zgłębników wydarzyć może, ale przeciwnie za wyciągnięciem koszyczka same zwykle wyciągnięte zostaną. Ciała kończyste nieco szersze o brzegach ostrych, wbiwszy się w ściany przełyku, mogą jednak przy wyciąganiu więcej je jeszcze rozciąć, a nawet i bez tego pozostawiać po sobie otwór do tylnego śródpiersia; ciał więc tego rodzaju nie należy koszyczkiem wyciągać, lecz odrazu przystąpić do ezofagotomii. Do takich ciał należą odłamki nożów, ostre blaszki metalowe, sztuczne zęby, kawałki szkła itp.; czy jednak i kości, które przedstawiają najczęstsze ciała obce w przełyku, także do takich ciał zaliczyć należy, to trudno rozstrzygnąć, kształt ich bowiem może być bardzo rozmaity, a mimo opowiadań chorych nie da się z góry przewidzieć; tu dawać może wskazówkę tylko doświadczenie. Ja w ciągu 23 lat lat mojej praktyki w Krakowie wyciągam co roku po kilka ciał obcych z przełyku, a pomiędzy niemi już kilkadziesiąt kości wydobyłem. Wiele z nich było kończystych, ale tak ostrych na brzegach, jak w opisanym przez prof. Trzebickyego przypadku, nie pamiętam; jest to też jedyny przypadek w mojej praktyce, w którym po wydobyciu ciała obcego ropienie okołoprzełykowe nastąpiło. Chora umarła po moich zabiegach, być może, że skutkiem tych zabiegów, na zapalenie śródpiersia; nie chcę jej uważać za przypadek jedyny, albowiem gdyby chory, na początku wspomniany, zjawił się był u mnie wcześniej, musiałbym i u niego zapalenie śródpiersia przypisać tylko moim zabiegom, a byłoby ono wobec wielkości otworu na dolnej granicy gardła niewątpliwie powstało nawet po wczesnem wyciągnięciu kości, a wtedy liczyłbym dwa przypadki zapalenia śródpiersia po moich zabiegach, na kilkadziesiąt przypadków szczęśliwego wydobycia kości z przełyku. Tutaj zapytam, czy gdybym wszystkich tych chorych był nakłonił do ezofagotomii, nie byłoby z pomiędzy nich zmarło więcej skutkiem samej operacyi. Jeżeli Fischer na podstawie statystyki uważa niebezpieczeństwo przy ezofagotomii za bardzo małe, to jednak sądzę, że jest ono większem, niż przy wyciąganiu kości z przełyku koszyczkiem wogóle; inną bowiem miarą musi się oceniać wyniki większych zabiegów krwawych, a inną zabiegi, które się zwykle na chorych przychodnich odbywa. Przypadek śmierci w tych ostatnich robi wielkie wrażenie, gdy w pierwszych przypadki te liczą się jako odsetek śmiertelności przy zabiegu, który może się nawet bardzo małym wydawać. A przytem przypadki szczęśliwego wydobycia ciał obcych z przełyku na drodze bezkrwawej są tak liczne, że nie budzą interesu i dlatego ich się zwykle nie ogłasza, nieszczęśliwe zaś przypadki są ważne i dlatego wie się o nich więcej. Na odwrót chętnie ogłasza się szczęśliwe wyniki ezofagotomii przy ciałach obcych w przełyku, ale czy każdy równie skwapliwie donosi także o wynikach nieszczęśliwych? Sam Fischer wreszcie zaleca w zwykłych przypadkach ezofagotomię dopiero w razie nie udania się zabiegów bezkrwawych; odrazu zaś do niej przystąpić radzi tam tylko, gdzie krwawienie dowodzi głębszego zranienia, a obrzmienie na szyi wskazuje na ropienie w tkance okołoprzełykowej, albo gdzie z powodu natury ciała obcego zabiegi bezkrwawe z góry za niebezpieczne uważać należy. Jak już wyżej podniosłem, na podstawie własnego doświadczenia nie mogę do tego rodzaju ciał zaliczyć kości wogóle, przyznaję tylko, że w rzadkich przypadkach może i wydobywanie kości z przełyku koszyczkiem być niebezpieczne. Nie wyżej od koszyczka stoją pod tym względem inne narzędzia, służące do wydobywania ciał obcych z przełyku, jak haczyk Kürbissona, „chwytacz ości“ *(Grätenfänger)* Fergussona, szczypczyki przełykowe giętkie, odgięte szczypczyki krtaniowe Schröttera, (których czasem u dzieci w przełyku używam) itp.; wszystkie te narzędzia, używane na ślepo, przedstawiają w danych warunkach takie samo niebezpieczeństwo zranienia przełyku ciałem obcem, jak koszyczek.

Nasuwa się jeszcze pytanie, czy nie jest bezpieczniej wydobywać ciała obce z przełyku na drodze bezkrwawej przy pomocy ezofagoskopii? Ezofagoskop, wprowadzony do przełyku, pozwala istotnie widzieć ciało obce i pod kontrolą wzroku uchwycić; wprowadzenie jego jednak połączone jest z pewnemi trudnościami z powodu, iż stanowi on rurę prostą, przy wprowadzeniu której chory bardzo znacznie w tył musi być wygięty. Ciała obce jednak, leżące poprzecznie w zakrtaniowej części gardła, łatwo przy wprowadzaniu ezofagoskopu mogą zostać zepchnięte ku dołowi, a przez to w danym razie ostrymi brzegami rozciąć tem łatwiej zwężające się na swej granicy gardło. Tak więc i ezofagoskopia nie jest zupełnie wolna od niebezpieczeństwa wobec ostrych ciał obcych w dole gardła, może ona jednak u chorych dość spokojnych i cierpliwych oddać prawdziwe usługi przy ciałach obcych w przełyku. Roentgenoskopia pozwala widzieć dokładnie cień ciał metalowych, niełatwo jednak przez nią uwidocznić cienką kostkę, leżącą przy samym prawie kręgosłupie. O ile łatwo da się ciało obce przy roentgenoskopii uchwycić, tego ocenić nie umiem; sądzę jednak, że i w tym razie niebezpieczeństwo, towarzyszące wydobyciu ostrych ciał obcych, pozostałoby to samo.

Jak z powyższego wynika, żadna z metod wydobywania ciał obcych z przełyku nie jest zupełnie wolną od niebezpieczeństwa; należy zatem tę wybierać, która w danym przypadku najprostszą się wydaje, o ile nic nie wskazuje na występujące przy jej użyciu niebezpieczeństwo. Że w tem można się pomylić, to nie ulega wątpliwości; chodzi jednak o to, by dla uniknięcia rzadkiej pomyłki nie narażać cho-

rego na cięższy zabieg operacyjny, który sam przez się jeszcze więcej może być niebezpieczny. Wobec rozmaitości i nie dającego się często z góry oznaczyć kształtu ciała obcego, wybór metody jest tu trudny i nie da się w szczególnym przypadku zawsze stanowczo oznaczyć; czasem przyjdzie żałować, że się chorego odrazu do eozfagotomii nie nakłoniło, a nieraz może się przy ezofagotomii okazać, że była ona zupełnie zbyteczna, gdyż ciało obce na drodze bezkrwawej byłoby się z łatwością dało usunąć.

III. Z kliniki lekarskiej prof. dra Gluzińskiego we Lwowie.

O stosowaniu leczniczem żelatyny w krwotokach i tętniakach.

Podał
Dr. Henryk Berger
c. i k. lekarz pułkowy.

Próby stosowania żelatyny, jako środka tamującego krew, rozpoczęte w r. 1896 przez Carnota, zachęciły niebawem badaczy, jak Sidneya, Gandiera i Freudenthala do dalszych doświadczeń. Sprawa ta jednak wstąpiła na właściwą drogę dopiero w rok potem, gdy Lancereaux ogłosił zasady postępowania przy tętniakach, oparte na doświadczeniach Dastrego i Floresca. Praca ta dała początek całemu szeregowi prób, nie ustających do dnia dzisiejszego.

Punktem wyjścia w tem stosowaniu żelatyny jest twierdzenie, że jest ona środkiem *sui generis* tamującym krew, a to przekonanie i nadzieja, że się znalazło nowy, dla ustrojów nieszkodliwy środek tamujący krew i wytwarzający skrzepy, były bodźcem do coraz to nowszych doświadczeń stosowania żelatyny w różnych krwotokach. Zanim przedstawię zasady jej działania, opisać muszę pokrótce sposoby przygotowania żelatyny, rozcieńczanie jej w ilości potrzebnej do wstrzyknięcia i samego aktu wstrzykiwania.

Sposoby stosowania mamy trzy:

1) Zewnętrznie w razie krwawienia z dostępnych jam.

2) Podawanie wewnątrz przez usta i

3) Wstrzykiwania, dające się użyć w każdym przypadku, specyalnie jednak mające zastosowanie przy tętniakach.

Co się tyczy zastosowania zewnętrznego, to dotychczas najczęściej używaną była żelatyna w uporczywych krwotokach nosowych. Używaliśmy w tym celu 10% ciepłego, wyjałowionego roczczynu, który wlewaliśmy do nosa zapomocą czółenka nosowego, irygatora, lub strzykawki Webera, lub też napajaliśmy tym rozczynem kawałki gazy, przeznaczone do tamponady.

Przez usta podaje się żelatynę w postaci galarety, do której dla smaku dodajemy trochę soku cytrynowego. Żelatynę opłókaną w zimnej wodzie zagotowuje się, a oziębiwszy podaje się choremu łyżeczkami, albo też można domięszać ją do kakao i w stanie płynnym, ciepłą (jak to robiłem u jednej chorej) podać do picia. Smak jej jest wcale znośny: wstrętu u chorych nie spotkałem.

Wstrzykiwania można robić jakąkolwiek 50-cio lub 100-gramową wyjałowioną strzykawką.

Przyrząd używany pierwotnie przez Lanceraux a składał się z balonowatej flaszki, opatrzonej korkiem o 2 otworach: przez jeden otwór wchodzi sięgająca aż do dna naczynia szklana rurka, będąca zapomocą cewnika w połączeniu z igłą, przez drugi wchodzi nieco tylko inna rurka, połączona z gumowym balonem. Grunow[1]) w swojej najnowszej pracy opisuje przez siebie sporządzony przyrząd, któremu przyznaje wielkie zalety aseptyki. Przyrząd ten składa się z flaszki napełnionej wyjałowioną żelatyną; w związku z flaszką jest sączek bakteryologiczny.

[1]) Berliner klin Wochenschrift, Nr. 32. 1901.

W naszej klinice używaliśmy wyłącznie 100-gramowej szklanej strzykawki opatrzonej asbestowym tłokiem i igłą długą na 10 ctm., grubą na 2 mm, zupełnie podobną, jakiej używamy przy hipodermoklizie. Zapatrywania Grunowa, jakoby strzykawka ustępowała co do zalet dokładnego odkażenia innym metodom injekcyjnym, nie uważam za uzasadnione ze względu na ogólnie obecnie używany ten sposób przy wstrzykiwaniach surowicy, jakoteż i na podstawie własnego doświadczenia. Miejsca wstrzyknięcia są rozmaite; zasadniczo wybiera się takie, które nie jest narażone na następowy ucisk i gdzie obfity pokład wiotkiej tkanki dozwala wprowadzić większą ilość płynu, jak np. powłoki brzuszne, okolice lędźwiowe, łydki.

Rozumie się, że i samo to miejsce i ręce lekarza muszą być przedtem gruntownie oczyszczone.

Płyn wprowadza się pod małym naciskiem bez następnego mięsienia; miejsce wstrzyknięcia pozostaje zwykle bez odczynu. Wyjątek stanowią pewne stany chorobowe, jak zapalenie nerek lub skłonność do krwawiączki, choć i tu odczyn bywa bardzo nieznaczny. Inaczej się jednak ma rzecz z oddziaływaniem ogólnem. — Tak w wielu już opisanych przypadkach, o których pokrótce wspomnę, jako też i w tych, które sam spostrzegałem, objawy ogólnego oddziaływania są dość żywe. Już w 2—3 godziny po wstrzyknięciu widzimy podnoszenie się ciepłoty wśród dreszczów lub bez nich, dochodzi ona do 40°, a po 24 godzinach zwykle stopniowo spada. Gorączkę tę musimy uważać za taką, którą spostrzegamy przy wchłanianiu przez ustrój rozmaitych ciał; a że po powtórnem wstrzyknięciu bywa zwykle mniejszą, pochodzi to ztąd, że organizm przyzwyczaił się już do obcej istoty. Bole występują prawie stale, nie zawsze jednak z tem samem nasileniem i nie rozpoczynają się w chwili wbicia igły, ale dopiero następowo, w chwili rozpoczynającego się wsysania; dojść one mogą do znacznego stopnia, jak to potwierdzają spostrzeżenia prawie wszystkich autorów, wbrew zapatrywaniom Lancereauxa.

Bóle te różnią się naturalnie od bólu towarzyszącego wbijaniu igły, który bywa tak małym, że rzadko się trafia, aby potrzeba było znieczulać miejsce wstrzyknięcia kokainą, lub stosować metodę Schleicha. Przeciw bólom późniejszym nadają się bardzo dobrze zimne okłady lub roczczyn Burowa — tak, że nie potrzeba używać żadnych narkotyków. Co się tyczy ilości i zgęszczenia rozczynu żelatyny, to nie można tu podać stałych prawideł. Rzadko dotychczas ilość naraz użytej żelatyny przekraczała 200 gr.; wstrzykiwałem najczęściej 100 gr., w jednym przypadku kilka razy po 15—20 grm. na raz; 100—150 grm., najczęściej się używa; Bech wstrzykiwał 200, Futscher nawet 250 grm., Sorgo 100, podczas gdy Geraldini po 15—20 grm. dziennie z przerwą po każdym 5-tym dniu.

Tak samo różne są zdania co do zgęszczenia rozczynu Najwięcej autorów używało 1—2% rozczynu z obawy, aby nie wywołać zbyt szybkiego krzepnięcia, podczas gdy Lancereaux i Frenkel używali 5% rozczynu, a Sorgo w największej ilości przypadków 4%. Liczba wstrzyknięć jest także rozmaitą stosownie do wskazania; największą tam, gdzie idzie, jak np. przy tętniakach, o wywołanie miejscowego skrzepu. Ten brak szczegółowych zasad już nawet co do samej techniki ma swoją przyczynę w tem, że znajdujemy się właśnie w okresie nieukończonych jeszcze doświadczeń, do których i ja moje niewielkie spostrzeżenia dorzucam. Naukowe, wznoszące się nad poziom przypuszczeń uzasadnienie zyskał ten zabieg leczniczy przez doświadczenia Gebelego[2]) na zwierzętach. Opiera się on na doświadczeniach A. Czernego nad gęstnieniem krwi pod wpływem utraty wody i substancyi kleinowatych. Czerny przyszedł do przekonania, że we krwi zwierząt, którym wstrzyknięto istoty kleinowate, rażąco wpada w oczy trudność powstawania skrzepu i to nawet wybitniej, niż przy krzepnięciu krwi po utracie wody. Według jego zapatry-

[2]) München. med. Wochenschr. Nr. 24. 1901.

wań liczba ciałek czerwonych krwi w jednostce objętości zmniejsza się znacznie po wstrzyknięciu istot kleinowatych, a znowu szybko wzrasta po wydzieleniu wstrzykniętego płynu. Do wstrzykiwań używano żelatyny, rozczynu gumy i białka kurzego.

Z tego założenia wychodząc, uzasadnił Gebele w całym szeregu doświadczeń działanie żelatyny na krwawiące zwierzęta i przyszedł do przekonania, że żelatyna, używana w tym samym stosunku co u ludzi, to znaczy 0·6 grm., na 100 grm. zwierzęcia, tamuje krwotoki z drobnych żył, a szybszy skutek okazuje się tylko z podnoszeniem dawki przy wzrastającem krwawieniu. Przy tamowaniu krwotoków z większych żył występowało po wstrzyknięciach żelatyny i po pewnych utratach krwi zatrzymanie, chociaż nie w tym stopniu, co przy krwotoku z żył mniejszych.

Co się tyczy krwi tętniczej, to różnica w ilości staje się widoczną dopiero wtedy, kiedy zwierzę więcej jak $^1/_4$ krwi utraciło. W końcu wypowiada Gebele następujące zdanie: „W miarę zmniejszania się ilości krwi zwierzęcia zdolność krzepnięcia krwi sama przez się wzrasta. Podług wyników badań Spirego i Ellingera, zawisłą jest szybkość krzepnięcia krwi od obecności istot przyspieszających lub wstrzymujących krzepnięcie. Jedną z istot przyspieszających krzepnięcie jest żelatyna, która jednakowoż do działania potrzebuje jeszcze drugiego czynnika, a tym jest utrata krwi“.

Bez silniejszej utraty krwi żelatyna niedostatecznie działa; według Gebelego utrata ta powinna dojść do 5 lub 4 części całej ilości krwi. I tu mamy wyjaśnienie, dlaczego sprawozdania rozmaitych autorów, a nawet same przypadki tychże, przedstawiają taką rozmaitość co do działania żelatyny; M. Wagner[3]) twierdzi, że przy stosowaniu żelatyny w krwotokach płucnych u ludzi z posuniętemi zmianami gruźliczemi, gdy nic nie mogło pomódz, bez wyjątku zaraz po pierwszem wstrzyknięciu następowało zwolnienie krwotoku, a po 4-tem zupełnie ustanie bez nawrotu. Wśród przypadków Wagnera spotykamy protokół sekcyjny, opisujący jamę, zajmującą prawie cały płat górny płuca, a wypełnioną zupełnie silnym skrzepem. Mniej dodatnim był w jego przypadkach skutek przy krwotokach kiszkowych w przebiegu duru, wybitniejszym przy krwawych wymiotach. Charakterystycznem jest, jak podaje, że wszyscy chorzy zgłaszali się do leczenia „już zupełnie skrwawieni“. A. Sorgo[4]) opisuje 2 przypadki krwotoku nosowego, gdzie po tamponadzie i po przepłókaniu żelatyną nie można było osiągnąć żadnego skutku. Szybki skutek okazał się u chorego z następowem krwawieniem po wyjęciu prawej środkowej muszli nosowej.

U 15-letniego chorego z guzem nerki i moczeniem krwawem już po 2 wstrzyknięciach nie mógł Sorgo wykazać krwi pod drobnowidem i podaje, że tu skutek wydaje się być dodatni. W ostatnich czasach ogłosił Grunow[5]) wyniki swoich badań w klinice Quinkego.

Obejmują one liczne przypadki od roku 1899, kiedy zaczęto tam używać żelatyny w krwotokach wewnętrznych. Autor zaleca wstrzykiwać żelatynę we wszystkich ciężkich krwotokach wewnętrznych, przyczem kładzie nacisk na przedłużone wstrzykiwanie żelatyny jeszcze długo po okresie krwawienia. (C. d. n.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich. Zeszyt I. Lwów, 1901.

I. Prof. Dr. J. Prus: **O umiejscowieniu ośrodków ruchowych w korze móżdżku.** Polskie Archiwum nauk biolog. i lekarsk. T. I. Z. 1, Lwów, 1901. Badania doświadczalne nad istotą padaczki korowej zachęciły autora do doświadczeń w celu wykazania, czy przez podrażnienie elektryczne kory móżdżku można wywołać napad padaczkowy. W toku doświadczeń tych pokazało się, że przez podrażnienie różnych miejsc kory móżdżku napady takie wywołać można, a także, że drażnienie tychsamych miejsc kory wśród tychsamych warunków wywoływało raz kurcze tężcowe, to znów kurcze drgawkowe w pewnych grupach mięśni po stronie drażnienia. Szukanie przyczyny tej różnej reakcyi wykazało, że w pobudzeniu kory móżdżku najważniejszą rolę odgrywa kierunek prądu, zależny od ustawienia elektrod.

Przy drażnieniu piramidy robaka występują ruchy tężcowe pewnych grup mięśniowych głowy, karku, grzbietu i mięśni łapy przedniej, jeżeli oba bieguny ułożono poprzecznie do osi ciała i w ten sposób, że biegun dodatni leżał w linii środkowej ciała, a ujemny 2—5 mm. z boku po stronie prawej, względnie lewej. Przy zmianie biegunów w temsamem zresztą położeniu efektu drażnienia nie było. Nie można przypuścić, aby zależało to od biegunów, by tylko biegun ujemny był biegunem drażniącym; dalsze doświadczenia wykazały, że wynik drażnienia jest zależny od kierunku prądu, że podrażnienie występuje tylko wtedy, kiedy prąd ma kierunek od linii środkowej ciała w bok, czyli że biegnie wzdłuż pierścieni robaka. Przy tem ustawieniu elektrod podrażnienie wywołuje skurcze tężcowe w grupach mięśni po stronie drażnienia.

Odmienne wyniki wywoływało drażnienie piramidy robaka prądem zstępującym. Gdy elektrody ustawione były albo w osi ciała, biegun dodatni wyżej niż ujemny, albo też w ten sam sposób, ale z boku, występowały skurcze drgawkowe obustronne albo jednostronne po stronie drażnienia. Kierunek wstępujący prądu żadnych kurczów nie wywoływał. Drgawkowe te skurcze występowały w tychsamych grupach mięśni, co tężcowe przy podrażnieniu wzdłuż pierścieni robaka. Drażnienie innych odcinków robaka wywołuje podobne wyniki w innych grupach mięśniowych i to stale skurcze tężcowe przy użyciu prądu zstępującego wzdłuż pierścieni, drgawkowe — w poprzek pierścieni. Podobnie oddziaływują na drażnienie inne miejsca półkul móżdżku. Na podstawie tych doświadczeń przyjąć musimy, że w korze móżdżku istnieją ośrodki ruchowe, których działanie jest nieco odmienne od działania ośrodków w korze mózgu. Są one w przeciwieństwie do ostatnich ośrodkami mięśni z tejsamej strony ciała, podrażnienie ich wywołuje zawsze skurcz większej grupy mięśni i kierunek prądu drażniącego odgrywa bardzo ważną rolę w podrażnieniu móżdżku. To ostatnie spostrzeżenie wymaga wyjaśnienia; zdaniem autora jest ono w związku ze swoistą anatomiczną budową kory móżdżku, że szukać go należy w szczególnej właściwości komórek Purkinjego, które oddziaływują na prądy płynące w pewnym kierunku. Do ugrupowania anatomicznego komórek odnieść należy także zmienny wynik drażnienia prądami zstępującymi wzdłuż, względnie w poprzek listków móżdżka.

Doc. Dr. Maziarski.

II. Prof. Dr. Henryk Kadyi: **O zastosowaniu aldehydu mrówkowego w zakładzie anatomii opisowej Uniwersytetu lwowskiego.** Pol. Archiwum. T. I. Z. 1, Lwów, 1901. Powstrzymanie rozkładu zwłok i umożliwienie w ten sposób dłużej trwającego preparowania było przedmiotem już dawniejszych usiłowań. Laskowski użył gliceryny karbolowej, Hoyer (sen.) polecał rozczyn wodnika chloralu, którémi to substancyami nastrzykiwano zwłoki. W r. 1893 rozpoczął autor stosować aldehyd mrówkowy (formol), który okazał się bardzo dobrym środkiem przeciwgnilnym tak, że dziś używa autor w zakładzie anatomicznym Uniwersytetu lwowskiego wyłącznie tego środka z najlepszem powodzeniem.

Zwłoki służące do preparowania nastrzykuje się zapomocą zwykłego przyrządu Hegara rozczynem 2,5% aldehydu mrówkowego w ilości 2—3 litrów przez tętnicę szyjną, względnie aortę. Zwłoki w ten sposób nastrzykane trzymają się bardzo długo i okazują wejrzenie i własność narządów takie, jak w zwłokach świeżych. Obok bowiem działania przeciwgnilnego formol działa także stwardniająco na tkanki i narządy, co powoduje, że zachowują one swoje kształty i stosunek wzajemny, jaki istniał w chwili nastrzykania zwłok.

Zwłoki względnie ich części, nastrzykane formaliną ulegają bardzo łatwo po dłuższem leżeniu na powietrzu zasychaniu, co utrudnia dalsze preparowanie; ażeby tego uniknąć, poleca autor wkładać zwłoki, względnie ich części na kilkanaście godzin (przez noc) do 1—2‰ rozczynu formolu; w tym rozczynie można je także przechowywać bardzo długo (przeszło rok), wyglądają one zupełnie, jak w kilka dni po śmierci.

Korzyści, jakie autor osiągnął przez rozległe zastosowanie aldehydu mrówkowego, są bardzo znaczne: usunięcie wszelkiego gnicia i woni cuchnącej w zakładzie anatomicznym, zupełna aseptyka, co chroni przed zakażeniem wskutek skaleczenia się przy preparowaniu, znaczne ułatwienie w preparowaniu, co zachęca słuchaczy do

[3]) Mittheilungen aus den Grenzgeb. B. VI. H. 4. 1900.
[4]) Zeitschrift f. klinische Medicin 1900.
[5]) Berlin. klin. Wochenschrift Nr. 32, 1901.

pracy w prosektoryum, możliwość długiego bardzo utrzymania zwłok w stanie niezepsutym, co znowu jest ważnem ze względu na możliwy brak zwłok. Metoda ta ułatwia znacznie sporządzanie preparatów muzealnych, gdyż po ustaleniu w formolu można je albo wysuszyć, albo też przechowywać w wodnistych płynach przez czas nieograniczony. Obok tego znaczna część w ten sposób ustalonych narządów nadaje się dobrze do sporządzania preparatów mikroskopowych.

Istnieją co prawda pewne niedogodności przy użyciu aldehydu mrówkowego, lecz są one niezbyt wielkie i po części dają się usunąć. Już roztwory od 0.5% działają drażniąco na naskórek rąk, który obumiera, łuszczy się, a nawet pęka; para formolu z preparatów stwardniałych w silniejszych roztworach działa drażniąco na błonę śluzową nosa i spojówek, — to jednak można usunąć przez poprzednie wymycie w wodzie.

Zwłoki nastrzykane przedtem nie nadają się do macerowania kości, również trudno w nich nastrzykać naczynia, zwłaszcza żylne i limfatyczne, wskutek skurczenia się silniejszego ich ścian. Wreszcie pod wpływem formolu występują zmiany w zabarwieniu tkanek, a po dłuższym czasie (po latach) występuje odwapnienie kości, choćby preparaty leżały nawet w bardzo słabych, bo 0,1‰ roztworach.

Obok tego znaczenia nastrzykiwania aldehydem mrówkowym dla celów preparacyjnych ma formol także doniosłe znaczenie dla sporządzania preparatów muzealnych, do czego dotąd używano przeważnie alkoholu. Preparaty ustalone formolem trzymają się bardzo dobrze przez czas długi w wodzie przekroplonej w naczyniach szczelnie zamkniętych. Czasem tworzy się na powierzchni nalot z drobnoustrojów, które dostały się tutaj przez zanieczyszczenie przy wyjmowaniu preparatu, otwarciu naczynia i t. d. Wtedy jednak wystarcza odlać wodę, nalać na dno trochę formolu 40% i w parach jego przez 2—3 dni preparat wyjałowić, następnie zlać formol, wypełnić naczynie czystą wodą i szczelnie zatkać. Jest to aseptyczny sposób przechowywania preparatów anatomicznych, sposób bardzo prosty, a nadewszystko tani. *Docent Dr. Maziarski.*

III. Dr. Alfred Burzyński. **O konserwacyi narządów w naturalnych barwach.** Polskie Archiwum nauk biol. i lekarsk. T. I, Z. 1. Lwów, 1901. W ostatnich latach objawiło się usiłowanie przechowywać preparaty anatomiczne w naturalnych barwach, nietylko ze względów estetycznych, ale co ważniejsze, ze względu łatwiejszego uwydatnienia ich budowy i osiągnięcia przez to większych korzyści dydaktycznych. Ostatnie prace w tym kierunku Melnikow-Razwedenkowa, Joresa i Kaiserlinga podają metody nie zupełnie odpowiadające celowi, dlatego autor na podstawie dłuższych badań, przedstawia metodę, która daje lepsze wyniki. Aby uzyskać konserwacyę narządów w naturalnych barwach, koniecznem jest wszystkie składniki tkanin, a zwłaszcza barwne, ustalić w ten sposób, aby przeprowadzić je w stan nierozpuszczalny, a następnie, aby ustalenie to nie wpływało ujemnie na t. zw. regeneracyę następową barwika zapomocą alkoholu.

Używany dotychczas aldehyd mrówkowy do ustalania nie odpowiadał zadaniu, gdyż nie ustalał i nie przeprowadzał w stan zupełnie nierozpuszczalny ciał białkowatych i składników barwnych tak, że preparaty takie, przechowywane następnie w płynach, wskutek wyługowania traciły barwę. Dłuższe działanie formolu wpływa korzystniej na ustalenie narządów, ale z drugiej strony niszczy wskutek swego silnie odtleniającego działania właśnie tę zdolność regeneracyjną w alkoholu.

Na podstawie całego szeregu prób przyszedł autor do przekonania, że to działanie formolu można uzupełnić acetonem; ustalenie jest dokładniejsze, preparat może pozostać w tym płynie do 8 i 14 dni, nie tracąc zdolności następowej regeneracyi barw. Dodatnio na tę regeneracyę wpływają także niektóre sole, mianowicie azotan sodowy, chlorek sodowy i octan potasowy: odcienie barw są więcej zbliżone do naturalnych.

Ważnym warunkiem jest także nadanie tkaninom pewnego stopnia przejrzystości, przez co otrzymują preparaty wejrzenie, zbliżone do świeżych narządów. Do tego celu okazał się bardzo dobrym dodatek octanu potasowego do alkoholu, w którym odbywa się regeneracya barw i następnie przechowanie preparatów w mięszaninie gliceryny z wodą. Na podstawie rozległych doświadczeń poleca autor następujące postępowanie:

Mięszanina ustalająca składa się z 4% formaldehydu, 5% acetonu, 5% octanu potasowego i 3% chlorku sodowego. Zależnie od wielkości kawałków pozostawać muszą one w płynie od 4—5—8 i więcej dni; jeżeli przedmiot większy, lepiej go poprzednio nastrzykać, ażeby ustalenie otrzymać także w warstwach głębszych, dokąd płyn tylko powoli wnika.

Po ustaleniu preparaty opłokuje się w wodzie, ewentualnie wygładza powierzchnię, ścinając cienką warstewkę i wkłada do 90% alkoholu z dodatkiem 15% octanu potasowego na 4 do 5 dni, ażeby regeneracya była zupełną. Preparaty tak przygotowane przechowuje się następnie albo w wodzie z dodatkiem 25% gliceryny, albo w żelatynie glicerynowej między dwiema płytami szklanemi, albo po odwodnieniu w balsamie kanadyjskim.

Docent Dr. Maziarski.

IV. Dr. Lemberger: **O przyrządzie do badania gazów podczas oddechania u zwierząt.** Polskie archiwum nauk biol i lekarsk. V. I. 1901. Przyrząd opisany w niniejszej pracy zrobiony został przez autora na zasadzie Regnaulta i Reiseta z zastosowaniem odmiennego systemu wentylacyjnego. Przewietrzaczem, znajdującym się wewnątrz przyrządu do oddechania, jest wiatrak, obracany motorkiem elektrycznym, ustawionym na zewnątrz przyrządu. Wiatrak, który może być wprowadzony w dowolnie szybki ruch, obraca się u wejścia leja blaszanego, połączonego ze szklanym przyrządem, przeznaczonym do pochłaniania bezwodnika węglowego, wydechanego przez zwierzę. Wskutek ruchu wiatraka wyciąga on powietrze z przestrzeni do oddechania i przeprowadza go przez przyrząd szklany; powietrze uwolnione w przyrządzie szklanym od CO_2 zostaje wyrzucone u wylotu leja blaszanego napowrót do przyrządu. Siła, czyli zdolność przewietrzania wiatraka, jest bardzo znaczna i da się dowolnie zmniejszać; oznaczenia empiryczne autora wykazały, że wiatrak aspiruje przy największym ruchu 24·3 m^3 powietrza na godzinę, a ponieważ przyrząd autora przeznaczony dla zwierząt ma pojemność 1·2 m^3, przeto powietrze można odświeżać 20 razy na godzinę. Oznaczenia zdolności wentylacyjnej wiatraka wykazały zatem, że w ten sposób można przewietrzać łatwo i przestrzeń znacznie nawet większą, bo 8—24 m^3 posiadającą, z czego znów wynika, że system wentylacyjny wystarczyłby do przyrządu o większych rozmiarach z przeznaczeniem na doświadczenia wymiany gazów z ludźmi. Wstępne doświadczenia, jakie autor wykonał w tym przyrządzie, wykazały, że przyrząd jest dostatecznie szczelny, że aspiracya wystarczająca, że kwas węglowy bywa dokładnie pochłaniany, a w końcu, że zwierzę znosi nawet długogodzinne doświadczenia bez szwanku dla zdrowia. Zwierzę umieszczone jest w klatce zbudowanej w ten sposób, iż pozwala ona na oddzielne chwytanie kału i moczu. Z tego też powodu przyrząd ten posłużyć może z dobrym skutkiem nietylko do doświadczeń nad samą wymianą gazów podczas oddechania, ale również do doświadczeń skombinowanych z badaniem nad wymianą azotu. W końcu należy zwrócić uwagę na jedną jeszcze zaletę przyrządu i to bardzo ważną, mianowicie — że jest przyrządem tanim. *Dr. Ig. L.*

V. Dr. Napoleon Gąsiorowski. **Wpływ działania kokainy, przecięcia nerwu i mechanicznego podrażnienia na budowę ciałek dotykowych Grandryego.** Polskie Arch. T. I, Z. 1. Ciałka dotykowe Grandryego w skórze dzióba kaczki składają się z tarczy nerwowej kształtu owalnej płytki, której obie powierzchnie pokrywają dwie duże komórki; całe ciałko obejmuje torebka łącznotkankowa. Czy komórki te dotykowe są tylko pokrywowemi, czy też istnieje jaki związek czynnościowy między niemi a tarczą nerwową, na to mogą nam dać odpowiedź tylko badania doświadczalne i porównywanie obrazów komórek pod wpływem czynników, wywołujących wzmożenie lub zniesienie czynności zmysłu dotyku. Tą kwestyą zajął się w swej pracy autor, a wybierając do badań ciałka dotykowe Grandryego, charakteryzujące się dużemi komórkami dotykowemi, mógł łatwiej prześledzić wszelkie występujące w nich zmiany. Badał zaś je po przecięciu nerwu zaopatrującego ciałka, po zadziałaniu na nie roztworu kokainy, wreszcie po mechanicznem drażnieniu.

Po wycięciu kawałeczka nerwu z drugiej gałązki nerwu trójdzielnego występują rzadziej po upływie dwóch dni, o wiele częściej po czterech dniach zmiany przedewszystkiem w tarczy nerwowej, objawiające się ziarnistym jej rozpadem: komórki dotykowe wyraźnych zmian nie okazują. Później tarcza nerwowa kurczy się, zbija się w bryłę gruboziarnistą, przylegającą zwykle do jednej z komórek. W komórkach występują również pewne objawy zwyrodnienia, oczka siatki protoplasmatycznej stają się większe, beleczki znacznie grubsze, komórka zmniejsza znacznie swoje wymiary. Po sześciu dniach tarcza nerwowa znika, w jej miejscu powstaje przestrzeń wolna: komórki dotykowe jeszcze bardziej się zmieniają, znacznie się kurczą, odstają od torebki, wśród ich protoplazmy powstają grube ziarna, jądro okazuje chromatolizę. Widać więc tutaj pewną zależność między zmianami w tarczy nerwowej, a w komórkach dotykowych.

Kokaina w roztworze izoosmotycznym 10 i 20%, wprowadzona drogą wstrzykiwania śródmiąższowego albo przez pędzlowanie względnie nakraplanie, wywołuje wyraźne znieczulenie skóry dzióba, a badanie mikroskopowe wykazuje kurczenie się i zbijanie

cytoplazmy w grube ziarna silniej się barwiące, w końcu zaś zniekształtnienie całej komórki. Im silniejsze było zgęszczenie rozczynu kokainy, tem zmiany wybitniejsze. Zmiany te według autora nie są wynikiem jakiegoś mechanicznego urazu; o tem świadczy zupełnie prawidłowe zachowanie się ciałek po stronie przeciwnej dzióba, gdzie zadziałano w ten sam sposób, ale tylko rozczynem fizyologicznym soli kuchennej. W tarczy nerwowej żadnych zmian autor nie zauważył. Po powrocie do stanu prawidłowego, gdy czucie wróciło, budowa komórek staje się zupełnie prawidłową.

Na podstawie tych zmian w komórkach dotykowych pod wpływem kokainy przypuszcza autor, że zmiany te są wyrazem zniesienia funkcyi komórek dotykowych, polegającej na odbieraniu i przenoszeniu wrażeń z świata zewnętrznego na tarczę nerwową.

Drażnienie mechaniczne skóry dzióba nie dało wyników dodatnich, w ciałkach nie mógł autor zauważyć żadnych zmian w budowie.

Z doświadczeń autora wynika tedy, że pomiędzy tarczą nerwową a komórką dotykową zachodzi ścisły związek czynnościowy.

Docent Dr. Maziarski.

J. Fajersztajn. **O barwieniu włókien osiowych laką hematoksyliny z chromem.** Z metod, jakie dotychczas dawała nam technika histologiczna na zabarwienie włókna osiowego, nie było właściwie żadnej, którąby w zadowalniający sposób zadaniu swemu odpowiadała. Metoda barwienia karminem w różnych modyfikacyach przedstawiała trudności, gdyż wymagała materyałów ustalanych chromem, a nietkniętych alkoholem. Z dwóch innych metod, do jakich z konieczności udawaliśmy się w celu zabarwienia włókien osiowych, metodę Golgiego można było stosować jedynie do materyałów zupełnie świeżych, i to barwiła w takim wypadku tylko włókna bezmyelinowe. Metoda druga, t. j. barwienia błękitem metylenu, w ośrodkach barwiła włókna jedynie przy wstrzyknięciu barwika do żyły lub podskórnie, mogła więc znaleźć zastosowanie tylko na materyale zwierzęcym. Do ludzkich materyałów nadawała się więc jedynie metoda Golgiego i to tylko do badania nad bardzo świeżym materyałem embryonalnym. Metoda Weigerta i jej modyfikacye, barwiąc osłonkę myelinową, dozwalała nam wprawdzie śledzić przebieg włókna nerwowego, ale tylko o tyle, o ile objęte były osłonką myelinową. Znacznej części braków, które wspomniane metody wykazują, zapobiega nowa metoda Fajersztajna. Stosować ją możemy do materyałów ludzkich i to czerpanych tak z zarodków, jak i z ustrojów dojrzałych, cechuje ją zaś wielka prostota. Skrawki, ustalone przez dłuższy czas w 5—10% rozczynie formaldehydu, (4—8 razy rozcieńczona formalina kupna), mrozi się i kraje na mikrotomie na skrawki, które sumiennie wodą obmyć należy. Z wody przenosi się je do 0·25—0·5% rozczynu kwasu chromowego na 5—24 godzin. Z kwasu chromowego ponownie obmyte (10 minut), barwi się w dalszym ciągu w zwykłej hematoksylinie Weigerta, tylko bez węglanu litowego) ½—24 godzin, poczem odbarwia według metody Pala i w zwykły sposób przeprowadza na szkiełko do balsamu. Metoda F. daje prawie zawsze doskonałe obrazy, nadaje się też do badań embryologicznych, anatomicznych i anatomopatologicznych. Prostota zaś robi ją jedyną, której można życzyć szerszego zastosowania.

Docent Dr. A. B.

V. Wyciągi.

Prof. Romberg. **O rozpoznawaniu gruźlicy z surowicy krwi.** (*Münchener med. Wochs.* Nr. 3, 1902). Autor robił próby z zawiesinami prątków gruźliczych, ponieważ to łatwiej otrzymać, niż jednolite hodowle prątków gruźliczych Arloinga i Courmonta. Aglutynacya występowała tak u ludzi, nie okazujących klinicznie śladu gruźlicy, jak znów zawodziła u chorych, przedstawiających typowy obraz gruźlicy płuc; wobec tego proba z surowicą niema żadnego znaczenia rozpoznawczego. Oddziaływanie to zależne jest od stopnia alkaliczności zawiesiny i jej zagęszczenia. Do tych samych wyników doszedł Koch, robiąc próby z zawiesiną prątków gruźliczych, otrzymaną w podobny sposób. W końcu swej pracy autor wypowiada zdanie, iż należy ocenić wartość rozpoznawczą tej próby na podstawie klinicznie i anatomicznie opracowanego materyału, jakoteż zbadać aglutynacyę w dziecięcym wieku, a wtedy będziemy mogli coś pewniejszego o niej powiedzieć.

Dr. Latkowski (Kr. kl. I.).

Dr. Kuhn. **O związku między moczówką prostą a cukrzycą.** (*Münchener med. Wochs.* Nr. 3, 1902). Do trzech przypadków moczówki prostej, w których po latach przyłączyła się cukrzyca, dodaje autor swój czwarty. Dotyczy on chorej z nawrotem raka sutka, u której w styczniu 1900 r. wystąpiła moczówka, zaś w maju na 8 dni przed śmiercią pojawił się cukier w moczu (1·8%). Sekcya zwłok wykazała: *carcinoma cicatricis mammae sin., glandularum lymphaticarum multiplex, glandulae suprarenalis.* W mózgu przerzutów nie było. trzustka zaś okazywała nieznaczny tylko zanik. W celu wytłómaczenia cukrzycy autor przyjmuje za przyczynę ucisk gruczołów nowotworowo zmienionych na splot trzewny i następowe zmiany degeneracyjne, objawiające się zaburzeniami w przemianie materyi. W każdym razie ciekawy przypadek ten ma i niejasne strony.

Dr. Latkowski (Kr. kl. I.).

Dr. Gebele. **O naczyniakach i ich związku z rakiem.** (*Münchener med. Wochs.* Nr. 4, 1902). Praca prof. Lesera, wykazująca związek między naczyniakami na skórze a rakiem, i przypisująca pojawianiu się naczyniaków przy raku znaczenie pomocnicze w rozpoznawaniu raka, skłoniła autora do zbadania 21 przypadków raka i 200 innych chorych. Na podstawie tego materyału autor przychodzi do przekonania, iż występowanie większej ilości naczyniaków jest objawem osłabienia tkanin, zjawiającego się w wieku starszym, z czem zgadza się spostrzeżenie, iż u blondynów, mających zwykle cerę białą, częściej występują naczyniaki i inne zmiany skóry bez względu na wiek chorych. W końcu przytacza autor przypadek sekcyjny wrzodu żołądka u chorego 58 lat liczącego, a mającego 37 naczyniaków skórnych; nie mają więc one znaczenia dyagnostycznego. (W klinice chorób wewnętrznych U. J. spostrzegałem przypadek, tyczący się chorego, liczącego lat 63, gdzie rozpoznanie się wahało między nowotworem a kamicą żółciową. Na skórze chorego było 35 naczyniaków, pomimo tego sekcya nowotworu nie wykazała. *Przyp. ref.*).

Dr. Latkowski (Kr. kl. I.).

Dr. Jessen. **O uszkodzeniach wywołanych silnym prądem elektrycznym.** (*Münchener med. Wochs.* Nr. 5, 1902). Przed 10 laty działanie prądów silnych znaliśmy tylko z uderzeń piorunem: działanie to objawiało się, oprócz bezpośrednich skutków oparzenia zaburzeniami czynnościowemi i organicznemi, jak n. p. utrata przytomności, pamięci, porażenia czynnościowe i organiczne. obniżenie pobudliwości na prąd przerywany, porażenia i znieczulenia połowicze i t. p. Od czasu większego zastosowania silnych prądów do kolei elektrycznych i innych celów, jakoteż i do tracenia skazańców, doświadczenie nasze się zwiększyło. Śmierć przy prądzie silnym występuje zwykle przez porażenie ośrodka oddechowego, podczas gdy serce jakiś czas jeszcze kurczy się. Przy sekcyi znajdowano wynaczynienia w mózgu, w pochewce nerwu błędnego i tętnicy dogłowowej, zmiany w komórkach nerwowych, bańki gazu w tkance nerwowej we krwi i t. p. Klinicznie, obok utraty przytomności, bredzenia i kurczów mięśniowych, widziano ciężkie postępujące schorzenia mózgu pod postacią padaczki, porażeń i ślepoty zupełnej; w innych znów przypadkach występowały zmiany czynnościowej natury pod postacią histeryi i nerwic urazowych. Autor opisuje przypadek schorzenia układu nerwowego, którego nie można było uważać za czystą nerwicę, a które zupełnie ustąpiło po kilku miesiącach. Dlatego też te zaburzenia mogą polegać na molekularnych zmianach w mózgu, które przeminąć mogą. Przy rażeniach silnym prądem poleca się sztuczne oddechanie; d'Arsonval bowiem w ten sposób uratował chorego po kilkugodzinnej bezprzytomności.

Dr. Latkowski (Kr. kl. I.).

Dr. Thieme. **O leczeniu krwotoków płucnych zapomocą wstrzykiwań podskórnych żelatyny.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 5, 1902). Autor wstrzykiwał 2% rozczyn żelatyny z dodatkiem sody w ilości 100 ctm.³ w 12-tu przypadkach krwotoków płucnych. Po wstrzyknięciu następowało zawsze (z wyjątkiem jednego przypadku) wzniesienie się ciepłoty od 37·6° do 38·9° C., a nawet do 40·7° C., trwające od 8—14 dni. W ośmiu przypadkach krwotok zatrzymał się, w czterech wstrzykiwania zostały bez wyniku dodatniego, u dwóch jednak chorych z ośmiu pomyślnych przypadków wystąpiła w miejscu wstrzyknięcia żelatyny zgorzel, którą autor tłómaczy tem, iż w tych przypadkach nie dodał sody do żelatyny, jak też, że miejsca wstrzyknięcia nie wymasował i nie zalecił okładów z rozczynu octanu glinowego.

Dr. Latkowski (Kr. kl. I.).

Dr. Frucht. **O cukrze odżywczym Soxhleta.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 2, 1902). Cukier odżywczy Soxhleta ma zastąpić tłuszcz przy odżywianiu mlekiem rozcieńczonem wodą: wyrabia się go z mąki pszennej, słodu i dyastazy słodowej, zatem zawiera on dekstrynę i maltozę i to w stosunku jak 1: 1; obok tego zawiera ten przetwór sól kuchenną. Autor przeprowadził kilka prób odżywczych z tym przetworem, stosując go dzieciom w wieku od czterech tygodni do czterech miesięcy, już to zdrowym, już to dotkniętym zboczeniami w przewodzie pokarmowym i przekonał się, że przetwór ten odpowiada zupełnie swojemu celowi. Dzieci spożywają go chętnie; spożyty zaś, nietylko że nie sprowadza dolegli-

wości ze strony przewodu pokarmowego, ale owszem przyczynia się do ustąpienia istniejących schorzeń; dzieci, karmione tym przetworem, przybierają na ciężarze. Cukier odżywczy Soxhleta jest proszkiem białym, higroskopijnym, który się bardzo łatwo w wodzie rozpuszcza, tworząc roztwór troszkę opalizujący, barwy żółtawej, woni przypominającej słód i takiegoż smaku. Podaje się go w ilości 50 do 70 grm. dziennie, najlepiej z mlekiem odpowiednio rozcieńczonem wodą. *Dr. Ig. L.*

Ernest Barié. **O wysięku i przesięku opłucnowym w chorobach narządu krążenia.** (*Semaine médicale* 1902, Nr. 4). Jeżeli w przebiegu choroby narządu krążenia, a zwłaszcza samego serca, rozpoznamy obecność płynu wolnego w jamie opłucnowej, nasuwa się pytanie, czy mamy do czynienia z prostym przesiękiem, czy też z rzeczywistem zapaleniem opłucnej. Dwie te sprawy, dziś przez naukę ściśle odgraniczone, były dawniej niejednokrotnie mięszane nawet przez najtęższych klinicystów, a niejasność panujących w tym kierunku pojęć znalazła wyraz w poglądzie niedawno jeszcze wygłoszonym, że „choroby serca, wywołując zaburzenia w krążeniu, powodują często rodzaj atypowego zapalenia opłucnej, pokrewnego zwykłemu przesiękowi“. A jednak różnice są bardzo wyraźne. Prosty przesięk opłucnowy (hydrothorax) jest procesem nawskroś biernym, równorzędnym z obrzękami podskórnymi; występuje zawsze symetrycznie po obu stronach (jakkolwiek niekiedy ilość płynu w obu jamach może być nierówna, np. wskutek trwałego położenia chorego na jednym boku): występuje dalej jako zjawisko końcowe równocześnie z obrzękami kończyn i ogólnym przesiękiem surowiczym do tkanek i jam: o ile wreszcie ze względu na skąpą zwykle ilość płynu i na ogólny rozpaczliwy stan chorego niema wielkiego znaczenia jako powikłanie, o tyle jest bardzo poważną wskazówką, że zaburzenia w krążeniu posunęły się już bardzo daleko i nie dadzą się wyrównać. Przeciwnie, zapalenie opłucnej w przebiegu chorób serca występuje po jednej stronie (częściej po prawej), jest wogóle zjawiskiem od zwykłego przesięku częstszem i pojawiać się może w czasie, kiedy zaburzenia w krążeniu są jeszcze bardzo nieznaczne. Przy zwykłym przesięku opłucna jest gładka, blada i jakby wypłókana; przy wysięku zapalnym opłucna jest ciemno-brunatna, pokryta nalotami włóknika. W przypadkach, w których powyższe różnice nie wystarczają do uczynienia rozpoznania, uciekamy się do badania chemicznego i cytologicznego.

Jak powiedzieliśmy, zapalenie opłucnej z wysiękiem nie jest rzadkością; autor rozpoznał je w 10% badanych przez siebie przypadków chorób narządu krążenia. O wiele jeszcze częstsze jest zapalenie t. zw. suche; mało można napotkać zwłok osób zmarłych z powodu chorób narządu krążenia, gdziebyśmy nie znaleźli mniej lub więcej rozległych zrostów opłucnowych. Ilość wysięku zwykle niewielka, płyn najczęściej surowiczy, trudno krzepnący; niekiedy zawiera wysięk domieszkę krwi, lub nawet może być zupełnie krwawy. Wysięk ropny należy do rzadkości i zdarza się prawie wyłącznie w przebiegu złośliwego owrzodzenia zapalnego wsierdzia. Niekiedy płyn zapalny może być ograniczony przez zrosty: rozpoznanie staje się wtedy bardzo trudne. Częstość powikłania z zapaleniem opłucnej nie jest jednakowa w przebiegu rozmaitych chorób narządu krążenia; np. zapalenie równoczesne wsierdzia i osierdzia daje częściej do niego powód, niż samo zapalenie wsierdzia; wady w zastawce dwudzielnej częściej, niż wady w zastawkach półksiężycowych aorty. Bucquoy przypisuje w tym kierunku duże znaczenie miażdżycy, jako dającej często powód do zawałów krwotocznych płuc, jak również twierdzi wbrew panującym mniemaniom, że zawał ten częściej znachodzi się w zmianach zastawki aorty, niż zastawki dwudzielnej. Bardzo naturalne powikłanie zapalenia osierdzia i opłucnej jest nader częste: Durosiez nadał mu osobną nazwę „zapalenia opłucnowo-osierdziowego“.

Co się tyczy objawów klinicznych zapalenia opłucnej w przebiegu chorób serca, to początek jego jest zwykle powolny i nieznaczny: kłócia w boku zwykle albo niema, albo bardzo słabe. Natomiast ważnym objawem jest szybkie i znaczne zwiększenie się duszności, chociażby wysięk nie był zbyt obfity. Badanie fizyczne nic znamiennego nie przedstawia.

Drogi, jakiemi przychodzi do zapalenia opłucnej, są rozmaite. W niektórych przypadkach przechodzi zapalenie osierdzia wprost na opłucną i zwykle wtedy sprawa zapalna rozwija się po lewej stronie. W pewnej ilości wysięków prawostronnych przypuszczają niektórzy autorowie taką drogę: przekrwienie bierne wątroby, następowe zapalenie okołowątrobne, przenoszące się przez przeponę na opłucną, a zatem rodzaj zapalenia otrzewnowo-opłucnowego. Przypuszczeniu temu brak istotnych podstaw. W przypadkach, gdzie mamy do czynienia z miażdżycą tętnic i ze zmianami w zastawkach aorty, można przypuścić, że przyczyną zapaleń opłucnej są okresowo występujące stany przekrwienia czynnego płuc, pociągające za sobą zadrażnienie błony surowiczej. Niewątpliwie jednak najczęstszą zmianą, dającą powód do wysięków opłucnowych, jest udar płucny (*apoplexie pulmonaire*). Przypuśćmy np. zwężenie ujścia przedsionkowo-komórkowego lewego. W komórce prawej powstaje zastój, następowe rozszerzenie i skrzepy, dające materyał do ciągłych zatorów i zawałów krwotocznych podopłucnowych, na które podrażniona opłucna oddziaływa wysiękiem.

Co się tyczy rozpoznania, nie będziemy znowu wyliczać charakterystycznych cech, podanych poprzednio. Jeszcze raz tylko należy zwrócić uwagę na znaczną duszność przy niewielkiej ilości płynu, jako na objaw znamienny dla powikłania z zapaleniem opłucnej, jak również przypomnieć, że o ile prosty przesięk opłucnowy zdarza się wyłącznie jako objaw końcowy, to natomiast wysięk zapalny możemy spotkać we wszystkich okresach choroby serca, począwszy od nieznacznych zaburzeń, aż do samego schyłku choroby. Badanie mikroskopowe wykazuje nam w przesięku wyłącznie złuszczone komórki śródbłonka, przy wysięku natomiast wszystkie twory charakterystyczne dla płynu zapalnego. Nie zawsze jednak zapalenie opłucnej, występujące u chorego, dotkniętego cierpieniem narządu krążenia, znajduje się od tego cierpienia w bezpośredniej zawisłości: może ono powstać niezależnie od choroby serca, n. p. wskutek ostrego napadu zapalenia stawów: może być wreszcie cierpieniem równorzędnem z chorobą serca, wywołanem jakąś wspólną przyczyną, czy to zakaźną, czy też toksyczną, która zadziałała równocześnie na oba narządy.

Pod względem rokowania zachodzi między przesiękiem opłucnowym a zapaleniem opłucnej duża różnica. Przesięk występuje zawsze w tym okresie, kiedy mięsień sercowy już najmniejszej nawet przeszkody nie jest w stanie przezwyciężyć, a zatem i ta ilość płynu, choć zwykle niewielka, utrudnia jeszcze i tak już wysoce upośledzone krążenie. Natomiast zapalenie opłucnej, o ile występuje jeszcze we wcześniejszym okresie, może w zupełności ustąpić pod wpływem środków czyszczących, moczopędnych i odciągających. W razie silnej duszności, która — autor jeszcze raz kładzie na to nacisk — nie stoi bynajmniej w stosunku prostym do ilości płynu wysięku, należy bez wahania przystąpić do wypuszczenia płynu. Niekiedy można tą drogą osiągnąć ustąpienie zapalenia opłucnej, a w każdym razie zapobiedz grożącemu niedowładowi mięśnia sercowego. *Dr. T. Żeleński.*

Józef Goldbaum. **O sztucznem żywieniu chorych.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). Zależnie od przyczyn i warunków żywienie sztuczne może być stosowane w trojaki sposób: 1) zgłębnikiem, 2) zapomocą lawatyw odżywczych, i 3) zapomocą wstrzykiwań podskórnych. Zgłębnika używa się przy zupełnej drożności przełyku, lecz utrudnionym dostępie do niego. Najlepiej dają się użyć na ten cel jaja surowe, mleko, bulion, kaszki, proszki mięsne i t. d. Lawatyw używa się przy zamknięciu światła przełyku, przy krwotokach żołądkowych, uporczywych wymiotach. Tu pamiętać należy, że jelito grube trawi w bardzo małym stopniu, a głównie chłonie produkty trawienia w żołądku i jelicie cienkiem powstałe; dlatego też najlepiej podawać w lewatywach albumozy (80 grm. na 250—300 grm. płynu), cukier gronowy (roztwór 10—15% w ilości nie większej nad 300 grm.), krochmal w wodzie lub mleku (50 do 100 grm. na 300 grm.), tłuszcze wraz z posiekaną trzustką (Leube w ten sposób wprowadza do 50 grm. tłuszczu). Mleko posiada wartość nieznaczną, gdyż tylko węglowodany ulegają wessaniu; aby się mleko nie ścinało, należy dodać na litr 1,0—1,5 grm. dwuwęglanu sodowego. Najlepsza według Leubego mięszanina do lawatyw jest: 300 ctm. sz. mleka, 3 jaja, 40 grm. skrobi i 3 grm. soli kuchennej. Do wstrzykiwań podskórnych dadzą się użyć z korzyścią: syntonina i alkaliabuminaty; z węglowodanów glikogen, a z tłuszczów wyjałowiona oliwa (około 100 grm.), która nie powoduje bólów, nie tworzy zatorów i ulega wchłonieniu w ciągu 12—24 godzin. Najlepiej do celu prowadzić będzie kombinacya lawatyw z wstrzykiwaniami podskórnemi. *Z. Czaplicki.*

J. Markiewicz. **O przewlekłem unieruchomiającem zapaleniu kręgosłupa.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). Autor daje przegląd piśmiennictwa, dotyczącego „spondylose rhizomélique“ następnie opisuje oba typy tej choroby: 1) typ Marie-Struempell polega na wstępującem symetrycznem unieruchomieniu kręgosłupa i pośrednio z nim złączonych wielkich stawów (skutkiem skostnienia więzów i stawów), przyczem rzeżączka, gościec i sprawy ropne w stawach odgrywają rolę czynników usposabiających: 2) typ drugi, znacznie rzadszy, opisany przez Bechterewa, polega na zstępującem, unieruchomieniu kręgosłupa i wygięciu go ku tyłowi, przyczem stawy nie są zajęte, natomiast zajęty jest układ nerwowy: korzenie tylne ulegają zwyrodnieniu i powodują niedowład i zanik mięśni grzbietu. Jako przyczyny podawane są: kiła, uraz i dziedziczność. Autor opisuje dwa przypadki pierwszego typu, leczone na oddziele

Dra Dunina mechanoterapią i kąpielami ciepłemi, oraz jodkiem potasu, — lecz bez powodzenia. *Z. Czaplicki.*

Chrobak. **O niepłodności.** (*Wiener klin. Wochs.* 1902, Nr. 51). Niepłodność zależy od bardzo wielu przyczyn. I tak: samo zachowanie się produkcyi jajek może stanowić przyczynę bezpłodności; np. jajko może się zatrzymać w szczelinie pękniętego pęcherzyka Graafa, albo też płyn pęcherzyka może być więcej gęsty i przez to utrudnić lub hamować poruszanie się jajka. Nie wyjaśnioną jest również sprawa, czy w ustroju nie mogą się wytworzyć pewne produkta chemiczne, które wpływają na popęd płciowy; jest bowiem wiadomo, że osoby błednicze, niedokrwerne, chore na zaburzenia jelitowe, używające jodu, rtęci i morfiny, nadto osoby po przebytych chorobach zakaźnych, jak odra, ospa, dur, są na pewien czas bezpłodne. Że w przypadkach tych pomaga leczenie, jest właśnie dowodem, przemawiającym za tą hipotezą.

Czy lubieżność płciowa jest koniecznie potrzebna do zastąpienia, jak to ma miejsce u zwierząt, nie jest dowiedzionem; są nawet znane przypadki zastąpienia u kobiet, pozbawionych popędu płciowego. Wielu bardzo kobietom, skarżącym się na niepłodność, chodzi nie o dzieci, ale o usunięcie oziębłości płciowej. Brak popędu płciowego świadczy zawsze o jakichś zmianach w częściach rodnych: przy prawidłowych narządach płciowych jest i prawidłowy popęd płciowy. Przyczyną niepłodności bywa także powstrzymywanie popędu płciowego przez stosunki domowe, wstyd i t. p. Częstą także przyczyną niepłodności jest wypływanie nasienia po spółkowaniu. W warunkach prawidłowych nasienie powinno zatrzymywać się w najszerszem miejscu pochwy i w niem ma się zanurzać część pochwowa. Są przypadki, w których nasienie wypływa w całości albo zaraz po wyjęciu członka, albo przy ruchu kobiety, n. p. po wstaniu; w innych przypadkach nasienie nie wypływa w całości, ale zostaje wyrzucone. Twierdzenie, że z tej znacznej ilości plemników zawsze zostanie w pochwie jeszcze tyle, że może nastąpić zapłodnienie, jest słuszne: pewniejsze jednak jest zawsze zapłodnienie, jeżeli nasienia jest obficie. Oddziaływanie kwaśne pochwy działa na plemniki zabójczo; im grubsza jest warstwa nasienia, tem pewniej w jej środku znajdą się plemniki, na które wydzielina kwaśna pochwy nie zadziała, i tem bliżej znajdować się będą ujścia szyjki, która posiada wydzielinę alkaliczną.

Najpewniejszem zapłodnienie będzie wtenczas, gdy nasienie dostaje się wprost do szyjki i dlatego w pewnej liczbie przypadków rozcięcie ujścia zewnętrznego daje dobre wyniki. Przyczyną wypływu nasienia jest albo upośledzone zamykanie się pochwy wskutek wiotkości ścian, albo upośledzona rozciągliwość pochwy wskutek małej elastyczności. W pierwszym przypadku dobre wyniki daje gimnastyka mięśni miednicy małej, zakładane krążki i operacye, zwężające wejście pochwowe; w drugim przypadku rozciąganie pochwy zapomocą kul Bozemana i tamponów.

W niedokształcie macicy i zaniku z upośledzonem miesiączkowaniem i brakiem popędu płciowego poleca Ch. elektryzowanie części rodnych, mięsienie, sondowanie macicy i wprowadzanie do szyi rozszerzadeł, poczem ginie brak popędu i niepłodności; zastosowane w tych przypadkach samo rozcięcie ujścia nie usuwa braku popędu. *P.*

Feinberg. **Atropina w ostrej niedrożności jelit.** (*Wracz* 1901, Nr. 51). W jednym przypadku niedrożności jelit spostrzegał F. dobre wyniki po zastosowaniu atropiny. Zawezwany do chorej, która od pięciu dni nie miała stolca i uskarżała się na silne bóle i wzdęcie brzucha, zastosował on 3 lewatywy, jedna po drugiej, z przerwą dwugodzinną, lecz bez skutku; również bezowocnymi okazały się kalomel, olejek rącznikowy i okłady na brzuch. Po upływie dwóch dni w stanie chorej zaszła poważna zmiana na gorsze: rysy twarzy zaostrzyły się, kończyny, nos, uszy, czoło stały się zimne; wystąpiła skłonność do wymiotowania; z jamy ustnej poczuto zapach kału; wzdęcie i bolesność brzucha wzmogły się, a gazy zupełnie nie odchodziły. Nazajutrz stan ten pogorszył się jeszcze więcej, wymioty przybrały zapach kałowy; tętno 120, nieprawidłowe; o godz. 8-mej wieczorem F. zastrzyknął podskórnie 0,02 atropiny; następnego rana stan chorej nie zmienił się: wobec tego znowu zastrzyknięto 0.002 atropiny, a wieczorem o godzinie 8-mej wieczorem wstrzyknięto drugą dawkę. Po każdem wstrzyknięciu stosowano lewatywę, lecz bezskutecznie. Dnia następnego o godzinie 5-tej zrana nastąpiło samo przez się obfite wypróżnienie; po trzech godzinach znowu był obfity stolec. Przez cały ten dzień było pięć wypróżnień. Ogólna poprawa i wyzdrowienie rychło nastąpiły. Objawów zatrucia nie było. *Witold Orłowski.*

Medem. **Atropina w ostrej niedrożności jelit.** (*Wracz* 1901, Nr. 51). Autor opisuje przypadek, w którym pomimo zastosowania lewatyw wysokich stolca nie było w ciągu czterech dni i w końcu wystąpiły wymioty o podejrzanym zapachu, a brzuch stał się wzdęty, bardzo bolesny, tętno zaś małe i częste. Autor zastrzyknął podskórnie 0,002 atropiny: po następnej lewatywie wysokiej wyszedł płyn zabarwiony z kawałeczkami kału i chory spędził noc dobrze; nazajutrz zrana znowu wstrzyknięto 0,02 atropiny; po lewatywie nastąpiły częste i obfite wypróżnienia, poczem chory wrócił do zdrowia. *Witold Orłowski.*

J. Zahradnický. **O pierwotnych resekcyach przy zgorzeli jelita w uwięźniętej przepuklinie.** (*Sborník klinický* Tom III, 1901, Nr. 2). Autor przytacza wszystkie dotąd znane przypadki i uzupełnia statystykę Krumma do liczby 362 pierwotnych resekcyj, z 144 przypadkami śmierci, a więc ze śmiertelnością 39·8%. Na 259 przypadków rzyci sztucznej było 147 śmiertelnych (57·8%), a na 109 resekcyj następowych było tylko 25, t. j. 23% śmiertelnych. Należy w tej statystyce zestawić dla dokładności i porównania przypadki resekcyi pierwotnej z przypadkami rzyci sztucznej (anus praeternaturalis) i resekcyą następową.

Z. wykonał 10 resekcyj pierwotnych, z tych 9 okrężnych i jedną ścienną; w czterech przypadkach założył rzyć sztuczną. Wszystkie przypadki resekcyi pierwotnej zakończyły się pomyślnie, a przypadki założonej rzyci sztucznej śmiertelnie. Resekcyę pierwotną należy zdaniem jego wykonywać w przypadkach korzystnych częściej, aniżeli to dotychczas ma miejsce. *Dr. M. Blassberg.*

Dr. J. Hevesi. **Chininum lygosinatum, nowy środek do opatrywania ran.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1902, Nr. 1). Proszek ten trudno rozpuszczalny, podobnie jak jodoform, ale niecuchnący i nietrujący, utworzony został syntetycznie z derywatów kwasu salicylowego i chininy. Tej ostatniej zawiera 70·8%. Autor śledząc działanie tego środka w klinice chirurgicznej w Koloszwarze, przychodzi do przekonania, że jest to ciało o własnościach wybitnie antyseptycznych i hemostatycznych. Używać go można w formie zasypki, zawiesiny, gazy etc. *Herman.*

* * *

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Acetopyrinum. O środku tym donosi ponownie Frieser (*Med.-Chirurg. Centralbl.* Nr. 15, 1901), że podawany w dawkach 0·5—1·0 trzy do czterech razy dziennie u dorosłych, a w dawkach 0·2—0·4 u dzieci, okazał się dobrym jako lek przeciwgorączkowy, przeciwgośćcowy i uśmierzający bóle newralgiczne: jest doskonałym środkiem zastępczym związków salicylowych i antypiryny. Z dobrym również skutkiem podawał autor acetopirynę w gruźlicy, której towarzyszy gorączka, i mógł stwierdzić, iż związek ten nie wywołuje obfitych potów, jakie zwykły pojawiać się po podaniu salicylu. Acetopirynę wyrabia fabryka Hella w postaci delikatnego białego proszku, smaku przyjemnie kwaskowego: składa się z kwasu acetylosalicylowego i antypiryny.

Acopyrinum (acetylo-salicylan antypiryny). Jest to proszek biały, krystaliczny, rozpuszczalny łatwo w alkoholu i chloroformie; w wodzie gorącej, w 2% roztworze dwuwęglanu sodowego, trudno zaś w wodzie zimnej i eterze. Środek ten wyrabia Heyden (Radebeul); wskazany on jest w przebiegu ostrego gośćca stawowego w dawkach po 0·5—6 razy dziennie, w przypadkach cięższych w dawkach większych, do jednego grama.

Aspiryna. O działaniu aspiryny donosi Schlesier (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 23, 1901), który ją podawał w 48 przypadkach w dawce 1 grm. 3—4 grm. dziennie, przyczem tylko w dwóch przypadkach zauważył pojawienie się przypadków ubocznych, a natomiast u 15-tu, którzy nie znosili związków salicylowych, przypadły uboczne nie pojawiły się. W 19-tu przypadkach ostrego gośćca stawowego okazała się aspiryna, z wyjątkiem jednego, skuteczną. W pięciu przypadkach przewlekłego gośćca stawowego okazała się, podobnie jak salicylan sodowy, nieskuteczną. Z bardzo dobrym skutkiem stosował autor aspirynę w bólach newralgicznych, szczególnie nerwu trójdzielnego, również w jednym przypadku rwy kulszowej. Podobnie wyrażają się o skutecznym działaniu aspiryny Tausig (*Klin. therap. Wochenschrift* Nr. 8, 1901), Toepfer (*New Jorker med. Monatschrift* Nr. 1, 1901), Rothe (*Med. chirurg. Centralbl.* Nr. 3, 1901), Nusch (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 2, 1901), Manasse (*Therapeutisches über Aspirin.* Würzburg, 1901). Aspirynę stosował również Ritter (*Zahnärztl. Rundschau* 1901), jako środek kojący ból przy zapaleniu okostnej i neuralgicznych bólach zębów. *Dr Ig. L.*

Calcium eosolicum. Jest to związek sulfonowy trójsiarkoacetylo-kreosotu i ma zawierać 25% kreosotu: proszek to szarobiały, woni ostrej, smaku kwaskowatego, rozpuszcza się w wodzie, wyskoku, kwasie solnym i w kwasach organicznych (kwas cytrynowy, winowy). Stern (*Journal of the americ. med. asoc.* t. 34)

poleca ten związek i zachwala go w przebiegu cukrzycy, podając go w opłatku w dawce 0·25 do 0·60 gramów 3—4 razy dziennie.

Dr. Ig. L.

Chininum eosolicum. Jest to związek trójsiarko-acetylo-kreosotu z chininą, zalecany przez Cyprianiego (*Deutsche med. Ztg.* 1901. Nr. 101), jako skuteczny środek przeciw zimnicy. Autor go przepisuje: *Rp.: Chinini eosolici, Ferri reducti. aa 5·0, Strichnini sulfuriei, Acidi arsenicosi aa 0·1, Extracti gentianae q. s. ut f. pillulae Nr. 50; Signa: Dla dorosłych trzy razy dziennie po dwie pigułki, w wieku młodzieńczym trzy razy dziennie po jednej pigułce podczas jedzenia; dla dzieci 1—2 pigułek na dzień, stosownie do wieku.*

Dr. Ig. L.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 12 lutego 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto

II. Kol. Przewodniczący zawiadamia, że w dniach 5, 9 i 12 marca b. r. odbędą się na jednem posiedzeniu zwyczajnem i dwóch nadzwyczajnych odczyty z dziedziny higieny, a mianowicie d. 5 marca mówić będą: 1) kol. prof. Bujwid: »O zadaniach higieny szkolnej«; 2) kol. Jan Landau: »Szkoła a choroby zakaźne«. Dnia 9 marca: kol. Piasecki ze Lwowa: »O spółczesnej gimnastyce wobec fizyologii i higieny«. Dnia 12 marca: 1) kol. prof. Wicherkiewicz: »O wpływie szkoły na rozwój chorób ocznych«, 2 kol. Bier: »O zadaniach lekarza szkolnego«.

Wobec doniosłości tematów dla higieny społeczeństwa, zachęca kol. przewodniczący członków Towarzystwa do licznego udziału w tych zebraniach.

Kol. Borzęcki czyni wniosek, ażeby w szeregu tych odczytów umieścić również odczyt »O zapobieganiu szerzeniu się chorób wenerycznych pośród młodzieży szkolnej«, na co kol. przewodniczący odpowiada, że odczyt podobny może być zgłoszony na inne posiedzenia Towarzystwa, gdyż dla zapowiedzianych odczytów czas już jest ograniczony.

III. Kol. prof. Rosner wygłosił odczyt: »O ciąży bliźniaczej monochorialnej« (Rzecz drukowana w »Rozprawach Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętności«).

W dyskusyi kol. prof. Kostanecki zwraca uwagę na doniosłość pracy kol. Rosnera, zarówno pod względem praktycznym, jakoteż dla teoretycznych badań embryologicznych. Za wielką zasługę poczytuje autorowi, iż w pierwszej części swych badań wykazał bezpodstawność dotychczasowych tłómaczeń ciąży monochorialnej, opierających się na przypuszczeniach, które nie mogą się ostać wobec nowszych zapatrywań mechaniki rozwojowej. W drugiej części autor stawia trzy hipotezy co do możliwości powstawania ciąży bliźniaczej monochorialnej, ale kol. Kostanecki zgadza się z autorem, iż najwięcej prawdopodobieństwa przemawia za przypuszczeniem, że ciąża ta powstaje podobnie jak u *Dasypus* z dwóch jajek, pomieszczonych w jednym pęcherzyku Graafa (a więc *graviditas unifollicularis* nie *uniovularis*), że drugie dwie hipotezy można z pewnem prawdopodobieństwem wykluczyć. Wreszcie podnosi kol. Kostanecki doniosłość badań kol. Rosnera ze względu na wytłómaczenie powstawania płci.

Kol. Bochenek podnosi, że zgodnie z zapatrywaniami prelegenta nie można doświadczeń, dowodzących, że rozwój jednej blastomery w cały organizm jest możliwy, rozszerzać i na zwierzęta wyższe, ponieważ zdolność regeneracyi u jednych i drugich jest zupełnie inna. Zapytuje dalej, czy u *Dasypusa* nie można było zbadać zachowania się pęcherzyków żółtkowych?

Po wyjaśnieniu kol. prof. Rosnera posiedzenie zamknięto.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Towarzystwo dermatologiczne.

Protokół z posiedzenia zwyczajnego w dniu 5. stycznia 1902.

Obecni: koll. Boczar, Borzęcki, Filipkiewicz, Krzyształowicz, Mayzel, Pacyna, Reiss, Schwarz, Sokołowski, Steuermark i jako gość Hanczakowski.

Kol. Reiss, otwierając posiedzenie, zawiadamia członków, że trzech kolegów: Filipkiewicz, Mayzel i Wicherkiewicz zgłosiło swoje przystąpienie do Towarzystwa i prosi, aby wybory ich odbyły się przez tajne głosowanie. Wszyscy zostali jednogłośnie przyjęci. Kol. Pacyna odczytał protokół z poprzedniego posiedzenia, który bez dyskusyi przyjęto. Następnie udzielił przewodniczący głosu kol. Krzyształowiczowi, który zaznaczając, że ma zamiar przedstawić kilka gatunków grzybów chorobotwórczych, pasorzytujących we włosach człowieka, demonstracye swe porzedza kilku uwagami ogólnemi. Dotąd rozróżniamy trzy rodzaje grzybów, pasorzytujących we włosach ludzkich, stanowiące trzy odrębne typy, które nie są jednolite, gdyż każdy z nich przedstawia odrębną rodzinę o pewnych swoistych cechach postaciowych i biologicznych, zawierającą pewne odmiany, różniące się od siebie w hodowlach. Grzyby te są: *Achorion Schönleini, Trichophyton, Microsporon Andouini.* Grzyb woszczynowy (*Achorion favi*) zajmuje włos w jego osi długiej, nitki jednak przebiegają nieregularnie, tu i owdzie rozdzielają się i zawierają zarodniki różnej wielkości, pozostawiając między sobą dużo istoty włosowej nietkniętej; dlatego przy woszczynie widzimy włosy utrzymane, choć pozbawione prawidłowego blasku i łamliwe. Właściwy grzyb włosowy (*Trichophyton*) leży także wzdłuż długiej osi włosa, zajmując znaczną część miąższu włosa. Człony grzybni są wielkości 5 do 7 μ w średnicy i przeważnie jednakie. Klinicznie widzimy włosy odłamane nader krótko, bo 2—3 mm. ponad powierzchnią skóry i grubsze, niż włosy prawidłowe. W pewnych przypadkach jednak widać, że obok włosa zajętą jest i torebka włosowa grzybem o podobnych cechach jak poprzedni, z tą różnicą, że człony grzybni nie są tak równe, a różnią się wielkością między sobą. Klinicznie są te przypadki wyraźnie nacechowane objawami zapalnymi aż do znacznego ropienia torebek włosowych i wtedy znowu można wykazać zwierzęce pochodzenie grzyba. Grzyb drobnozarodnikowy (*Microsporon*) osiada głównie między osłonką włosa a nim samym, chociaż i włos sam nie jest wolny, a w grzybie nie można odróżnić nitek, lecz tylko małe, 1 do 3 μ średnicy mające zarodniki kuliste lub wieloboczne, tworzące jakby mozaikę na włosie. Przez to włos jest także odłamany, ale nieco wyżej, na 6—7 mm. ponad powierzchnią i okryty szarą osłonką, wychodzącą z głębi skóry. Otaczająca skóra przedstawia nader małe objawy zapalenia, zaledwie nieco szarych łusek (*Pityriasis alba*). Wykład swój ilustruje prelegent rysunkami na tablicy. Następnie przedstawia hodowle grzybów na sztucznych pożywkach i zaznacza, że pożywki te winne być sporządzane w ten sposób, aby zawierały dużo cukru, a mało istot azotowych, że do tego najlepiej nadaje się pożywka z agaru z brzeczką piwną. Przeszczepiając grzyba z włosów, z łuseczek skóry, a nawet z paznogci, nie daje się odrazu do termostatu probówek z przeszczepionymi grzybami, lecz przetrzymuje je w ciepłocie pokojowej, w ten bowiem sposób nie dopuszcza się do rozwoju bakteryj zanieczyszczających i otrzymuje się mniej więcej czystą hodowlę danego grzyba. Hodowle te wykazują różnice bardzo znaczne między tymi trzema typami grzybów, mniejsze między ich pojedynczemi odmianami, np. *Trichophyton endothrix*, a *Trichophyton endo-ectothrix*.

Kol. Sokołowski zapytuje prelegenta, co sądzić o różnych a charakterystycznych zmianach, jakie wywołuje strupień woszczynowaty i jaki jest najodpowiedniejszy sposób dla praktycznego lekarza zbierania i barwienia grzybów? Kol. Krzysztalowicz odpowiada, że co się tyczy strupienia woszczyn, to zwykłe i herpetyczne zmiany kliniczne zależą od podłoża, przebiegu, trwania i nasilenia choroby, botaniczne zaś różnice polegają na owocowaniu. Co się tyczy sposobu przygotowania preparatu do badania, to najprostszy jest ten, że biorąc do badania grzyb z ropy, rozciera się ją na szkiełku i barwi najlepiej metodą Grama, biorąc zaś grzyb z włosów, lub strupa, daje się przedmiot na szkiełko, na to napuszcza się trochę ługu potasowego do 40%, przykrywa szkiełkiem nakrywkowem i lekko ogrzewa. W ten sposób staje się preparat odrazu zdatny do badania pod mikroskopem, gdzie przy zaciemnionej blendzie doskonale grzyb widzieć można. Wreszcie oddaje do oglądania rozmaite preparaty grzybów, umieszczone pod siedmiu mikroskopami.

Kol. Boczar, powołując się na wywód kol. Krzyształowicza nadmienia, że grzyby, jak w liszaju (*herpes*) i strupieniu woszcz. zajmują sam włos, a więc wyrywając włosy, wyrywa się i grzyba; doświadczenie jednak uczy, że najskrupulatniejsze wyrywanie włosów nie zawsze sprowadza natychmiastowe wyleczenie choroby. Używa się tu jeszcze różnych płynów i maści, któremi naciera się skórę po wyrwaniu włosów. Jego zdaniem leczenie to chroma, bo po wyrwaniu włosa sama skóra zaciska powstały włosowaty przewodzik tak, że lek

nie może się dostać w głąb cebulki włosowej i zniszczyć reszty grzyba. Radzi więc, aby do leczenia używać przetworów alkoholowych, a stosować je na szczotce szczecinowej, która, uderzając w pozbawione włosów miejsca, szczecią wchodziłaby do samej cebulki, a tem samem wprowadzałoby się tam lek.

Kol. Reiss przyznaje tej myśli pewne znaczenie, lecz zważywszy, że przy takiej manipulacyi szczeć szczotki nie do wszystkich dostaje się torebek, więc i ta metoda nie jest doskonałą i on sam wyżej stawia kataforezę, bo tutaj płyn, którym napojona jest katoda, przenika skórę, a więc niewątpliwie dostaje się i do torebki włosa. Kol. Boczar, broniąc swej myśli zaznacza, że jemu nie chodzi, aby do wszystkich cebulek dostawały się szczeciny szczotki, wystarczy jeżeli przyskórek jest lekiem napojony. Kataforeza, przy której używa się przeważnie wodnych leków, nie daje spodziewanych wyników, co zresztą sam spostrzegał, lek winien być w rozczynie alkoholu, a jeżeli Glück przy stosowaniu samych okładów widział dobre wyniki, to jeżeli lek przez wkłówanie szczotki dostanie się do głębi, wyniki winny być jeszcze lepsze. Kol. Reiss we wszystkich przypadkach choroby włosów na tle grzyba leczy przez wyrywanie włosów i następnie lekami. Pytanie, co tu właściwie działa, jedno, czy drugie? Doświadczenie wykazuje jasno, że bezwątpienia najważniejszem jest wyrywanie włosów, a lek tylko je wspomaga. Kol. Borzęcki zwraca się do kol. Krzyształowicza z zapytaniem, jak się to dzieje, co kliniczna obserwacya wykazuje, że np. w strupieniu woszczynowatym po wyrwaniu nawet kilku generacyj włosów znów tworzą się nowe tarczki *(scutula)*, które wskazują na istniejącą jeszcze chorobę? Po wyrwaniu włosów widać na skórze ogniska przekrwienia, które powoduje tylko grzyb, bo jak długo one istnieją, choroba się utrzymuje; dopiero skoro tych ognisk więcej odszukać nie można, uważa się chorobę za uleczoną, co zresztą potwierdza kliniczna obserwacya. Kol. Krzyształowicz odpowiada, że jeżeli po dokładnem wyrwaniu włosów choroba powraca, to wina tylko niedokładnego wyrywania. Wyrywając włosy, jedne usuwa się w zupełności, inne odłamuje tylko tak, że grzyb pozostaje i w dalszym ciągu chorobę podtrzymuje. Pamiętać trzeba, że włosy chorobowo zmienione są kruche i łamliwe, zwłaszcza w włosozroście niszczącym *(Trichophyton)*, gdzie włos sam odłamuje się kilka milimetrów nad skórą. Wyrywając i taki włos, możemy go ponownie w skórze odłamać, część włosa pozostaje, a z nim grzyb i znów dalsze trwanie sprawy chorobowej. Idealne wyrywanie włosów odbywa się przy pomocy promieni Roentgena, bo tu włos w całości wypada, grzyb traci swe środowisko, w którem żyje i ginie bezpowrotnie. Kol. Reiss zwraca uwagę na sposób wyrywania włosów. Jeżeli się bowiem wyrywa w kierunku porostu włosa, można mieć pewne przypuszczenie, że się go wyrwało w całości, jeżeli jednak wyrywa się go w innym kierunku, włos kruchy łatwo odłamać się może. Zapytuje kol. Krzyształowicza, czy klinicznie można odróżnić *Endothrix* od *Ectothrix*? Kol. Krzyształowicz nadmienia, że różnica taka istnieje. *Endothrix* napotykamy przeważnie u zwierząt, u ludzi zaś istnieje *Endo-ectothrix* i podczas gdy *Entothrix* jest nader uporczywy w leczeniu, to *Endoectothrix* jest jeszcze uporczywszy i upływają całe miesiące, zanim nastąpi zupełna sanacya.

Z kolei przedstawia kol. Borzęcki przypadek późnej postaci kiły wrzodowej na ręce kobiety, która dotąd nie była leczona przeciwkiłowo i u której wywiady kiły nie wykazały. Zajętą jest równocześnie okostna. Kol. Reiss uważa ten przypadek za typową kiłę; podminowanie zaś brzegów uważa jako następstwo kiłowego zapal. okostnej. Za kiłą zresztą przemawiają kilaki na przedramieniu. Na zapytanie kol. Mayzla oświadcza kol. Borzęcki, że jako środki lecznicze podano tu jod wewnętrznie i okłady sublimatowe, a gdy wystąpiły objawy zatrucia jodowego, zastosowano ponowne wcierania z obawy przed dalszą destrukcyą. Kol. Mayzel jest przeciwny wcieraniom, boć tam, gdzie zachodzi konieczność podania rtęci, mamy do dyspozycyi jodek rtęciowy, który podany w małych dawkach nie wywoła zatrucia jodowego, a może dać bardzo dobre wyniki. Kol. Borzęcki zaznacza, że ludzie do jodu przyzwyczaić się mogą i często ci, którzy małych nie znosili dawek, poźniej bardzo dobrze nawet większe dawki znosić mogą. Kol. Sokołowski zwraca uwagę na nowy lek *jodipinum*, który ma nie wywoływać takich zmian, jak jod zwyczajny, a działa równie dobrze. Kol. Reiss oświadcza, że lek ten stosował, ale dobrych po nim nie widział wyników. A zresztą w przypadkach, gdzie jod nie bywa dobrze znoszony, najlepiej podawać równocześnie skrobię, która wiąże wydzielający się w ustroju nadmiar wolnego jodu, a tem samem nie dopuszcza do zatrucia jodowego. Dalej przedstawia kol. Borzęcki przypadek kiły, niszczącej nos, ze zniszczeniem przegrody i chorą, u której na szyi, policzkach, dziąsłach i podniebieniu twardem, obok blizn, znajdują się zmiany, wywołane wilkiem, a prócz tego przebicie przegrody nosowej. Wobec tego ma się tu do czynienia z dwoma sprawami chorobowemi, tj. wilkiem i kiłą, za czem przemawia zresztą okoliczność, że ani skrzydełka nosowe, ani widoczna część przegrody wilkiem nie są dotknięte. Kol. Krzyształowicz zwraca uwagę, że samo przebicie przegrody nie przemawia za istnieniem kiły, bo jeżeli się ma zmiany wywołane wilkiem na błonach śluzowych ust, to mogły one również być i na błonie śluzowej przegrody nosowej i spowodować przebicie. Kol. Reiss przychyla się do rozpoznania kol. Borzęckiego, zaznacza jednak konieczność zbadania lusterkiem nosa, które rzecz stanowczo wyjaśni. Wreszcie przedstawia kol. Borzęcki chorą, u której w trakcie leczenia przeciwkiłowego z powodu kiły plamistej wystąpiła wysypka guzkowa, jako typowy *Lichen syphiliticus*. Cierpienie to ma przebieg nader uporczywy, guzki zamieniają się w pęcherzyki z obwódką zapalną, te pękają i zasychają, a w miejsce ich powstają nowe *(Acne syphilitica)*. Na zakończenie wspomina o przypadku demonstrowanym na poprzedniem posiedzeniu z długotrwałą łuszczycą ogólną, gdzie mimo wszelakiego leczenia choroba utrzymuje się w jednakim stopniu, a tylko wszystkie dostępne badaniu gruczoły chłonne obrzękły jeszcze bardziej tak, że rozpoznanie łupieża czerwonego Hebrai jest obecnie bardzo prawdopodobne. Kol. Sokołowski radzi, aby tu jeszcze zastosować ogólne leczenie maścią siarczaną i uważać, jakie wyniki da ta terapia.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Dr. Reiss, prezes. *Dr. Pacyna*, sekretarz.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie c. k. krajowej Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1898.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Dokończenie).

Już na początku tego sprawozdania ze Sprawozdania wspomnieliśmy, że wnioski Rady zdrowia widocznie nie znajdują należytego poparcia, skoro Rada zdrowia ponawia je od lat kilku. Rozporządzamy tylko Sprawozdaniami Rady zdrowia począwszy od r. 1894, więc też omawiając te wnioski na tem miejscu, tylko na tych Sprawozdaniach oprzeć się możemy.

A więc *ad 1)* stwierdzamy że Rada zdrowia wniosek ten przedkłada stale od r. 1894.

Ad 2) Ten wniosek pojawia się w Sprawozdaniu po raz drugi. A dość jest wyobrazić sobie taką gminę, czerpiącą wodę do picia ze strumyków, czasem moczarów, w razie epidemii duru, czerwonki, cholery lub dżumy, by uznać konieczność urzeczywistnienia tego wniosku.

Ad 3) Wniosek ten przedstawia Rada zdrowia po raz piąty od r. 1894. Zdaje nam się jednak, że więcej niż od przestrzegania ustaw budowlanych i od przyszłej (?) zmiany tych ustaw można spodziewać się w kierunku zapobiegania szerzeniu się gruźlicy — a na to wniosek kładzie nacisk, — po izolowaniu chorych na gruźlicę, budowie osobnych sanatoryów dla gruźliczych, desinfekcyi mieszkań po gruźliczych, przestrzeganiu, by plwociny ich nie stawały się rozsadnikami choroby i t. p.

Ad 4) Wniosek czyniony po raz drugi, bliżki zapewne wykonania.

Ad 5) Wniosek czyniony od r. 1894 po raz piąty.

Ad 6) Wniosek czyniony po raz drugi. Dodać możeby należało, że ponieważ i szkoły średnie, — jak wyżej w sprawozdaniu zauważono, — są przeważnie w wynajętych budynkach i nieodpowiednio pomieszczone, przeto należałoby nie tylko fundusz krajowy dla szkół ludowych, lecz także i fun-

dusze rządowe na budowę szkół średnich hojniej wymierzać. Wiadomo, jak rząd zwykł ciężar ten zwalać na gminy.

Ad 7) Wniosek czyniony po raz drugi. Jednak przy żadnej z trzech nowo postawionych szkół średnich w Krakowie boiska takiego niema są tylko małe podwórza, choć można to było zrobić małym kosztem, kupując więcej gruntu, bo był do dyspozycyi.

Ad 8) Wniosek czyniony od r. 1894 po raz piąty.

Ad 9) Wniosek dawniej od r. 1894 łączony z poprzednim, a od r. 1897 czyniony jako samoistny.

Ad 10) Wniosek również od r. 1894 po raz piąty czyniony, choć do r. 1897 brzmiał nieco inaczej, ale treść była ta sama prawie.

Ad 11) Wniosek czyniony po raz drugi.

Ad 12) Wniosek czyniony od r. 1894 po raz piąty, a pewnie i znacznie dawniej, popierany w Sejmie bardzo energicznie, nie może się doczekać urzeczywistnienia.

Ad 13) Wniosek czyniony po raz drugi. Trzeba raz widzieć urządzenie szkoły położnych w Krakowie, by nietylko uznać konieczność nowego Zakładu, ale wyrazić także podziw dla lekarzy tam pracujących, którzy w tych warunkach tracą zdrowie i siły, aby mimo szalonych trudności tak dobre osiągnąć wyniki. Koniecznem też zdaje się nam zaznaczenie potrzeby otwarcia nowych szkół dla położnych w Galicyi, czego we wnioskach nie znajdujemy.

Ad 14) Wniosek czyniony od r. 1894 po raz piąty. Mimo zupełnej słuszności tego żądania, zdaje nam się, że inne są o wiele ważniejsze. Podnoszenie jednak tego wniosku w rzędzie desyderatów uznać należy za słuszne.

Ad 15) Wniosek czyniony po raz pierwszy. Szczególniejszą uwagę zwrócić zwłaszcza należy na drugą część wniosku, dotyczącą opieki lekarskiej nad aresztantami i więźniami, co przecież bardzo małym kosztem da się przeprowadzić.

Ad 16) Wniosek czyniony po raz drugi. Tu należało zdaniem naszem zaznaczyć potrzebę zakładania domów przymusowej pracy.

Ad 17) Wniosek czyniony od r. 1894 po raz 4-ty (tylko w r. 1897 go opuszczono). A tak łatwo bez kosztów byłoby temu złemu choć w części zaradzić przez zmniejszenie liczby szynków po miastach i miasteczkach, gdzie pod tym względem wprost oburzająca panuje gospodarka. (Na domiar złego zamiast gospodarkę tę ukrócić, wydano w listopadzie 1901 r. rozporządzenie zezwalające, na otwarcie szynków aż do godz. 11-tej w nocy. Interesującem byłoby poznać motywa tego rozporządzenia).

Ad 18) Wniosek czyniony od r. 1894 po raz piąty, z tą tylko odmianą, że do r. 1897 dodawano tu jeszcze inne, z których obecnie uczyniono wnioski samoistne. Wniosek ten uważamy może za najważniejszy, bo pamiętajmy, że — jak wyżej wykazano, — czwarta część wszystkich zmarłych uległa chorobom zakaźnym. Toteż wydanie takiej ustawy państwowej w miejsce licznych drobnych rozporządzeń uważamy za najnaglejsze. Niestety parlament ani rząd nie ma na to czasu. Dodajmy, że prócz ustawy należałoby też dobrze obmyśleć sposób jej wykonania i dopilnowania, by — jak wiele innych — nie została na papierze.

Ad 19) Wniosek czyniony od r. 1894 po raz piąty.

Ad 20) Wniosek czyniony po raz pierwszy. Dodać musimy, że po inne lata były czynione także inne wnioski, które w tym roku opuszczono. Tu należy w pierwszej linii wniosek z r. 1895 o wskrzeszenie zniesionych domów podrzutków, względnie urządzenie zakładów opieki nad niemowlętami. Opuszczono także od paru lat wniosek, by w celu ulepszenia stosunków zdrowotnych w kraju podnieść dobrobyt ludu wiejskiego przez poprawę gospodarstwa wiejskiego, podniesienie drobnego przemysłu i ułatwienie nabywania ziemi przez włościan.

Ze wszystkich 26 od lat pięciu czynionych wniosków tylko jeden z r. 1894 i 1895 doczekał się urzeczywistnienia, tj. wniosek o organizacyi służby lekarskiej w szpitalach. Niektóre inne zostały tylko w małej części (budowa szkół i szpitali) urzeczywistnione; reszta mimo kilkakrotnego ponawiania czeka jeszcze na wprowadzenie w życie.

Sprawozdanie zamyka szereg tablic statystycznych.

Sprawozdanie

Zakładu szczepień ochronnych przeciwko wodowstrętowi w Krakowie za miesiąc luty 1902.

W miesiącu tym leczono ogółem osób 81; w liczbie tej 18 osób pozostałych w leczeniu z miesiąca stycznia, 17 osób pozostaje nadal w leczeniu na miesiąc marzec 1902.

Od początku roku 1902 do dnia 28 lutego 1902 leczono **ogółem 97 osób.**

Wykaz 63 osób, leczonych w miesiącu lutym, ze względu na rodzaj pokąsania:

POKĄSANIE	A. Wściekliznę stwierdzono przez szczepienie próbne cząstki mózgu (sub duram) królikowi	B. Wściekliznę stwierdzono przez sekcyę weterynarską	C. Zwierzęta podejrzane	Ogółem
w twarz i głowę . . .	—	1	2	3
w kończyny górne i tułów	—	8	24	32
w kończyny dolne . . .	1	6	21	28
w ciało gołe	—	8	22	30
przez ubranie	1	7	25	33
Ogółem	1	15	47	63

Zwierzęta kąsające były w 62 przypadkach psy, w 1 przypadku kot. 1 psa szczepiono ochronnie.

Kraków, dnia 1 marca 1902 r.

Z. Klemensiewicz, za Dyrektora Zakładu, m. p.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 6 marca.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. prof. Bujwid mówił »O zadaniach higieny szkolnej«; kol. dr. Landau miał odczyt p. t: »Szkoła a choroby zakaźne«.

* *La Presse médicale* w Nr. 16 donosi: »Zgromadzenie delegatów »Międzynarodowego Stowarzyszenia prasy lekarskiej« odbędzie się 7 kwietnia b. r. w Monte-Carlo pod auspicyami księcia Monako. Delegaci narodowi, wyznaczeni przez miejscowe związki prasy lekarskiej, będą mieć za zadanie uchwalenie ostateczne statutu »Międzynarodowego Stowarzyszenia prasy lekarskiej« i zatwierdzenie konwencyi, zabezpieczającej poszanowanie praw własności literackiej w piśmiennictwie naukowem. Wkrótce poszczególne narodowe związki prasy lekarskiej otrzymają odpis rozmaitych projektów, dotyczących tych spraw w szczególności zaś projekty francuski i niemiecki. Na zgromadzeniu w Monte-Carlo ma być również roztrząsaną sprawa »stałego międzynarodowego biura«, zorganizowanego na wzór »agencyi dla informacyj politycznych«; biuro to, w razie uchwalenia, ma otrzymywać autoreferaty z lekarskich prac naukowych całego świata i rozsyłać je następnie do tych wszystkich czasopism, które należeć będą do »Stowarzyszenia międzynarodowego«.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. lwowskim otrzymali: Stanisław Progulskki i Jakób Bronisław Sokal.

* Na zgromadzeniu lekarzy Towarzystw ubezpieczeń na życie, które odbyło się w Londynie, stwierdzono, że śmiertelność w krajach cywilizowanych zmniejszyła się znacznie w ostatniem dwudziestoleciu. Największy spadek wykazuje statystyka austryacka (z 32,7 na 27,9) i holenderska (z 24,4 na 19,6); najmniejszy zaś francuska (z 22,5 na 22,3).

* Za inicyatywą styryjskiej Izby lekarskiej wszystkie Izby austryackie wyszlą petycyę do ministeryum sprawiedliwości, upraszającą o wydanie instrukcyi sądom, ażeby przed zawyrokowaniem o winie lekarza, oskarżonego o błąd w sztuce, zawsze i obowiązkowo zasięgały zdania Wydziału lekarskiego.

* W trzecim tygodniu lutowym (12—25) nie doniesiono władzy o żadnym nowym przypadku ospy w Galicyi. W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w powiatach: bohorodczańskim (3 gminy), brodzkim (1 gm.), buczackim (1 gm.), dąbrowskim (1 gm.), drohobyckim

(1 gm.), husiatyńskim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.), kolbuszowskim (1 gm.), kołomy(skim (1 gm.), mościskim (1 gm.), nadworniańskim (6 gm.), niskim (2 gm.), przemyskim (1 gm.), rawskim (5 gm.), stanisławowskim (2 gm.), złoczowskim (1 gm.), żółkiewskim (1 gm,).

Ogólna liczba chorych na dur osutkowy w Galicyi wynosi w tygodniu sprawozdawczym osób 149, o 100 więcej niż w tygodniu poprzednim.

* Międzynarodowa Rada sanitarna kwarantanowa w Aleksandryi ogłasza w »Bulletin quarantenaire« z 30 stycznia (Nr. 91) konkurs na następujące posady: 1) lekarza dla desinfekcyi i dozoru w Suezie i przy Źródłach Mojżesza z roczną płacą 8.000 fr., która może być podniesioną do 12.000 fr. Wymagane są: odpis dyplomu doktorskiego, świadectwo praktycznych studyów z bakteryologii i specyalnych wiadomości z epidemiologii, świadectwo zdrowia i oświadczenie, że kandydat podejmuje się objąć urzędowanie już w miesiąc po zamianowaniu. 2) Lekarza kobiety z miesięczną płacą 26—38 funtów egipskich. Wymagane są: kopia doktorskiego dyplomu, świadectwo zdrowia i powyższe oświadczenie co do terminu objęcia służby. 3) Dwie posady lekarskie dyrektorów II-giej klasy przy urzędach w Kosseir i Suakim, z miesięczną płacą 22—28 egipskich funtów. Wymagane są: kopia dyplomu doktora medycyny, świadectwo odbytych studyów bakteryologicznych i epidemiologicznych, świadectwo zdrowia i powyższe oświadczenie.

Prócz tego ubiegający się mają podać, jakimi władają językami. Podanie należy wnieść przed 30 marca do prezydenta międzynarodowej Rady sanitarnej w Aleksandryi.

* Ogólna liczba słuchaczów obojej płci w uniwersytetach austryackich wynosi 18.323 (zwyczajnych 14.782 wliczając 126 studentek, nadzwyczajnych 3.205, wliczając 223 studentek i hospitantów 336, z których 274 jest hospitantek). Na medycynę uczęszcza 3.299 słuchaczów, wliczając 66 kobiet.

* W Niemczech na głównych liniach kolejowych urządzono umyślne wagony dla przewozu chorych; cała budowa i wewnętrzne urządzenie zastosowane do swego przeznaczenia.

Nekrologia. Dnia 8 lutego zakończył życie w Mentonie dr. Michał Sakowicz, przeżywszy lat 35. Długotrwała choroba przeszkodziła zmarłemu koledze do rozwinięcia szerszej działalności na polu naukowem, do czego posiadał wielkie zdolności i zamiłowanie do wiedzy. Rozprawa jego na stopień doktora medycyny »Wpływ istoty szarej dna 3-ej komory mózgowej i wzgórka wzrokowego na ciepłotę ciała« zapowiadała niepospolitego badacza. Może ze względu na łagodny klimat Odessy zmarły objął posadę lekarza ordynującego w oddziale psychiatrycznym tamtejszego szpitala miejskiego; następnych lat parę ratował zagrożone życie w uzdrowiskach zagranicznych, gdzie i dokonał tyle obiecującego żywota. Ś. p. Michał Sakowicz był synem dra Kazimierza z Białocerkwi, znanego zaszczytnie lekarza w całej Ukrainie. W Paryżu zmarł dr. Letourneau, prof. szkoły antropologicznej.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Z. 4. Ed. Flatau: Budowa rdzenia w świetle badań nowożytnych. Kopytowski: Dwa przypadki niezwykłego rozlanego cierpienia skóry, polegające na rozwoju znacznej ilości narośli, przeważnie epidermoidalnych (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 9. Brudziński: Przyczynek do rozpoznawania zapaleń wysiękowych opłucnej u dzieci. Goldflam: Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem, wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (Dr. E. Flatau) (c. d.).

— *Gazety lekarskiej* (Nr. 9) nie otrzymaliśmy.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 9. Procházka: O následcich mrtwice(c. d.). Merhaut: Výživa mlékem při tyfu střevnim.

— *La Presse médicale* Nr. 16. Gaucher i Bernard: Choroby zawodowe. Nowe źródła zatrucia się ołowiem. Fabrykacya fałszywych pereł. Rabé. Patogeneza cukrzycy bronzowej. — Nr. 17. Raymond: Przypadek niedomogi *(asthenie)* opuszkowo-rdzeniowej (syndrom Erba-Goldflama).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 8. Guye: Cztery przypadki wypróżnienia jamy kości klinowej z powodu nawracających polipów nosowych. Straus: O funkcyonalnem rozpoznawaniu nerek. Badania czynności nerek pod względem fizyologicznym i patologicznym. Alfthan: O gumie zwierzęcej Landwehra w moczówce prostej. Naegelsbach: Spokój i ruch w leczeniu suchot płucnych. Hoffmann: O ostrem i wczesnem zapaleniu nerek na tle kiłowem z nadmiernym białkomoczem (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 9. Damianos i Hermann: Śmiertelny krwotok po wycięciu migdałków. Powstanie ropnia, zawierającego gazy po podskórnem wstrzyknięciu żelatyny. Jehle: Wykazanie prątków duru w plwocinie chorych durowych. Fuchs: Kliniczne doświadczenia nad działaniem alboferyny. Meyer: Powstawanie skurczu mięśni w zakażeniu tężcowem.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 8 Ochsner: O dających się uniknąć powikłaniach zapalenia wyrostka robaczkowego. Dörr: Doświadczalny przyczynek do etyologii zakrzepu w zatoce. Disselhorst: Uwagi histogenetyczne i porównawcze o guzach. Lommel: Mylne rozpoznanie na podstawie odczynu Gruber-Widala. Kaposi: Przypadek powikłanego uszkodzenia czaszki z afazyą. Pokrycie ubytku drogą plastyki kostnej. Rad: Przyczynek do kazuistyki ostrej opuchliny ograniczonej. Wagner: Przyczynek do ambulatoryjnego leczenia gruźliczego schorzenia stawów kończyn dolnych. Weigl: Wyjaławiacz dla materyału opatrunkowego dra Kliena. Bernd: Ułożenie pacyentów przy operacyi w zakresie przewodów żółciowych.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 9. Israel: Kolka nerkowa, krwawienie z nerek i zapalenie nerek. Ekgren: Wpływ mięsienia (masażu) na zawartość białka w moczu chorego na zapalenie nerek. Seeligmann: Przyczynek do etyologii i terapii świądu sromu.

Redakcya otrzymała. Kaiser: Behandlung der Tuberculose und anderer tuberculöser Erkrankungen mit ausschlisslich blauem Lichte. Adamkiewicz: Ein geheilter Fall von Gebärmutterkrebs.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie w niedzielę dnia 9 b. m., o godzinie 4-tej po południu, *w sali Kopernika (Collegium novum),* posiedzenie nadzwyczajne, na którem dr. Eugeniusz Piasecki wygłosi odczyt: „Współczesna gimnastyka wobec fizyologii i higieny" (z demonstracyą ćwiczeń).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 12 marca, o godz. 6-tej wieczorem, *w sali Kopernika (Collegium novum),* posiedzenie nadzwyczajne, na którem 1) kol. prof. Wicherkiewicz będzie miał wykład p. t.: „Wpływ szkoły na rozwój chorób ocznych"; 2) kol. dr. Bier mówić będzie: „O zadaniu lekarza szkolnego".

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 15 Marca 1902. Nr. 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O przedoperacyjnem badaniu nerek, szczególnie w kierunku ich dostatecznej sprawności czynnościowej*).

Napisał

Dr. M. W. Herman.

Liczne doświadczenia dawniejsze Maassa, Tillmansa, Pisentiego, Eugenio-di-Mateiego, Podwysockiego, A. Bartha, Tuffiera i in., a zwłaszcza ostatniego z wymienionych autorów, w tym jednym przynajmniej szczególe zgadzają się zupełnie, że dla chemicznej równowagi ustroju zwierzęcego wystarcza część tylko tej tkanki nerkowej, jaką w ogólności człowiek i zwierzęta posiadają. Tuffier doświadczenia swoje tak wycyzelował, iż mógł zupełnie dokładnie ująć w liczby konieczne *minimum* miąższu nerkowego. Zdaniem jego zwierzę potrzebuje na 1 klgr. wagi $1-1^1/_2$ grama nerki, czyli stosując te ilości do człowieka, którego przeciętna waga wynosi 80 klgr., w ostateczności wystarcza mu 80 do 120 grm. nerek, czyli mniej więcej $^1/_3$ część tego, co posiada. Doświadczenia te w nowszych czasach w tym właśnie kierunku zostały potwierdzone przez M. Wolfa, P. Fioriego i A. M. Dołgowa. Wiadomości te posiadają dla kliniki wartość nie małą, zwłaszcza dla chirurga, który oparty na takich podstawach, nie waha się w pewnych szczególnych warunkach wydalać jedną nerkę, jakkolwiek wie o tem, że i druga anatomicznie jest już zmienioną. A czynimy to tem śmielej od czasu, kiedyśmy się uwolnili z pod teroryzmu anatomii patologicznej i otrząsnęli z nihilizmu terapeutycznego, na niej bezkrytycznie opartego. Dziś poświęcamy równie baczną uwagę zmianom anatomicznym danego narządu, jak i jego funkcyi, czyli fizyologii patologicznej; a kiedy nie możemy usunąć pierwszych, staramy się wpłynąć na drugą. Znajomość fizyologii patologicznej otwiera nam lekarzom szerokie horyzonty, a chirurgom pozwala postępować śmielej. Badaniem klinicznem nie umiemy jednak rozstrzygnąć tego pytania, nader ważnego dla chirurga, czy owa część miąższu nerkowego, utrzymująca ustrój w równowadze, zawartą jest w całości w jednej nerce, czy też częściowo rozmieszczoną jest w obu nerkach tak, że po usunięciu jednej nerki równowaga owa, dotychczas z trudnością utrzymywana, zachwianą zostanie bezpowrotnie, lub wreszcie, czy owa całość funkcyonująca w sposób wystarczający nie mieści się przypadkowo w tej właśnie nerce, którą, uważając za chorą, mamy zamiar usunąć. Zdarzyć się bowiem i tak może, że chory, zgłaszający się do nas, już z urodzenia jedną tylko posiada nerkę, lub też druga jego nerka skutkiem innego, lub tego samego procesu chorobowego, dawniej już przed laty przebytego, zanikła doszczętnie pod względem funkcyonalnym.

Uprzedzając tok wywodów, na tem już miejscu zaznaczyć muszę, że nawet cewnikowanie moczowodów samo przez się nie zdoła nas w pewnych przypadkach pouczyć należycie o istotnym stanie rzeczy. Gersuny np. wspomina o chorym z ropnem zapaleniem miedniczki, u którego stwierdził przy pomocy kateteryzowania moczowodów, że mocz wydzielany przez drugą nerkę żadnych zmian chorobowych nie przedstawiał. Z czystem przeto sumieniem i bez obawy wyciął nerkę chorą. Już jednak w kilkanaście godzin przyszło mu żałować tego kroku. Chory bowiem umarł wśród zupełnego bezmoczu, a sekcya wykazała, że w nerce, którą pozostawił, zachowała się jedynie jedna jedyna piramida, która wprawdzie wydzielała mocz chemicznie i morfologicznie prawidłowy, czynność jej jednak była zupełnie niewystarczającą.

Wobec takich i innych spostrzeżeń, o których później wspomnimy, w każdym przypadku cierpienia chirurgicznego nerek lekarz odpowiedzieć musi nietylko na to pytanie, która nerka i jakiem cierpieniem została dotkniętą, lecz także musi wiedzieć dokładnie i przewidzieć z możliwem prawdopodobieństwem, czy nerka, która pozostanie po ewentualnej nefrektomii, odpowie w sposób dostateczny zdwojonemu zadaniu, na nią włożonemu. Odpowiadając zaś na to pytanie, pamiętać trzeba o tem, że miąższ nerkowy nie jest zdolny do regeneracyi w ścisłem tego słowa znaczeniu. Tkanka raz zniszczona przepada bezpowrotnie. Nerka uledz może tylko przerostowi kompenzacyjnemu, ale dobroczynne to zjawisko występuje tylko w nerce, w której zmiany patologiczne nie są zbyt daleko posunięte i w przypadkach, w których ustrój ogólnie na siłach nie zbyt podupadł.

Możliwie ściśle sformułowana odpowiedź na to ostatnie zagadnienie nabiera niezmiernej wagi wobec faktu, że dziś nie wzdrygamy się przed wyjęciem jednej nerki, jakkolwiek klinicznie stwierdzamy, że druga dotknięta jest tem samem cierpieniem, lecz w nierównie mniejszym stopniu, a główne dolegliwości pochodzą z tamtej, bardzo już zmienionej nerki. Nie tak dawne to jeszcze czasy, kiedy w roku 1885 Prof. Albert z Wiednia pisał: „Die Nephrektomie bei Nierentuberculose erwähne ich als eine warnende Verirrung der Zeit. Es haben sich Menschen gefunden diese Operation auszuführen und ein Fall soll von Erfolg begleitet gewesen sein!“ Nie wiem, o ile ś. p. Prof. Albert zdanie to swoje później zmienił, gdyż w ostatniem wydaniu swego podręcznika w r. 1898 o gruźlicy nerek wcale nie wspomina; ogół jednak chirurgów inne miał przekonanie o nefrektomii w tem cierpieniu i za życia jeszcze tego sławnego chirurga operacya ta stała się typową i uwieńczona najlepszymi wynikami. Poszliśmy jeszcze dalej. Już nie równocześnie istniejąca gru-

* Wedle wykładu w Tow. lek lwowskiem.

źlica pęcherza, ale nawet początkowy okres zmian gruźliczych w drugiej nerce nie stanowią dziś bynajmniej przeciwwskazań do jednostronnej nefrektomii. Postępując zaś tak, liczymy na to, że wśród korzystniejszych warunków, jakie stwarzamy wydalając nerkę bardzo już zniszczoną, poczynająca się dopiero rozwijać gruźlica w drugiej nerce łatwiej się wygoi. Nie wątpimy bynajmniej, że w początkowych okresach gruźlica nerek uleczyć się może środkami dyetetycznymi. Takie zapatrywania wypowiada Schede w książce, pisanej zeszłego roku, i streszcza swe zapatrywania w tej kwestyi w słowach: „Bei der zweiten Niere kommt es in erster Linie auf die secretorische Leistungsfähigkeit an“... a w drugiej dopiero linii liczymy się z tem, czy w tej nerce jest już także gruźlica, czy jej jeszcze niema. Kierując się takiemi zasadami już nieraz chirurgia święciła swe tryumfy. Z wielu doświadczeń w tym kierunku wspominam tylko statystykę z kliniki Czernego.

W dalszym ciągu wymienić należy przypadki ropnych zapaleń miedniczek nerkowych. Wówczas, gdy jedna nerka jest ruchoma i skutkiem jej przemieszczenia moczowód załamie się pod kątem ostrym, przyjść może przy współudziale sprawy zapalnej do całkowitego zropienia tej jednej nerki. I chociaż badaniem klinicznem stwierdzimy, że proces zapalny (np. na tle rzeżączki) toczy się i po drugiej stronie, nie odstąpimy od myśli wycięcia nerki, zamienionej całkowicie w jeden torbiel ropny, skoro tylko oczywiście wśród innych warunków stwierdzimy, że nerka pozostająca dostatecznie funkcyonować zdoła. To samo *mutatis mutandis* powiedzieć możemy o analogicznych schorzeniach na tle kamicy nerkowej. Wykonując zaś wśród takich okoliczności nefrektomię, powodujemy się tą samą myślą, która nam przyświecała przy nefrektomii, podejmowanej wobec niejednakowego zajęcia gruźlicą obu nerek, t. j., że po usunięciu większego ogniska ropnego, zkąd wiele złego dla ustroju płynęło, łatwiej opanować zdołamy cierpienie nerki pozostałej.

Lecz we wszystkich tych przypadkach koniecznem jest dokładne zoryentowanie się w wydolności czynnościowej każdej nerki z osobna; w ten tylko bowiem sposób uniknąć zdołamy niemiłego zdarzenia — śmierci operowanego w parę dni po wycięciu nerki, skutkiem mocznicy.

Nawet w przypadkach, dających nam tak ściśle określone wskazówki co do postępowania leczniczego, jak w nowotworach złośliwych nerek, koniecznem jest choćby pobieżne zoryentowanie się w czynności drugiej nerki, które pozwoliłoby przynajmniej stwierdzić na pewno, że ta druga nerka istnieje.

Kończąc tych kilka uwag ogólnych i wyprzedzając poraz wtóry tok dalszego wywodu, zaznaczam, że po dokładnem rozejrzeniu się w kwestyi nas tu zajmującej, dojść musimy do przekonania, że jedynie cewnikowanie moczowodów w połączeniu z innymi dziś znanymi sposobami badania funkcyi nerek, może nas należycie pouczyć o wydolności funkcyonalnej każdej nerki z osobna, a zwłaszcza tej nerki, która pozostanie po zamierzonem wycięciu jednej i która po operacyi podjąć musi pracę zdwojoną. Ani kateteryzowanie moczowodów samo przez się, ani też wszystkie próby badania jakości czynnościowej nerek bez równoczesnego cewnikowania moczowodów, nie są w stanie w przeważnej liczbie przypadków dostarczyć nam dostatecznych, wytrzymujących wszelką krytykę dowodów. Zejść dziś musimy stanowczo ze stanowiska, jakie przed kilkoma jeszcze laty zajmował ś. p. Prof. Obaliński, twierdząc, że zupełnie polegać możemy na dostatecznej sprawności nerki jednej, gdy będąc zupełnie pewni rozpoznania gruźlicy nerek, nerkę chorą wyczuwamy, jako duży guz. Na takiem samem stanowisku stał do niedawna Schede, zawiódł się jednak bardzo i opuścił je nazawsze, a opuścił mając do rozporządzenia nierównie pewniejsze sposoby badania sprawności czynnościowej nerek, do których opisu wnet przystąpimy. Podnosić zaś chyba tego nie potrzebuję, że wrazie jednakowego zajęcia obu nerek, nietylko jakościowego ale i ilościowego, nefrektomia nie miałaby ani sensu, ani celu.

Kiedy jednak z całą pewnością wykazać się nam uda, że tylko jedna nerka chorobą jest zajęta, pamiętać trzeba, że ta nerka może być jedyną, czy to z urodzenia, czy też stała się dopiero w życiu późniejszym taką, dzięki jakiemuś dawniej już przebytemu cierpieniu. W iście mrówczej pracy zestawił Mankiewicz z Berlina „Przypadki operacyi na nerce w obec braku lub schorzenia drugiej“. Jakkolwiek wrodzony brak jednej nerki jest zjawiskiem rzadkiem, biorąc bowiem przeciętną liczbę z zestawień Whitego, Martina, Morrisa, M. Browna, Sangalliego, Menziesa i Bootesa otrzymamy 1 przypadek agenezyi jednej nerki na 2500 sekcyi, mimo to właśnie chirurg liczyć się musi i z tem małem prawdopodobieństwem. I to tem bardziej, że wedle poszukiwań Beumera ludzie dotknięci tą wadą stosunkowo często zapadają na cierpienia nerkowe i często właśnie skutkiem choroby tej jednej nerki umierają. Statystyka Beumera, obejmująca 48 przypadków nerki pojedynczej, stwierdzonej sekcyjnie, wykazuje w 22 przypadkach — a więc prawie w 50%,— że przyczyną śmierci było schorzenie nerki, wśród tego zaś w 12 przypadkach (25%) znalazł kamicę nerkową. A kiedy tak się rzeczy mają, dziwić się prawdziwie należy, że tylko sześć razy (wedle Mankiewicza) operowano nerkę pojedynczą. W 5 przypadkach operatorowie przeoczyli zupełnie brak drugiej nerki, w jednym zaś (Krönleina) spostrzeżono się jeszcze wczas, stwierdzona jednak obecność jednej tylko nerki odebrała operującemu odwagę do przedsiębrania czegokolwiek energiczniejszego na odsłoniętej już nerce i w parę dni potem chory zmarł wśród zupełnego bezmoczu, spowodowanego zatkaniem moczowodu kamykiem. Historye pięciu pozostałych przypadków przedstawiają się tak: 1) Houzel wyciął lewą nerkę z powodu aseptycznego, po części zwapniałego torbiela. Śmierć po 5-ciu dniach. Agenezya prawej nerki. 2) Verhoogen wykonał nefrektomię prawej nerki z powodu gruźlicy. Następnego dnia chory umarł. Wrodzony brak nerki lewej. 3) Schetelig wyciął jedną nerkę ze wskazań bliżej nieznanych. Chory zmarł wkrótce. Drugiej nerki brak zupełny. 4) Linkenheld naciął miedniczkę i wydobył kamyk, zatykający moczowód lewy. Chory wyzdrowiał. Znaczny przerost nerki stwierdzony podczas operacyi, bezmocz, trwający przed tem przez 5 dni, a głównie ilość moczu w pęcherzu, wahająca się od 2000.0 do 50 grm., zależnie od tego, czy szew na miedniczce trzymał, czy nie, uprawniają go do przypuszczenia, że w tym przypadku miał do czynienia z nerką jednostronną. 5) Springorum wykonał nefrotomię na prawej nerce; spodziewanego kamyka nie znalazł. Śmierć następnego dnia. Kamyk był rzeczywiście w moczowodzie, lecz bardzo nizko. Lewej nerki ani śladu.

Zatem na 6 operacyi jedno tylko wyleczenie i to w przypadku niezupełnie pewnym.

Po zestawieniu 234 przypadków nerki jedynej, zauważa Mankiewicz, że częściej zdarza się brak nerki po stronie lewej, że wadę tę spostrzegano częściej u mężczyzn i że mimo jednej nerki, ludzie dożywać mogą najpóźniejszego wieku. Względnie często notowano równocześnie wady rozwojowe w układzie płciowym, zwykle po stronie brakującej nerki i to w formie braku jądra, spodziectwa, braku jajnika trąbki i odpowiedniego rogu macicy i t. p. (Israel. P. Guttmann, Chavanuaz, Ebstein i i.) Nekroskopia stwierdzała brak odpowiednich naczyń krwionośnych i moczowodu. Ważniejszem dla klinicystów jest jednak to, że często, mimo brakującej nerki. można cystoskopem wykazać w pęcherzu pozornie prawidłowe ujście moczowodu, które jednak niczem innem nie jest, jak tylko ślepo kończącym się uchyłkiem, czasami na 2—4 ctm. głębokim. A zatem nie można się ograniczyć jedynie na stwierdzeniu ujścia moczowodu, lecz trzeba wykazać, że przez ujście to wprowadzić można odpowiedni cewnik, aż do miedniczki nerkowej i trzeba się przekonać, że przezeń wylewa się mocz na zewnątrz.

Z wrodzonym brakiem jednej nerki równe znaczenie kliniczne ma zupełny jej zanik, czy to skutkiem poprzednio przebytej choroby czy też po jakimś dawniejszy mzabiegu operacyjnym. W piśmiennictwie chirurgicznem nie brak przykładów i w tym kierunku. Należą tu obszerniej nieco opisane i ztąd lepiej znane przypadki Chrétiena, Spingoruma i Powera. Przypadki te mogą przedstawiać większe trudności rozpoznawcze niż agenezya nerki i dać mogą powód do złudzeń. Po zaniklej nerce pozostać może strzęp tkanki tłuszczowej (Israel) lub guz bliznowaty, które nawet przy bezpośredniem obmacaniu sprawiać mogą złudzenie istniejącej nerki zdrowej.

Niemiłą, a tem niemilszą, że zawsze nieoczekiwaną i czasami groźną niespodziankę, z jedynym wyjątkiem przypadku Israela, wykrywaną dopiero podczas operacyi, stanowi nerka podkowiasta (*ren arcuatus, unguiformis*), powstająca najczęściej skutkiem zrośnięcia się dolnych biegunów. Wśród tych nieprzewidywanych warunków operowali: Socin, Braun, König, Lotheisen i Israel (2 razy). Israel w jednym z ostatnich swoich przypadków rozpoznał puchlinę w nerce podkowiastej na podstawie ogólnych objawów puchliny nerkowej (*hydronephrosis intermittens*) i pojawiania się podczas napadu guza, położonego prawie w linii środkowej ciała. Operacya potwierdziła rozpoznanie. Powikłanie to, byle wcześnie podczas operacyi spostrzeżone, nie wydaje się zbyt groźnem, jeżeli policzymy, że z tych 6 przypadków dwa tylko zakończyły się śmiercią: jeden z krwotoku z przeciętego miąższu nerkowego, a drugi z następstw niedrożności moczowodu, należącego do pozostawionej połowy nerki. Zawsze jednak byłoby lepiej, gdybyśmy umieli oryentować się już przed operacyą, z czem mamy do czynienia i przystępowali do dzieła z całąświadomością mających się napotkać trudności. Niestety żaden z dotychczas znanych i używanych sposobów rozpoznawania nie pozwala nam choćby z pewnem prawdopodobieństwem przewidywać tej anomalii. Pojedynczy przypadek Israela nie może nam użyczyć pewnych wskazówek rozpoznawczych.

Jeszcze rzadszem i pewno jeszcze mniej pożądanem zdarzeniem podczas operacyi na nerkach jest: nerka plackowata, powstająca z całkowitego zlania się w jedną całość obu nerek i nerka wydłużona (*ren elongatus*). W tym przypadku obie nerki leżą po jednej stronie ponad sobą i zrastają się albo w sposób prosty, t. j. wnęki obu nerek zwrócone są w jedną stronę, lub też zrastają się esowato, tj. tak, że miedniczka jednej nerki zwróconą jest w jedną, drugiej zaś w drugą stronę.

Na pytanie, jaka jest suma operacyj, dokonanych na jednej nerce, w obec rozpoznanego lub przeoczonego schorzenia drugiej nerki, odpowiedzieć nie umiemy. Jakąkolwiek jest jednak owa liczba i bez względu na osiągnięte wyniki sądzę, że w przyszłości operacye, dokonywane, wśród takich warunków znacznie wzrosną w liczbę a przy umiejętnym doborze przypadków wyniki nie będą złe i odstraszające, skoro tylko nauczymy się zdawać sobie dokładnie sprawę ze stanu i sprawności czynnościowej każdej nerki z osobna.

Rozpatrzmyż się teraz w środkach i sposobach, jakimi ku temu celowi rozporządzamy.

Oglądanie okolic lędźwiowych w położeniu kolankowołokciowem chorego (Le Dentu) i opukiwanie nerek (Gerhardt, Zülzer, F. Müller, Reinhold, Pausch, Riess i in.) daje tak niepewne wyniki, że żadną miarą i w żadnym kierunku na nich oprzeć się można. Do wiele pewniejszych i pozytywniejszych wyników dojść możemy przez obmacywanie nerek. Badanie to uskutecznia się najczęściej oburęcznie w położeniu grzbietowem chorych. Tuffier i Litten radzą korzystać ze szczytowej chwili głębokiego wdechu. Badaniu temu przeszkadza najczęściej napięcie powłok brzusznych. Napięcie to starają się usunąć przez ciepłą kąpiel lub głębokie uśpienie narkozą (Lennhof). O ile łatwo zgodzić się można na pierwszą, o tyle stanowczo odradzać trzeba uśpienia. Morris i Israel zalecają badanie w położeniu bocznem lub półbocznem. Jelita wówczas spadają na stronę przeciwną i nerka staje się bezpośrednio dostępną badającej ręce. Israel zapewnia, że w tym kierunku doprowadzić można do mistrzowstwa. Clado i Guyon zwrócili uwagę na balotowanie nerki powiększonej, przylegającej ściśle do okolicy lędźwiowej. Glénard podał metodę zwaną *procédé de pouce*. Chcąc badać np. prawą nerkę, obejmujemy okolicę lędźwiową reką lewą w ten sposób, że cztery ostatnie palce leżą na okolicy lędźwiowej i wypychają ją ku przodowi, podczas gdy od przodu przeciwstawia się im palec pierwszy i tak chwytamy nerkę, jakoby całą ręką. Już w tym roku pisał Goldflam o badaniu nerek przez wstrząsanie okolicy lędźwiowej. Badający staje za chorym pochylonym ku przodowi i pięścią uderza z lekka w okolicę badaną. Wstrząśnienie to, udzielające się nerkom, przechodzi u ludzi zdrowych bez odczucia bólu. Natomiast nerki chore odpowiadają wyraźnym bólem, wyraźniejszym niż przy zwykłem obmacywaniu.

W korzystnych warunkach sposobami tymi uda się nam wykazać, która nerka jest chorą; do pewnego stopnia zdołamy nawet ocenić rozmiary zmian anatomicznych, nigdy jednak ze ścisłością konieczną w razie schorzenia nerek obustronnego, a zgoła żadnego wyobrażenia nie możemy mieć po dotychczas wyliczonych sposobach badania o sprawności funkcyonalnej nerki, mającej pozostać. Raz jeszcze powtarzam, że badanie w kierunku funkcyonalnej wydatności nerki pozostającej, w razie obustronnego zajęcia tych

narządów ma niezwykłą wagę. Casper i Richter zestawiają odpowiednich 29 przykładów (cząstkę wszystkich), które znaczną śmiertelnością świadczą, jak groźnym i fatalnym bywa przebieg po operacyi na nerkach, w obec ich obustronnego schorzenia, w znaczniejszym stopniu. Również nie zdołamy dotychczas wyliczonymi sposobami nigdy odznaczyć, czy druga nerka jest obecną, — gdyż w zwykłych warunkach rzadko tylko i wyjątkowo wyczuć się udaje choćby tylko dolny biegun nerki niepowiększonej, a jeszcze, nawet w tych nader wyjątkowych przypadkach nie zawsze u tego samego osobnika po obu stronach.

Położenie nie poprawiło się po odkryciu X-promieni. Trzeba pewnej dozy dobrej woli, aby na takich radyogramach, zdjętych z jamy brzusznej, dopatrzeć się cienia, odpowiadającego rzekomo nerkom. W pewnych przypadkach chorobowych, w pierwszej linii w kamicy nerkowej, umiemy jednak i z tej strony otrzymać niektóre pożyteczne wskazówki, jak to jedni z pierwszych spostrzegaliśmy swego czasu w klinice Prof. Rydygiera. W ostatnim roku posunęliśmy się i w tym kierunku o krok naprzód. Tuffiér L. B. Schmidt, G. Kolischer, F. Loewenhard i G. v. Illyes zalecili, aby radyogramy zdejmować po poprzedniem wprowadzeniu do obu moczowodów cewników, zaopatrzonych w mandren z ołowiu, srebra lub zawiesiny podazotynu bizmutu. Wtedy na fotografii otrzymamy zupełnie wyraźny obraz mandrenu, wskazujący nam przebieg moczowodu i zwracający naszą uwagę na cień, odpowiadający nerkom, względnie na obraz kamyczków, zawartych w miedniczkach nerkowych, a nawet przez porównanie stosunku obrazu mandrenu do obrazu guza, który uważaliśmy np. za ruchomą nerkę, możemy tą drogą uzyskać pewne wskazówki rozpoznawcze dla przypadków guzów jamy brzusznej. (C. d. n.)

II. Z zakł. anat. patol. prof. Browicza w Krakowie.

O polipowatych nowotworach mięszanych przełyku.

Podał
Dr. L. K. Gliński,
Asystent zakładu.

Jedną z najczęstszych zmian nowotworowych, jak i wogóle chorobowych w obrębie przełyku są bezsprzecznie raki; nic dziwnego zatem, że ta sprawa chorobowa oddawna zwracała na siebie uwagę badaczów, dzięki czemu obecnie w tym kierunku posiadamy już bardzo obszerne piśmiennictwo i odnośnie do tych nowotworów niewiele nowego da się obecnie powiedzieć. Prócz raków jednakże spotykamy się w przełyku także z innymi nowotworami, występującymi już to w postaci ograniczonych guzów, już też, co rzadziej, w postaci polipów, dochodzących niekiedy znacznych rozmiarów i tamujących skutkiem tego przechodzenie pokarmów. Rzadkość tych nowotworów jest przyczyną, iż nasze wiadomości w tym kierunku są niedostateczne, często wprost błędne. Tak np. wielu autorów nawet najobszerniejszych podręczników o polipach przełyku nie wspomina zupełnie, lub też, polegając na dawniejszej monografii Middeldorpfa, nazywa polipami przełyku twory uszypułowane, wychodzące ze ścian gardła *(pharynx),* które następnie przy połykaniu opuszczają się do przełyku, ich szypuła wydłuża się tak, że polipy te sięgać mogą nawet do wpustu żołądka. Nie są to jednak właściwe polipy przełyku (t. j. wychodzące ze ścian przełyku), lecz polipy gardlane, leżące w przełyku. König w swej monografii o chorobach przełyku[1]) wręcz przeczy istnieniu rzeczywistych polipów przełyku; opisane zaś w latach dawniejszych przypadki Pringlea (polip, wychodzący ze środkowej części przełyku), oraz Dallasa (3 cale poniżej szpary głosowej), tłómaczy w ten sposób, iż i w tych przypadkach punktem wyjścia polipów były ściany gardła, lecz szypuła pod wpływem ciężaru polipa i działania mechanicznego połykanych pokarmów przewędrowała następnie ku dołowi — tłómaczenie, dające się zastosować tylko do przypadków niedostatecznie badanych, gdyż takie przesunięcie się szypuły nie mogłoby nastąpić bez zmian w błonie śluzowej tych miejsc, wzdłuż których to przesuwanie się następowałoby. Zresztą niema żadnych słusznych powodów, dla którychby polipy w przełyku rozwijać się nie mogły: kształt polipowaty nowotworów, jak wiadomo, jest rzeczą przypadkową, zależną od warunków miejscowych i sposobu rozrastania się nowotworu; przełyk zaś, jako cewka o szerokiem stosunkowo świetle, posiada odpowiednie warunki. To też, rzadko wprawdzie, jednakże spotykamy się i w nowszem piśmiennictwie z polipami dokładnie opisanymi i nie pozostawiającymi wątpliwości co do ich pochodzenia ze ścian przełyku; do takich należałoby zaliczyć przypadki Weigerta, Coatsa, Oglea, Wolfensbergera i innych.

Co się tyczy budowy drobnowidowej tych polipów, to według Birch-Hirschfelda kształt ten przybierać mogą tutaj włókniaki, tłuszczaki i mięśniaki gładkokomórkowe (przypadek Coatsa). Weigert opisał przypadek gruczolaka polipowatego; w przypadku Oglea kształt polipa miał posiadać mięsak wrzecionowatokomórkowy, wreszcie najciekawszym ze względu na budowę mikroskopową jest przypadek, ogłoszony przez Wolfensbergera. W przypadku tym u 75-letniego starca badanie pośmiertne wykazało w dolnej części przełyku na przedniej jego ścianie obecność dużego uszypułowanego polipa, złożonego jakby z oddzielnych pozrastanych ze sobą guzków, dość miękiego, sięgającego swym szczytem na 2 cm. powyżej wpustu żołądka; ponad tym głównym tworem polipowatym znajdowały się w przedniej ścianie przełyku oddzielne białawe guzki, częściowo również polipowatego kształtu. W okolicy wpustu, już w obrębie jamy brzusznej, znaleziono przerzut nowotworowy w jednym z gruczołów chłonnych. Badanie drobnowidowe nowotworu w przełyku okazało, iż składa on się głównie z mięśni prążkowanych, przedstawiających najrozmaitsze okresy rozwoju, poczynając od niezróżniczkowanej jeszcze komórki okrągłej aż do zupełnie wykształconych włókien. Przerzut w gruczole chłonnym składał się głównie z komórek okrągłych, dalej z małych komórek wrzecionowatych, wreszcie z krótszych i dłuższych włókien, w których tu i owdzie można było wykazać poprzeczne prążkowanie; wreszcie w środkowej części gruczoł ten posiadał utkanie śluzakowe. Na podstawie wyniku tego bada-

[1]) Nawet jeszcze w nowem (VII) wydaniu swego obszernego podręcznika „Lehrbuch der speciellen Chirurgie“ z roku 1898—1899 o właściwych polipach przełyku König nie wspomina, a o spotykanych w przełyku polipach mówi: „Sie wachsen wohl immer von dem Pharynx aus“. *(Przyp. autora).*

nia drobnowidowego autor rozpoznał w swoim przypadku mięśniak prążkowany.

Przypadek ten jest dotychczas, o ile mi wiadomo, jedynym w piśmiennictwie: nowotwory, zawierające mięśnie prążkowane, do tego czasu były opisywane prawie wyłącznie w obrębie innych narządów i to głównie w obrębie narządu moczopłciowego (nerki, jądra, macica, pochwa i t. d.); o ile zaś to możliwe, wszechstronna znajomość tych nowotworów jest ze względów teoretycznych niezwykle ważną, gdyż sprawa powstawania tych nowotworów rzuca ciekawe światło na powstawanie nowotworów wogóle. Z tych względów, sądzę, warto jest zastanowić się nad następującym przypadkiem, który nasunął mi się w tutejszym zakładzie anatomii patologicznej Prof. Browicza, zwłaszcza iż pojmowanie przez Wolfensbergera opisanego przezeń przypadku obecnie już wobec ciągłego postępu nauki, szczególnie po ogłoszeniu prac Wilmsa o nowotworach mięszanych, nie wydaje mi się słusznem. Zresztą i ze względów czysto praktycznych — leczniczych — przypadek ten również godzien jest uwagi.

Z końcem roku 1900 do tutejszego szpitala św. Łazarza na oddział prymaryusza Dra Krokiewicza (któremu za łaskawie mi udzielone daty kliniczne składam szczere podziękowanie) zgłosił się 68-letni mężczyzna ze skargami na utrudnione połykanie, bóle w okolicy żołądka, dość częste nudności i wymioty. Ojawy te wystąpić miały na 3 miesiące przed zgonem. Badanie przedmiotowe wykazywało znaczne wyniszczenie, bladość powłok, zresztą w narządach wewnętrznych (prócz przełyku) badaniem przedmiotowem zmian ważniejszych wykazać się nie udało. Kilkakrotne badanie zgłębnikiem (dość grubym) przełyku wykazywało lekki opór w okolicy wpustu żołądka, łatwo jednakże dający się przezwyciężyć. Osłuchiwanie przełyku podczas połykania pokarmów wykazywało obecność 2 szmerów połykowych. Przez czas pobytu w szpitalu chory nie gorączkował, wymienione wyżej objawy (nudności, wymioty, utrudnione połykanie, bóle w okolicy żołądka) utrzymywały się ze zmiennem natężeniem, wyniszczenie postępowało szybko, osłabienie wzrastało, wreszcie nastąpiła śmierć wśród objawów znacznego osłabienia i śpiączki.

Badanie pośmiertne wykazało w dolnej części przełyku obecność guza nowotworowego, wypełniającego całkowicie rozszerzone tutaj światło przełyku. Guz ten wielkości i kształtu jaja kurzego, zgrubieniem zwróconego ku wpustowi, nie dochodzi na $2^1/_2$ ctm. dolnym swym brzegiem do wpustu, wychodzi z przedniej ściany przełyku i jest z nią połączony za pomocą dość krótkiej (2 ctm.), stosunkowo cienkiej ($^1/_2$ cm.) szypuły. Szypuła ma kształt podłużny, rozpoczyna się w odległości 19 cm. poniżej górnego brzegu chrząstki obrączkowej, kończy się na $5^1/_2$ ctm. powyżej wpustu. Długość samego polipa w największym wymiarze = $7^1/_2$ ctm., szerokość w miejscu najszerszem = 4 ctm., obwód polipa w części górnej = $6^1/_2$ ctm., obwód w części dolnej = 12 ctm. Powierzchnia polipa jest nierówna, guzkowata, miejscami w dolnej części rozpadająca się i wrzodziejąca. Polip daje się łatwo unosić na szypule, która zdaje się stanowić bezpośrednie przedłużenie błony śluzowej i nie pozostaje w ściślejszym związku z warstwami głębszemi; to też dzięki wiotkiej tkance podśluzowej przy unoszeniu polipa unosi się zupełnie swobodnie i błona śluzowa części sąsiednich. Co się tyczy zbitości polipa, to jest on wogóle dość mięki, miejscami jednak wyczuwa się nieco zbitsze partye. Powierzchnia rozkroju jest dość gładka, białawo zabarwiona; miejscami widoczne są części więcej szarawe, przeświecające, jakby galaretowate.

Powyżej tego polipa, również na ścianie przedniej, nieco ku stronie prawej, znajduje się drugi wązki, stosunkowo mały polip na bardzo cienkiej nóżce, dochodzący długości 2 ctm. Odpowiednio do wielkości i kształtu głównego polipa przełyk, przedstawiający w częściach leżących powyżej polipa wymiary zupełnie prawidłowe, w częściach dolnych rozszerza się w miarę grubienia tego guza stożkowato, obejmując go w kształcie pochwy i dosięgając $12^1/_2$ ctm. obwodu w miejscu najszerszem. Ściany przełyku przylegają dość ściśle do powierzchni polipa, błona śluzowa tutaj wydaje się nieco zmacerowaną, w miejscach zaś, odpowiadających największym wypukleniom polipa, znajdujemy już nawet wyraźne ubytki w błonie śluzowej. Błona śluzowa powyżej opisanych polipów i wogóle ściany przełyku na całej przestrzeni przedstawiają zupełnie prawidłowe wejrzenie i zmian żadnych nie okazują.

Prócz wyżej opisanych zmian w obrębie przełyku, oraz ogólnego znacznego wyniszczenia i wysokiego stopnia niedokrewności, badanie pośmiertne nie wykazało żadnych ważniejszych zmian, wobec czego jako przyczynę śmierci należało uznać wyniszczenie całego ustroju w następstwie głodu.

Do badania drobnowidowego wyciąłem z opisanego wyżej wielkiego polipa kilka kawałków dość dużych i to z różnych miejsc, by zapoznać się możliwie dokładnie z jego budową; cały zaś okaz zachowałem w słabym rozczynie formaliny. Wynik badania był następujący: na powierzchni guza gdzieniegdzie tylko dają się wykazać resztki nabłonka wielowarstwowego, pokrywającego błonę śluzową przełyku, przeważnie zaś nabłonek uległ obumarciu i odpadł. Podobnież i powierzchowne warstwy polipa są przeważnie obumarłe, zmienione w drobnoziarnistą masę bez dającej się wykazać budowy; wśród masy tej już przy barwieniu zwykłem (hematoksylina, eozyna), jeszcze wyraźniej zaś przy barwieniu barwikami anilinowymi widzimy niezliczoną ilość najrozmaitszych bakteryj (prątków, koków); spotykają się tutaj również niezbyt liczne leukocyty. W miarę posuwania się ku środkowi guza wśród tej masy bez budowy poczynają się pojawiać komórki — początkowo pojedynczo, później — coraz liczniejsze; tutaj jednakże jeszcze komórki te nie barwią się należycie: tyle tylko, iż można rozróżnić ich zarysy, oraz zarysy jąder; komórki te posiadają kształt przeważnie wrzecionowaty i są różnej długości. Dopiero stosunkowo już w dość głębokich warstwach tkanka nowotworowa barwi się dobrze i tutaj nawet przy pobieżnem przeglądaniu preparatów rzuca się w oczy niejednolitość utkania.

Przeważną masę utkania nowotworu stanowią różnej długości wrzecionowate komórki z owalnem jądrem, ściśle do siebie przylegające i grupujące się jakby w pęczki, przebiegające w najrozmaitszych kierunkach i przeplatające się nawzajem; ztąd też na przekroju znajdujemy całe pasma, złożone z tych komórek, poprzecinane już to poprzecznie, już to podłużnie, już wreszcie skośnie. Pomiędzy pasmami komórek wrzecionowatych, miejscami zaś i między pojedynczemi komórkami, rozrzucone są nierównomiernie

różne rodzaje komórek, a mianowicie: 1) nieliczne krwinki białe, przeważnie jednojądrzaste; 2) komórki okrągłe lub owalne różnej wielkości, niekiedy kilkakrotnie przewyższające wielkość krwinki białej; 3) komórki olbrzymie z licznemi jądrami. Spotykane tu i owdzie leukocyty nic godnego uwagi nie przedstawiają. Ważniejsze są 2 następne rodzaje komórek; otóż wspomniane komórki okrągłe leżą rozrzucone już to pojedynczo pośród pęczków komórek wrzecionowatych, już też miejscami tworzą większe skupienia; znaczniejszego nagromadzenia tych komórek w częściach obwodowych nie znalazłem. Posiadają one kształt już to okrągły, już owalny; miejscami kształtem swym zbliżają się do krótkich komórek wrzecionowatych. Jądra tych komórek barwią się silnie hematoksyliną i stosunkowo do rozmiarów całej komórki są niewielkie. W jądrach tych komórek widoczne są bardzo liczne figury karyokinetyczne: w niektórych z nich podział został już ukończony, mimo to protoplazma nie rozdzieliła się i komórka zachowując kształt okrągły lub nieco wydłużony różni się od innych tylko swą wielkością i obecnością 2 jąder. Obok tych komórek znajdujemy rozrzucone pośród komórek wrzecionowatych komórki olbrzymie o niewyraźnych zarysach protoplazmy, o bardzo silnie barwiących się jądrach; ilość tych jąder jest zmienna: w niektórych komórkach znajdujemy ich kilkanaście, a nawet kilkadziesiąt, w innych natomiast znajduje się tylko jedno lub dwa jądra, jądra te jednak dosięgają bardzo znacznych rozmiarów, przybierają najfantastyczniejsze kształty, wogóle jednak posiadają kształt wydłużonych tworów z licznemi przewężeniami (różańcowaty). Miejscami ilość tych komórek wzrasta bardzo znacznie tak, że zajmują one niekiedy całe pole widzenia i zdają się tworzyć główną masę utkania nowotworowego; z drugiej jednakowoż strony nieraz w całym preparacie udaje się wykazać zaledwie parę tych komórek olbrzymich.

Prócz wyżej opisanych komórek, spotykamy w różnych częściach preparatów już to pojedyncze, już też skupione w mniejsze lub większe pasma dość grube włókna łącznotkankowe, barwiące się czerwono metodą v. Giesona. Gdzieniegdzie pośród utkania nowotworowego znajdują się rozrzucone niezbyt ściśle odgraniczone ogniska, złożone z nielicznych komórek już to gwiazdkowatych, już to różnokształtnych, z licznemi, łączącemi się z sobą wypustkami, oraz ze znacznej ilości istoty międzykomórkowej, miejscami podbarwiającej się słabo-niebiesko hematoksyliną i nie okazującej drobnowidowo żadnej budowy; jednem słowem ogniska te mają wejrzenie tkanki śluzakowej; są one rozrzucone bezładnie w różnej ilości w różnych częściach preparatów; wielkość ich również jest różna, niektóre z nich są widoczne makroskopowo w postaci wyżej wspomnianych ognisk szarawych, przeświecających, inne dają się wykazać dopiero przy badaniu drobnowidowem. Wreszcie spotykamy się tutaj jeszcze z jednym składnikiem: w niektórych preparatach widoczne są dość liczne włókna mięśni prążkowanych; włókna te leżą już to skupione w pęczki, już to porozrzucane pojedynczo wśród innych składników nowotworu; częściowo w środkowych częściach tych włókien, głównie zaś na ich obwodzie znajdujemy rozrzucone jądra kształtu owalnego, barwiące się dobrze hematoksyliną. Co się tyczy prążkowania poprzecznego, to nie wszędzie występuje ono wybitnie; w niektórych włóknach jest ono zupełnie wyraźne, w innych — zaledwo zaznaczone w pewnych częściach (zwykle w sąsiedztwie jądra), w innych wreszcie — prążkowania nie widzimy; tutaj jednak odróżniają się one wybitnie swem żółtem zabarwieniem od znajdujących się w tymże preparacie (barwionym metodą v. Giesona) czerwono zabarwionych włókien łączno-tkankowych.

Wreszcie dodać muszę, iż wyżej opisany nowotwór jest wogóle niezbyt obficie unaczyniony; najwięcej jeszcze stosunkowo naczyń znajdujemy w obrębie wspomnianych ognisk o utkaniu śluzakowem; naczynia te posiadają stosunkowo szerokie światło i cienkie ściany, sprawiając wrażenie naczyń nowowytworzonych.

Celem dokładniejszego zapoznania się z pojedynczymi składnikami oraz z budową komórek wrzecionowatych, poddałem cząstki nowotworu maceracyi (w 33% wyskoku) i po rozdrobnieniu ich igiełką badałem preparaty już to niebarwione, już też podbarwione safraniną. Badanie to jednakże nie dodało właściwie nic nowego do tego, cośmy wyżej powiedzieli, jedynie tylko w protoplazmie niektórych komórek wrzecionowatych dopatrzeć się było można śladów poprzecznego prążkowania; obrazy te jednakowoż nigdzie nie były tak wyraźne, jak w przypadku Wolfensbergera.

Obecności włókien sprężystych wykazać mi się nie udało. (Dokończ. nast.).

III. **Z kliniki lekarskiej prof. dra Gluzińskiego we Lwowie.**

O stosowaniu leczniczem żelatyny w krwotokach i tętniakach.

Podał

Dr. Henryk Berger

c. i k. lekarz pułkowy.

(Ciąg dalszy).

Mój materyał doświadczalny stanowi 9 przypadków, między którymi był 1 z zapaleniem macicy krwotocznem i zwyrodnieniem torbielowatem nerek, 1 z plamicą gośćcową. 2 z plamicą Werlhofa, 1 z zapaleniem nerek krwotocznem, 1 z moczeniem krwawem przepuszczającem, 3 z krwioplucie m płucnem na tle gruźliczem.

Poniżej przedstawiam powyższe przypadki z pominięciem 2 przypadków tętniaka, które chciałbym szczegółowiej omówić.

Przypadek I. dotyczy chorej 36 letniej *P. M.* W wywiadach podaje, że zawsze się czuła zdrową aż do kwietnia ostatniego roku; wtedy właśnie wystąpiła prawidłowa miesiączka, trwająca 4 dni; w parę dni potem pojawiła się znowu. Krwawienie to utrzymuje się dotąd; 18. kwietnia zauważyła chora krwawe zabarwienie moczu, co skłoniło ją do zgłoszenia się do kliniki, gdzie też 25/4 została przyjęta.

Rozpoznanie: *Endometritis haemorrhagica in individuo cum rene migrante dex. et degeneratione cystica renum.*

26/4 Chora krwawi ciągle i dość obficie. Podmiotowo uskarża się na ciągnące bóle w krzyżach i ogólne osłabienie. Badanie krwi wykazuje: ciałek białych 13.000, czerwonych 5,400,000, hemoglobina = 50. Mocz barwy mięsa, oddziałuje kwaśno C. wł. 1020. Znaczna ilość białka. Inne składniki prawidłowe. W osadzie znaleziono obfitą ilość ciałek czerwonych, pojedyncze ciałka białe, przybłonki z pęcherza.

Chorej podano 15 grm. żelatyny w formie galaretki.

26/4. W moczu pojedyncze skrzepy krwi. Żelatyna.

28/4. Od wczoraj wieczora do dziś południa ustało krwawienie zupełnie. Mocz wyjaśniał nieco. Wieczorem znowu lekkie krwawienie z części rodnych. Polecono nadal codziennie żelatynę.

29/4. Od wczoraj krwawienie ustało. Mocz bez krwi. O godz. 2 znowu krwotok, lecz daleko mniejszy niż poprzednio,

30/4. Krwawienia niema. Mocz bez krwi.

Do 4/5. stan niezmieniony. W moczu znaleziono zbity, 1 ctm. długi skrzep.

8/5. Mocz znowu krwawy, chora skarży się na ciągnące bóle w krzyżach. Krwawienia z części rodnych niema.

10/5. Mocz bez krwi, jednak ze śladem białka, bez skrzepów; stan ogólny znacznie lepszy.

14/5. Żelatynę odstawiono.

25/5. Chora opuszcza klinikę. Od 8/5. nie stwierdziliśmy ani razu krwawienia. Mocz stale jasny ze śladem białka.

Przypadek II. Chora *M. H.*, lat 15. W lutym b. r. dostała krwawej wysypki na kończynach dolnych, utrzymującej się w ciągu miesiąca. Gdy chora wstała z łóżka, pojawiła się znowu wysypka po tygodniu, tym razem i na kończynach górnych wraz z lekkim obrzękiem skóry. Od czasu do czasu pojawiał się obrzęk także na powiekach. Na inne przypadłości się nie uskarża. Przyjęta do kliniki 2. maja b. r.

Rozpoznanie: *Nephritis haemorrhagica in individuo cum purpura rheumatica.*

Badanie moczu, dokonane dnia następnego, wykazuje: mocz barwy mięsa, wysycony, Cg. 1014. oddziałuje zasadowo, białka znaczna ilość (4·7‰). Inne składniki prawidłowe. W osadzie b. liczne czerwone i białe ciałka krwi, wałeczki szkliste i ziarniste obłożone ciałkami czerwonemi. Chora pozostawała w leczeniu do 21/6. Podawano jej codziennie żelatynę w postaci galaretki.

Skutek nie był zadowalniający, podskórne wybroczyny zmniejszały się wprawdzie i około 6/6 znikły nawet zupełnie, powróciły jednak na nowo przed opuszczeniem kliniki. Tak samo pozostał mocz krwawy, zmniejszyła się tylko ilość białka, która spadła powolnie do 2·5‰.

Przypadek III. *S. I.* lat 23. Rozpoznanie: *Morbus maculosus Werlhofii.* Chorego przyjęto z silnym krwotokiem nosowym. Na kończynach dolnych liczne świeże wybroczyny podskórne, mniej ich na skórze grzbietu i klatce piersiowej, jakoteż na dolnej wardze i na granicy między podniebieniem miękiem a twardem. Chory lekko gorączkuje. W stolcu krew jasnoczerwona. Mocz krwistoczerwony. C. wł. 1022, białko obecne. W osadzie liczne ciałka czerwone. Badanie krwi: c. białych 11.200, c. czerwonych 4.500.000, Fleischl 60%.

Tamponada nosa (rurką Bellocqa) gazą napojoną 10% rozczynem żelatyny; 20 grm. żelatyny wewnętrznie.

22/5. Po odjęciu tamponów krew lekko się sączy. Mocz i stolec krwawy. Polecono: 2 r. dź. przepłókiwanie nosa 10% rozczynem żelatyny i żelatynę wewnętrznie. Chory czuje się b. osłabionym.

23/5. Od czasu do czasu chory krwawi. Mocz jaśniejszy, zawiera mniej ciałek czerwonych krwi. Żelatyna wewnętrznie.

24/5. Krwawienia niema. Chory czuje się lepiej, gorączkuje jednak jeszcze do 37·5. Mocz żółty, w osadzie nieliczne ciałka czerwone. Stolec dziś oddany barwy prawidłowej. Wybroczyny skórne znacznie bledsze. Żelatyna wewnętrznie.

25/5. Krwawienia niema. Stan podgorączkowy. Obok zbladłych wybroczyn skórnych na kończynach dolnych, nieliczne świeże. Mocz czysty bez ciałek krwi w osadzie. Żelatynę podano dalej.

28/5. Od przedwczoraj nie dostrzeżono żadnych wybroczyn. Chory czuje się dobrze, uskarża się tylko na osłabienie. Mocz jasny, zawiera ślad białka. Badanie krwi wykazuje: ciałek białych 6800, ciałek czerwonych 5.800,000, Fleischl 70%. Podano żelatynę z bulionem mięsnym.

Chory opuścił klinikę dnia 13/6. uleczony. Krwawienie z nosa nie pojawiło się wcale, wybroczyny skórne zbladły prawie zupełnie, w moczu białka nie można było wykazać.

Przypadek IV-ty pochodzi z mojej praktyki prywatnej i dotyczy 19-letniej kobiety w 10 m. ciąży. Poraz pierwszy widziałem chorą przed 2 miesiącami, kiedy przybyła do mnie z powodu częstego i uporczywego krwawienia z nosa.

Badanie wykazało pojedyncze wybroczyny podskórne i znaczną niedokrewność. Z wywiadów można się było dowiedzieć, że chora w 12 r. życia przebyła chorobę podobną do gnilca *(scorbutus).* Badanie nosa nie przedstawiało nic nieprawidłowego. Zaleciłem spokój, odpowiednią dyetę oraz *Aq. calcinata efferv. Jaworski.*

Rozpoznanie: *Diathesis haemorrhagica in gravida.*

Po 2 miesiącach zawezwano mnię powtórnie do chorej i wówczas dowiedziałem się, że ona stale krwawi z nosa. Z powodu stanu chorej nie można było zastosować leków wewnętrznych, tamujących krwotok, a na tamponadę nie chciała się chora zgodzić, mimo przedstawień. W chwili mego przybycia krwotok trwał już od 10 godzin. Na tamponadę chora w żaden sposób nie chciała się zgodzić, postanowiłem więc użyć w tym przypadku przepłókania jamy nosowej żelatyną, aby w ten sposób opanować nie tak obfite jak uporczywe krwawienie. I rzeczywiście krwotok niebawem ustał. Jednakowoż wskutek niespokojnego zachowania się chorej skrzep wiotki, który się właśnie utworzył, wypadł z nosa, a krew zaczęła sączyć na nowo, co się powtórzyło dwukrotnie. Tętno stało się znacznie przyspieszone, wystąpiły trudności w oddechaniu, postanowiłem więc wziąć się do wstrzyknięcia żelatyny, wahając się początkowo, ponieważ obawiałem się podniesienia ciepłoty, które nie było pożądanem w ostatnich dniach ciąży.

Wstrzyknąłem podskórnie 100 grm. 2% rozczynu żelatyny w łydkę lewą; — po $^3/_4$ godź. krwotok ustał zupełnie. Ciepłota, zapowiadając się lekkimi dreszczykami, poczęła wzrastać i doszła około północy do 38·8°. Chora skarżyła się na silne bóle w lewem podudziu; miejsce wstrzyknięcia nie przedstawiało żadnego odczynu. Na 2-gi dzień ciepłota opadła do prawidłowej, bóle ustały pod okładami z rozczynu Burowa. Po 6 dniach nastąpił poród. Chora aż do tego czasu codziennie zażywała żelatynę, a krwawienie wcale się nie powtórzyło. Skutek leczniczy żelatyny był w tym przypadku niezwykle pomyślny, trzeba jednak dodać, że odnosił się on do chorej rzeczywiście »na wpół skrwawionej«.

Przypadek V. *F. K.* lat 40. Rozpoznanie: *Nephritis haemorrhagica.* Ostre zapalenie nerek zwróciło na siebie uwagę chorego dopiero, kiedy wystąpiły obrzęki przed dwoma tygodniami. Rozbiór moczu wykazuje: mocz wysycony o c. wł. 1020, chlorki lżejsze, znaczna ilość białka. Essbach $4^1/_2$‰. Pod drobnowidem wałeczki ziarniste, nieliczne ciałka czerwone krwi.

Badanie krwi: Ciałek białych 12.600, czerwonych 4,320.000, Fleischl 72%. Ilość moczu na dobę 400 grm.

Stan chorego po 3 tyg. pobytu w klinice znacznie się poprawił przy odpowiedniem leczeniu. Ilość moczu wzrosła na 3100 grm. na dobę, obrzęki znacznie zmalały, pozostał tylko ślad obrzęku koło kostek. Naraz 10/4 znaleziono w osadzie pod drobnowidem b. wielką ilość ciałek czerw. krwi, a mocz okazywał barwę ciemnoczerwoną.

Ponieważ stan w ciągu 2 dni nie poprawił się, wstrzyknięto dnia 13/5 wieczorem 100 grm. 2% rozczynu żelatyny w prawą łydkę. W 4 godziny po wstrzyknięciu, ciepłota ciała poczęła się wśród silnych dreszczów podnosić, a o północy doszła do 38·3° C.

14/4. Chory mało gorączkuje, najwyższa ciepłota 37·5.

Miejsce wstrzyknięcia bez odczynu zapalnego, chory uskarża się jednak na dość silne bóle w prawem podudziu. Mocz zachowuje się jak poprzednio w ilości 2740 na dobę.

15/4. Stan bezgorączkowy. Miejsce wstrzyknięcia nie okazuje odczynu, bóle ustąpiły. Mocz ciemnoczerwony, c. wł. 1019, białko wyraźne, w osadzie pod drobnowidem: czerwone ciałka krwi w dość znacznej ilości, Essbach 1·4‰.

16/4. Mocz w trzech odstępach zebrany okazuje następujące zabarwienie: ciemnobrunatne, ciemnożółte, bursztynowo żółte. Essbach = 1‰. Pod drobnowidem: nieliczne wałeczki ziarniste, ciałka czerwone krwi w daleko mniejszej ilości.

18/4. Stan ogólny tak jak poprzednio. Ilość moczu 2500, barwa żółtawobrunatna, C. wł. 1015. Essbach 0·75‰. Osad pod drobnowidem jak poprzednio.

19/4. W osadzie ilość ciałek czerwonych znacznie mniejsza, mocz jaśniejszy.

20/4. Mocz żółty, pod drobnowidem c. czerwonych wykazać nie można.

30/4. Chory czuje się znacznie lepiej. Obrzęków nigdzie stwierdzić nie można. Ilość moczu 2200, barwa żółta bez domieszki krwi. W osadzie wałeczki (szkliste i ziarniste), przybłonki. Essbach = 0·45‰.

Chory opuszcza 5/5 klinikę ze znaczną poprawą, mocz bez krwi.

W tym przypadku uzyskaliśmy rzeczywiście skuteczny wynik, tem wybitniejszy, że żelatyna pomimo ostrego zajęcia nerek nie wywarła na nie wcale złego wpływu, albowiem ilość białka w porównaniu z jego poprzednią ilością znacznie się zmniejszyła. Przypadek ten potwierdził spostrzeżenia Sorga.

Przypadek VI. *M. S.* 42 lat. W wywiadach podaje, że przed 2 laty zauważyć miał krwawy mocz. Stan taki utrzymywał się przez miesiąc z małemi przerwami. Przed 2 miesiącami pojawił się znowu krwawy mocz. Stan ten jednak ustąpił po kilku dniach. Obecnie krwawe

zabarwienie moczu wystąpiło znowu, skutkiem czego chory zgłosił się do kliniki.

Rozpoznanie: *Degeneratio cystica renum. Haematuria intermittens.*

17/4 Stan bezgorączkowy. Bólów niema. Przy ogólnem badaniu wszędzie stosunki prawidłowe, tylko po stronie prawej brzucha nerka powiększona macalna. Mocz ciemnoczerwony, oddziałuje słabo kwaśno, C. wł. 1012. Białko wyraźne. Chlorki lżejsze. W osadzie wałeczków nie znaleziono, tylko nader liczne czerwone ciałka krwi.

Choremu podano wewnętrznie żelatynę.

18/6. Mocz barwy słomiasto-żółtej. Białko wyraźne, w osadzie ciałek czerwonych nie znaleziono. Podano żelatynę wewnętrznie.

19/6. Badanie moczu wykazuje: barwa słomiasto-żółta, c. wł. 1009, ślad białka, osad skąpy, jak dzień przedtem. Podano dalej żelatynę.

23/6. Do dziś stan niezmieniony. Rano oddał chory znowu mocz krwisto czerwony o oddziaływaniu obojętnem, c. wł. 1011, białko wyraźne, chlorki i inne składniki prawidłowe. W osadzie znaleziono bardzo wielką ilość ciałek czerwonych, zresztą nic nieprawidłowego.

Wstrzyknięto 100 ctm.^{3} rozczynu żelatyny w lewą łydkę. Wieczorem mocz mętny, żółty.

24/6. W trzy godziny po wstrzyknięciu podniosła się ciepłota ciała wśród miernych dreszczów. Najwyższa ciepłota 38·4. Miejsce wstrzyknięcia bolesne, bez odczynu. Mocz żółty. Chory czuje się dobrze.

O 11 w nocy mocz zawiera prawie czystą krew. Ciepłota 37·3. Podano wewnętrznie żelatynę.

25/6. Mocz oddany nad ranem barwy żółtej, zawiera w osadzie zaledwie ślad rozpadłych ciałek czerwonych. Podano żelatynę.

26/6. Mocz jak dnia poprzedniego, o godź. 4 popołudniu mocz krwawy, wieczorem oddany barwy słomiasto-żółtej. Żelatyna wewnętrznie.

27/6. Badanie moczu wykazuje: barwa winowo-żółta, C. wł. 1010, oddziaływanie słabo kwaśne, białko wyraźne, inne składniki prawidłowe. W osadzie liczne ciałka wypocinowe, skąpa ilość c. czerwonych, przybłonki z pęcherza.

Wstrzyknięto powtórnie 100 ctm.^{3} 6% rozczynu żelatyny w prawą łydkę. Okład z *Liq. Burowi.* Najwyższa ciepłota po wstrzyknięciu 38·2. Miejsce wstrzyknięcia mniej bolesne niż przy pierwszem, bez odczynu.

28/6. Wczorajszy wieczorny mocz ciemnożółty, dziś rano jasny, przejrzysty. Krwi w osadzie wykazać nie można; stan bezgorączkowy.

29/6. Mocz ciemno-czerwony. W osadzie wielka ilość c. czerwonych Mocz z nocy znacznie jaśniejszy, nad ranem barwy piwnożółtej.

30/6. Stan bez zmian. Podano żelatynę.

1/7. Badanie moczu wykazuje: barwa ciemno-krwawa, przejrzystość: mocz mętny od bakteryj, obok tego obfite stromata ciałek czerw. i skupienia c. cz. krwi. Woń słabo amoniakalna. C. wł. 1008. Białko obecne w ilości 0·40%, redukcya słaba, cukru niema, aceton, kw. acet., dyazoreakcya = 0. Indykan niezwiększony. Chlorki 0·335%. Fosforany ogólne 0.069%.

Oksyhemoglobina w ilości 0·345%. Hematoporfiryna (zwiększona) i urobilina w śladach. Osad: dość obfity składa się z wiotkiego strątu, w którym znajduje się obficie stromata ciałek cz. krwi, nadto w znacznej ilości skupienia tych ciałek, komórki duże w rodzaju alweolarnych. Przybłonki nerkowe świecące, znacznie zwiększone. Ciałka wypocinowe nieco zwiększone. Wybitnych wałeczków nie znaleziono.

2/7. Od wczoraj popołudnia mocz żółty, mętny. Żelatyna.

3/7. Mocz słomiasto-żółty.

4/7. Rano oddał chory mocz krwawy. W osadzie liczne ciałka czerwone. Żelatyna.

5/7. Mocz jasnożółty.

Chory opuszcza klinikę 14/7. Mocz pozostał jasny, żółty z śladem białka.

Jeśli ten przypadek w całym swoim zmiennym obrazie nieco obszerniej przedstawiłem, to stało się to dlatego, że dowodzi on słusznie, jak łatwo można wyciągać fałszywe wnioski. Byłoby może i tu to się zdarzyło, gdyby okres jasnożółtego bezkrwawego moczu przypadkowo nastąpił po wstrzyknięciu, a chory w tym czasie klinikę opuścił. O przypadku takim, prawie zupełnie podobnym, wspomina Sargo. Zarówno z tym autorem nie mogliśmy stwierdzić szkodliwego wpływu wstrzykiwań na nerki, chociaż tu używaliśmy 4%, a nawet 6% rozczynu żelatyny. Podobnież tak silny rozczyn żelatyny nie oddziałał szkodliwie na miejscowe objawy odczynu, albowiem bolesność była taka sama, jak w innych przypadkach, a przy zupełnym braku miejscowego odczynu, ciepłota dość umiarkowana (38·9). W tym przypadku musimy skutki działania żelatyny uważać za ujemne.

Przypadek VII. *M. K.* 22 lat. Z wywiadów ważnem jest to, że chora 18/2 po poprzednim silnym kaszlu dostała krwotoku, przyczem miała oddać koło 1½ szklanki krwi; 21/2. wieczorem powtórny krwotok, po raz trzeci w nocy z 21 na 22/2.

Stan chorej w chwili przyjęcia dość podupadły.

Rozpoznanie: *Haemoptoë in indiv. cum infiltratione apicis utriusque.*

23/3. Plwocina bezustannie krwawa. Wieczorem wśród kaszlu krwotok, odpluta krew w ilości 100 grm. Badanie krwi wykazuje: liczba c. białych = 7.500, c. czerwonych 5.00,000, Fleischl = 68%.

24/2. Wstrzyknięto 2% rozczyn żelatyny, 160 grm. w lewą łydkę o godz. 11 rano. Wśród lekkich dreszczów ciepłota zaczęła się podnosić, a o 6 dosięgła szczytu 39·2°.

25/2. Miejsce wstrzyknięcia bez odczynu, jednak bardzo bolesne. W plwocinie gdzieniegdzie strzępki krwi. Ciepłota rano 38·2, o 4 popołudniu spadła do 37.6, aby wieczorem podnieść się do 38·3°.

26/2. Przedmiotowo stan chorej lepszy. Podmiotowo również stwierdzić można poprawę, bo plwocina wcale krwi nie zawiera. Ciepłota ciała ciągle jeszcze lekko podniesiona.

27/2. Ciepłota prawidłowa. Stan ten sam.

Chora opuszcza klinikę 21/3. Plwocina pozostała stale bez domieszki krwi.

Przypadek VIII. *O. M.* lat. 24. 18/6. 1901. r. przyjęto chorą do kliniki. Bezpośrednią przyczyną zgłoszenia się do kliniki był krwotok płucny, który dnia poprzedniego wśród kaszlu wystąpił. Badanie stanu płuc okazuje obustronne przytłumienia szczytowe, przysłuchem stwierdzono w obu szczytach drobnobańkowe rzężenia. Chora niedokrewna, ciepłota ciała wieczorem lekko podwyższona.

Plwocina nieco krwisto zabarwiona.

Rozpoznanie: *Infiltratio apicis utriusque. Haemoptoë.*

19/6. Wieczorem dnia poprzedniego silny krwotok płucny. Powtórny krwotok nad ranem. Kaszel nader silny ledwo dający się złagodzić lekami. Badanie krwi wykazuje: Ciałek białych 18000, c. czernych 2.200,000 Fleischl = 55.

20/6. Wstrzyknięto 180 grm. 2% rozczynu żelatyny w okolicę brzucha o godz. 5 popoł. Najwyższa ciepłota wieczorna 38°. W nocy nowy napad kaszlu z obfitem odkrztuszaniem krwi. Miejsce wstrzyknięcia bolesne.

21/6. Stan gorączkowy. Ciepłota 39·4, wieczorem poczyna spadać. Plwocina lekko krwią zabarwiona.

22/6. Chora lekko gorączkuje (37·5). Od czasu do czasu w plwocinie pojawiają się skrzepy krwi.

23/6. Stan bezgorączkowy. Kaszel uśmierzony. Plwocina bez krwi.

24/6. Stan ten sam.

Chora na własne żądanie opuszcza klinikę 3/7. Plwocina bez krwi.

Przypadek IX. *K. K.* 52 lat Rozpoznanie: *Haemoptoë in individuo cum tbc. laryngis et induratione apicum, cavernae apicis sin. Atheroma aortae.*

4/3. Wieczorem dnia poprzedniego dostała chora gwałtownego napadu kaszlu, przyczem odkrztusiła większą ilość krwi. Chora gorączkuje. Wieczorem 39·3. Stolec czarny. Mocz wysycony.

5/3. Plwocina z mniejszą domieszką krwi. Ciepłota wieczorem 39°.

6/3 Wśród kaszlu odkrztusiła znowu większą ilość krwi.

8/3. W plwocinie mała domieszka krwi.

11/3. Znowu znaczna ilość odkrztuszonej krwi

12/3 Kaszel silny, plwocina mało krwawa, wieczorem lekka gorączka.

16/3 W plwocinie większa ilość krwi.

Wstrzyknięto w prawe udo 150 grm 2% rozczynu żelatyny. W 5 godzin potem ciepłota 39°.

17/3 Chora gorączkuje. Miejsce wstrzyknięcia bez odczynu, udo bolesne.

18/3. Plwocina krwawa. Najwyższa gorączka 38°.

20/3 Chora uczuwa ciągle ból w udzie prawem. Stan podmiotowy lepszy. Plwocina bez krwi. Ciepłota wieczorna 37·5.

22/3. Bolów niema. Stan ten sam.
24/3. Wieczorem silny krwotok płucny.
25/3. Plwocina krwawa. Wielkie osłabienie.
26/3. Nad ranem ponowny krwotok. Wieczorem śmierć.

Wyciąg z rozpoznania sekcyjnego:

Stenosis tuberculosa laryngis e tuberculosi chronica fibrosa chordarum vocalium. Tbc. chronica fibrosa indurativa apicum. Destructio recens caseosa ac cavernae apicis sinistri. Arrosio arteriae pulmonalis (aneurysma parasitarium tuberculosum) subsequ. haemorrhag. grav. Atheroma aortae etc.

Wyciąg z protokołu sekcyjnego:

Miąższ lewego szczytu płuca silnie zbity, opłucna nad nim zgrubiała. Na przekroju: wśród szarołupkowej zbitej tkanki łącznej, w której widać gruzełki i kilka jam komunikujących ze sobą, ściany i brzegi tych jam są serowate, strzępiaste, j e d n a z t y c h j a m k s z t a ł t u o k r ą g ł e g o w y s ł a n a u w a r s t w i o n y m p r z y l e g a j ą c y m d o ś c i a n y s k r z e p e m.

Skutek w tym przypadku był ujemny i niemożliwy z powodu nadżarcia tętnicy płucnej. Uwagi godnym w każdym razie jest uwarstwiony skrzep krwi wypełniający jamę. (I okończenie nastąpi)

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Alfred Sokołowski **Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych.** (Warszawa 1902).

I. Choroby tchawicy i oskrzeli.

Dzieło powyższe, obejmujące przeszło 22 arkuszy druku, napisane na podstawie ćwierćwiekowego doświadczenia przez znanego pracownika w zakresie chorób dróg oddechowych, a wypełniające jeden z tak ważnych braków w polskiem piśmiennictwie lekarskiem, powitać musimy z prawdziwą radością, a to tem więcej, że odpowiada ono zadaniu swemu w zupełności i może służyć rzeczywiście lekarzowi za drogowskaz w rozpoznawaniu i leczeniu chorób oskrzeli. W całem opracowaniu dzieła znać, że je pisze lekarz, stojący na wysokości nauki i znający najnowsze jej nabytki, ale zarazem i lekarz, mający bogate własne doświadczenie, który opierając się na niem umie w krytycznem świetle przedstawić zdobycze wiedzy z czasów ostatnich. Przedstawienie rzeczy odpowiada lekarzowi praktycznemu, tj. t. z. „interniście“, skutkiem czego tchawica zatraca swój indywidualizm w obec oskrzeli; autor wspomina wprawdzie i o metodach badania tchawicy samej, nie rozwodzi się jednak nad uzyskanymi na tej drodze obrazami, równie jak i nad zabiegami chirurgicznymi w tchawicy, zadawalniając się pobieżną tylko o nich wzmianką. Dzieło rozpoczyna się od opisu ostrych i przewlekłych zapaleń ozkrzeli, przy których i tchawica jest objęta. W rozdziale I-szym przedstawia autor etyologię nieżytów oskrzeli, uwzględniając szczegółowo zaziębienie, względnie działanie pod jego wpływem prątków chorobotwórczych; podaje następnie choroby ostre zakaźne, którym nieżyt oskrzeli zwykł towarzyszyć, jak zwłaszcza odra, grypa, krztusiec i td. Tutaj uderza, że według autora nieżyt oskrzeli ostry występuje w durze, szczególnie brzusznym, „przeważnie w okresach późniejszych choroby“, pod wpływem „osłabionej działalności serca“; niemógłbym się na to zgodzić, uważając nieżyt ozkrzeli za jeden z objawów, należących do całości obrazu duru, tak brzusznego, jak i osutkowego, a występujący, jak wreszcie i sam autor później wspomina, także i w początkach choroby. Po omówieniu innych przyczyn i przedstawieniu podziału nieżytów oskrzeli, głównie według B i e r m e r a, opisuje autor zmiany anatomiczno-patologiczne, towarzyszące nieżytowi oskrzeli. Rozdział II. poświęcony jest symptomatologii i dyagnostyce nieżytów oskrzeli Tu autor omawia ze stanowiska klinicznego kaszel, plwocinę, duszność, objawy przysłuchowe, uczucia podmiotowe i objawy ogólne, jak zwłaszcza podniesienie ciepłoty, poczem bardzo dokładnie przedstawia zasady dyagnostyki nieżytu oskrzeli i odróżnienia go od innych spraw chorobowych.

W rozdziale III. kreśli autor obrazy kliniczne różnych form nieżytu ostrego *(trachobronchitis simplex, bronchitis acuta diffusa, bronchitis capillaris)*, a omówiwszy następnie nieżyt przewlekły w ogóle, przedstawia i jego odmiany *(bronchitis simplex, br. sicca, bronchoblennorrhoea, br. serosa)*. *„Bronchite asthmatique“* nie uważa za nieżyt, lecz za krótkotrwałą hipersekrecyę po napadach dychawicy (astmy); dłużej zaś po nich trwające pogorszenia suchego nieżytu oskrzeli odnosi do już wytworzonej rozedmy płuc. W końcu omawia nieżyt przewlekły, ograniczony na samą tchawicę, uwzględniając zwłaszcza t. z. *ozaena tracheae* (tracheitis sicca foetida). W rozdziale IV. i V spotykamy właściwości nieżytów oskrzelowych, towarzyszących chorobom zakaźnym, jak grypa, odra, zimnica, lub ogólnym, jak skaza moczanowa, (której związek z nieżytami suchymi autor przypuszcza), albo powstałym na tle zaburzeń krążenia, lub chorób nerek. Dalej idą obrazy nieżytów u małych dzieci i u starców, a potem nieżytu cuchnącego *(bronchitis putrida)*, z uwzględnieniem możliwego pomieszania tej formy z rozszerzeniem oskrzeli; kończy zaś rozdział rokowanie w nieżycie w różnym wieku i w różnych warunkach. Oba te rozdziały mogą się wydać zbyteczne; ja sądzę jednak, że dla lekarza praktycznego są one raczej bardzo pożądane, podają mu bowiem właśnie to, co nie tak łatwo mógł wynieść ze szkoły. Rozdział VI. i VII. poświęcony jest terapii nieżytów oskrzeli, przyczem i profilaktyka wyczerpująco jest przedstawiona. Po niej omawia autor leczenie wogóle, tj. leczenie zgęszczonem powietrzem, (któremu nie odmawia skuteczności bezwarunkowo), leczenie wziewaniami, w zakładach wodoleczniczych i kąpielowych, wreszcie środki farmakodynamiczne; w końcu przedstawia leczenie w różnych formach nieżytu. Rozdział VIII. poświęcony zapaleniu dławcowemu oskrzeli, naprzód samoistnemu, którego opis urozmaicony przypadkami z własnej praktyki autora, potem następowemu, tj. powstającemu w przebiegu błonicy i dławcowego zapalenia płuc. Zapalenie dławcowe oskrzeli na tle błoniczem uwzględnia autor jakby tylko mimochodem, a ztąd przedstawia je pobieżnie i niedokładnie, zwłaszcza pod względem dyagnostycznym; słusznie twierdzi przytem, że dziś wobec surowicy przeciwbłoniczej jest ono rzadkiem. Rozdział IX. traktuje o zapaleniach okołooskrzelowych *(peribronchitis)*, ropnem i rozrostowem, poczem przedstawia autor sprawy gruźlicze oskrzeli, podając na wstępie bardzo dokładny opis zmian anatomiczno-patologicznych według Przewoskiego. Autor przypuszcza, że w niektórych przypadkach nieżytów szczytowych ustępujących później, w których przez cały czas ich trwania zmiany w miąższu płucnym nie dały się wybadać, gruźlica może być istotnie ograniczoną tylko do drobnych oskrzeli. Rozdział X. obejmuje zmiany kiłowe w tchawicy i oskrzelach; tu autor przytacza z własnej praktyki dwa przypadki, z których zwłaszcza jeden, z powodu dokonanej nekroskopii jest bardzo pouczający. W rozdziale XI. opisuje twardziel [1]), promienicę i nosaciznę w krótkości omówione. Rozdział XII. omawia kamicę oskrzelową, a następnie ciała obce w tchawicy i oskrzelach. Tu muszę się sprzeciwić autorowi który każe przystępować do wydobycia ciała obcego „jeżeli w ciągu dni kilku do tygodnia po dokonanem przecięciu tchawicy ciało obce nie zostało wydalone“. Mojem zdaniem przystąpić należy od razu do wyjęcia ciała obcego przez otwór w tchawicy. Nie uważam też za odpowiednie wybadywanie ciała obcego za pomocą sondowania, które autor poleca, gdy można za pomocą podanej przezemnie tracheoskopii, (o której autor na innem miejscu dopiero wspomina) w większej ilości

[1]) Autor podnosi wielką rzadkość twardzieli w oskrzelach, a przytem przytacza przypadek opisany przez Baurowicza. Jest to, jak w tytule zaznaczono, przypadek z mego oddziału; w nim poraz pierwszy podjąłem sam operacyjne krwawe zabiegi w oskrzelach i podejmowałem je potem wiele razy, a później dopiero powierzałem je Baurowiczowi, który był wówczas moim asystentem. Podnoszę to, gdyż wogóle jest to pierwszy przypadek, w którym krwawe zabiegi w oskrzelach były podejmowane.

przypadków w prost widzieć i pod kontrolą wzroku uchwycić ciało obce, a w przypadkach, w którychby tracheoskopia nie wystarczyła, użyć jeszcze można ze skutkiem dolnej bronchoskopii Killiana. W pracy mojej, którą autor cytuje, przytaczam przypadek, w którym długo bezskutecznie próbowałem wyciągnąć na ślepo kaniulę tkwiącą w prawem oskrzelu, gdy po założeniu mego lejka tchawiczego wyjąłem ją pod kontrolą wzroku odrazu z łatwością. W końcu rozdziału wylicza autor drobnoustroje chorobowe oskrzeli, przytaczając jeden przypadek z własnej praktyki. W rozdziele XIII. omawia nowotwory, głównie złośliwe, oskrzeli, przytaczając jeden przypadek raka oskrzeli z własnej praktyki, a następnie w krótkości nowotwory samej tchawicy na podstawie zestawienia Brunsa w zbiorowem dziele Heymanna. W rozdziale XIV spotykamy wyczerpujący opis rozszerzenia oskrzeli, tak pod względem etyologicznym i anatomo-patologicznym, jak i pod względem klinicznym. Rozdział XV traktuje o zwężeniach tchawicy i oskrzeli, pochodzących tak z ugniecenia od zewnątrz, jak i z spraw chorobowych w nich samych; te ostatnie autor tylko wymienia, powołując się na rozdziały poprzednie. Co do leczenia, to niewłaściwie wspomina tu autor laryngofisurę, która jedynie w zwężeniach krtani lub na jej dolnej granicy może być potrzebną; nie mówi natomiast nic o tracheoskopijnych zabiegach operacyjnych w tchawicy po tracheotomii, polegających na usuwaniu tworów zwężających ostremi narzędziami pod kontrolą wzroku, których od szeregu lat w odpowiednich zwężeniach tchawicy używam [2]). W tym samym rozdziale spotykamy dalej opisane w krótkości urazy, rany, pęknięcia tchawicy lub oskrzeli, oraz przebicia ich od zewnątrz skutkiem spraw chorobowych w ich sąsiedztwie, jak w śródpiersiu, w opłucnej, ze strony połyku, lub przez tętniak. Następują uchyłki tchawicy, przedstawione podług Przewoskiego. Rozdział XVI obejmuje dychawicę (astmę), którą autor uważa za czystą nerwicę. Teorye o przyczynach astmy są bardzo dokładnie przedstawione; skuteczność leczenia chorób nosa na dychawicę stwierdza autor rzadko. Rozbierając przypadki, mogące dawać powód do pomieszania z dychawicą, wymienia porażenie rozwieraczy głośni u histeryczek; w przypadkach tych ja przyjmowałbym raczej skurcz inspiracyjny zwieraczy. Co do istoty napadów dychawiczych, autor głównie przyjmuje skurcz drobnych oskrzeli. Kończy rozdział dychawica letnia, czyli sienna. Ostatni t. j. XVIII rozdział traktuje o krztuścu, w którym wydaje mi się okres I. (kilka dni do dwóch tygodni), jako zbyt krótko obliczony; także mojem zdaniem zbyt wielkie znaczenie przypisuje autor obrzmieniu tylnej ściany krtani, które według mego doświadczenia nie bywa tak znaczne, bym mógł do niego odnosić wymioty po napadzie kaszlu, dla których w ciągłych ruchach, jakie krtań a z nią korzeń języka i sąsiednie części połyku wykonują, znajdują powód dostateczny; są to moje osobiste zapatrywania. Cały ten rozdział opracowany jest również gruntownie, jak wszystkie, które autor ze stanowiska internisty, jako ważne dla lekarza praktycznego przedstawia.

Niedokładności pewne, które powyżej podniosłem, odnoszą się głównie do tchawicy z punktu widzenia tracheoskopijnego badania i chirurgicznego leczenia; pochodzą one ztąd, że autor, pisząc dla internistów, z umysłu pomija części chirurgiczne, wspominając o nich tylko wogóle, podobnie jak i o specyalnych metodach badania, które już osobno obrobił, jako „Choroby górnego odcinka dróg oddechowych“ w dziele Biegańskiego: „Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych“. Odnośnie też do zamierzonego celu dzieła braki te żadnej ujmy mu nie czynią; pozostanie ono zawsze cennym poradnikiem dla lekarza zajmującego się chorobami wewnętrznemi, który przytem dowie się z niego choć w najogólniejszym zarysie i o różnych zabiegach, podejmowanych w tchawicy i oskrzelach, a zarazem i o chorobach tchawicy i oskrzeli, któreby można poniekąd chorobami chirurgicznemi nazwać. *Prof. P. Pieniążek.*

[2]) Ogłoszone przezemnie w *Arch. f. Laryng.* 1896. i w *Heymanns Hanb.*, a przez Baurowicza kilkakrotnie w »Sprawozdaniach« z mego oddziału w *Monatschr. f. Ohrenheilk. u. Laryng.* i *Arch. f. Laryng.*). Przez moje dilatatory do tchawicy zapewne rozumie autor długie giętkie kaniule, których przy zwężeniach tchawicy używam. Tu jeszcze dodać muszę, że w przytoczonym przez autora z mej pracy ustępie wyraz »gardziel« odpowiada »*oesophagus*«, czyli jak to przyjęte jest w Warszawie, a obecnie i u nas się przyjmuje, wyraz »połyk« lub »przełyk«; u nas dotąd używano tych wyrazów wprost odwrotnie t. j. »połyk«-»*pharynx*«; »gardziel«-»*oesophagus*«.

V. Wyciągi.

Vernay (Wiedeń), Barbier (Lyon), Destarac (Tuluza). **O leczeniu pląsowicy Sydenhama i** *paramyoclonus multiplex*. (*Archives d' Electricite médicale*). Autorowie opisują przypadki, dające się zaliczyć do ogólnego typu „paramyoclonus“, wyleczone lub znacznie złagodzone pod wpływem hidroterapii, kąpieli statycznych i arsenu; nie było w tych przypadkach ani znamion histerycznych, ani bezgłosu, bezmoczu lub zmian w czuciu. Natomiast ostrzegają autorowie lekarzy przed stosowaniem środków podrażniających, jak kąpiele faradyczne, Mortona, „aigrettey“ itp., zwłaszcza w tych chorobach, w etyologii których rolę odegrało wstrząśnienie, uraz, przestrach, zmęczenie itd. (O ile ref. wiadomo, zupełnie podobne zdanie wygłosili, niezależnie od powyższych prac, co do hidroterapii Bérillon we Francyi i Nikolsky na Kaukazie, a co do wyboru metod elektroterapeutycznych, Weil, Clauss, a przedewszystkiem Luzzenberger w najnowszem klasycznem dziele o elektryczności statycznej). *Dr. Zanietowski.* (Kr. kl. l.).

Abel. **Przypadek krwisteku macicznego w prawym zarośniętym rogu macicznym macicy podwójnej z krwistekiem trąbki.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 51). W przypadku opisanym przez autora krwistek powstał w zarośniętym rogu prawym macicy podwójnej i w trąbce tejże strony. Powiększony skutkiem tego róg prawy macicy wielkością był równy ciąży dwumiesięcznej, trąbka zaś wypełniona krwistekiem była wielkości głowy noworodka. Czas, potrzebny do powstania tych rozmiarów krwisteku, był blizko lat ośm, od tylu bowiem lat osoba ta miała skąpe bardzo bolesne krwawienia miesięczne. W celu usunięcia krwisteku autor wykonał celiotomię, którą bardzo w przypadkach tych poleca. Wyciągnąwszy macicę przed szparę sromową, z łatwością oddzielił róg prawy macicy i trąbkę, nie naruszając strony drugiej, poczem macica, wszyta w swoje miejsce, zupełnie dobrze się wgoiła. *P.*

Unverricht. **Doświadczenia nad odmą piersiową i jej leczeniem.** (*Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts* 1901, Zeszyt 32). Nauka o odmie piersiowej jest wyłączną zasługą XIX wieku. Francuz Itard pierwszy w początku zeszłego stulecia opisał pięć przypadków odmy piersiowej i stworzył wyraz „pneumothorax“. Doświadczenia na zwierzętach mają szczególne znaczenie dla tej choroby i dostarczają zasób wiadomości, do których spostrzeganie empiryczne doszłoby dopiero drogą trudniejszą i uciążliwszą. Dawniej uważano każdy pęcherzyk powietrza, który się dostał do jamy opłucnowej, za zabójczy, i mniemano, że powietrze wywołuje zapalenie i odmę z otokiem ropnym. Dopiero Wintrich obalił to mniemanie na podstawie swoich doświadczeń na zwierzętach: niedokończone doświadczenia Wintricha wznowił i uzupełnił autor ze swoimi uczniami. Wpuszczali oni do jamy opłucnowej psów tlen, azot, kwas węglowy i powietrze i pokazało się, że znaczne ilości tlenu, kwasu węglowego i powietrza zostały w 24 godzinach prawie zupełnie wessane; wessanie azotu nastąpiło nieco powolniej, lecz również bez jakiegokolwiek odczynu. Jeżeli przedtem sztucznie wywołano zapalenie opłucnej zapomocą rozczynu azotanu srebrowego, to gazy zostały wprawdzie nieco powolniej, lecz zawsze zupełnie wessane. A zatem przyczyny trudnego wyleczenia odmy piersiowej, szczególnie u suchotników, muszą być innego rodzaju, a mianowicie sama przetoka płucna, która powstała z rozpadającej obumarłej tkanki, nie jest skłonną do zabliźniania się i mimo że powietrze przez wessanie coraz się zmniejsza, nowe powietrze wchodzi natychmiast przy głębszych wdechach przez otwartą przetokę do jamy opłucnowej.

Autor omawia doświadczenia co do zmian w oddechaniu i krążeniu wobec różnych postaci odmy piersiowej. Te ostatnie wskazują na znacznie większą szkodę, jaką odma zastawkowa odpowiednio do silnego ciśnienia śródopłucnowego wywrzeć musi i nasuwają wniosek, że już wiele dla zaburzeń w krążeniu działać można, jeżeli zmienimy zastawkową odmę piersiową na otwartą. Z tych do-

świadczeń widzimy, jak szkodliwe są niektóre nowsze pomysły dla leczenia odmy piersiowej, n. p. włożenie do piersi trójgrańca z wentylem, albo leczenie gruźliczej odmy piersiowej metodą Bülaua, jak w otoku. W praktyce prawie wyłącznie mamy do czynienia z odmą zastawkową, bo warunki dla powstania odmy otwartej, wielka przetoka z brzegami stężałymi i wolna komunikacya z większym oskrzelem, rzadko razem się trafiają, tak samo tylko wyjątkowo powstaje odma zamknięta, bo rozpadła zserowaciała rana opłucnej bardzo trudno się goi. U chorego z odmą zastawkową wessanie powietrza do klatki piersiowej będzie tem obfitsze, im silniejsze są wdechy, a zatem najwięcej z początku. Jeżeli zaś pewna ilość powietrza dostała się już do jamy piersiowej, wtedy ruchy oddechowe są tylko powierzchowne i wessanie powietrza z płuca nie nastąpi. Jednak w okresie powstania odmy chory cierpi na gwałtowny kaszel, przez co powstają silne ruchy oddechowe, które napełniają jamę piersiową w nadmiar powietrzem. Powietrze przy wydechu nie może więcej znikać i w ten sposób ciśnienie znacznie się wzmaga. Im silniejsze więc będą wdechy po pęknięciu opłucnej, tem wyższe stopnie przyjmie odma piersiowa i tem większe będzie niebezpieczeństwo dla życia chorego. To też według zestawienia Westa w znacznym odsetku przypadków zejście śmiertelne następuje już w pierwszych 24 godzinach; 60% umiera w pierwszym miesiącu. Dlatego musimy się starać, by wszelkimi możliwymi środkami zmniejszyć żywość ruchów oddechowych, a szczególnie by usunąć kaszel. Do tego w pierwszym rzędzie służy morfina.

Ponieważ te przypadki są najcięższe, w których ruchy oddechowe są największe, będą zatem młode osobniki z obszerną i elastyczną klatką piersiową najwięcej zagrożone i autor sądzi, że właśnie wśród tych szukać należy znacznej ilości przypadków, które w pierwszych 24 godzinach skończyły się śmiercią. Tworzą one postać odmy piersiowej o szybkim przebiegu, które autor oznaczył nazwą „pneumothorax acutissimus“. Szczęściem jednak poprzedzają powstanie odmy piersiowej mniej lub więcej rozległe zrosty blaszek opłucnowych, uśmierzające gwałtowny przebieg i dlatego tylko rzadko znachodzimy odmę piersiową ogólną, lecz prawie wyłącznie częściową, wobec której mniejsza lub większa część płuca nie ulega zupełnemu zapadnięciu. Im rozleglejsze są zrosty, tem mniejsze są skutki mechaniczne odmy piersiowej i dlatego niezbyt rzadko przypadkowo tylko znachodzimy odmę piersiową przy sekcyach suchotników, którzy za życia doznali tylko nieco silnej duszności.

Według autora największa liczba przypadków śmierci z powodów mechanicznych da się uniknąć przez wytworzenie otwartej odmy piersiowej zapomocą przetoki, która usuwa nadmierne ciśnienie w jamie piersiowej. Skutek tej operacyi jest zupełnie odmiennym od praktykowanego już dawniej prostego rozcięcia; bo przez otwartą przetokę powietrze podczas wdechu wstępuje i podczas wydechu ustępuje tak, że w jamie opłucnowej panuje prawie ciągle ciśnienie atmosferyczne. Płuco zaś samo nie bierze prawie udziału w ruchach oddechowych, jak to widzimy w doświadczeniach na zwierzętach z otwartą przetoką piersiową. Przetoka w płucu nie otwiera się zatem ciągle przy oddechaniu i może się łatwiej zabliźnić, jeżeli wogóle ma skłonność do wygojenia się. Punkcye powietrza zaś nie mają żadnej wartości, bo zaledwie lekarz opuści chorego, to duszność na nowo się zaczyna i chory znów walczy ze śmiercią.

Autor leczył według swego pomysłu dwie odmy piersiowe gruźlicze i jedną chirurgiczną; z tych pierwszy przypadek został w bardzo krótkim czasie wyleczony, w drugim przypadku operacya usunęła objawy zatrważające, chorego wyratowano od śmierci z uduszenia i nastąpiło względne polepszenie, lecz chory uległ potem gruźlicy. Trzeci przypadek dotyczył młodego osobnika, który przez ukłócie nożem otrzymał szeroką ranę w klatce piersiowej, lecz oprócz tego musiała być zastawkowa przetoka w płucu, bo skoro założono szczelnie zamykający opatrunek, występowały zatrważające objawy zastawkowej odmy piersiowej, jak w „pneumothorax acutissimus“. Kiedy jednak zaniechano szczelnego zamykania rany, zniknęły natychmiast ciężkie objawy i bez jakiejkolwiek przerwy nastąpiło zupełne wyleczenie. Oczywiście, że zastarzałych przypadków odmy piersiowej ze znacznym otokiem lepiej nie tykać wcale. Lecz naglące wskazanie do operacyi tworzą przypadki, w których występują bardzo gwałtowne objawy duszności. U. spodziewa się w przyszłości dalszych polepszeń i rozszerzenia wskazań do swej metody. Wykonanie operacyi polega na rozcięciu przestworu międzyżebrowego, w ranę wprowadza się możliwie szeroki dren; na zewnętrzny jego koniec nasadza się koszyczek druciany i na to opatrunek tak, by nietylko wydzielina mogła się do niego sączyć, ale i powietrze miało wolny przystęp do zewnętrznego otworu drenu. Cienka warstwa gazy nie utrudni przystępu powietrza. *Dr. Fels.*

Kellner. O obojnactwie bocznem. (*Deutsche med. Wochenschrift* 1902, Nr. 1). Chory, obserwowany przez K., zmarł na dur, co dało sposobność dokładnie zbadać i jego wewnętrzne narządy płciowe. Zewnętrznie przedstawiał dobrze rozwinięte sutki z całą budową gruczołu mlecznego. Prącie bez przewodu z obok umieszczonem jądrem znajdowało się po stronie prawej; po lewej warga sromowa, nieco niżej prącia ujście cewki moczowej. Z narządów wewnętrznych macica, trąbka i ponad nią leżący jajnik, wewnątrz którego znajdowały się ciałka żółte. Budowa całego ustroju zbliżona więcej do budowy kobiecej; brak owłosienia twarzy, chociaż osobnik ten liczył już lat 22. *P.*

Docent Dr. Hajek. **O operacyach doszczętnych i ich wskazaniach w przewlekłym otoku ropnym jamy szczękowej.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 4, 1902). Metoda autora polega na następującym zabiegu: na chorym zachloroformowanym i leżącym na boku po odciągnięciu wargi górnej i policzka przecina się błonę śluzową i okostnę począwszy od drugiego siekacza aż do drugiego zęba trzonowego; przez zeskrobanie błony śluzowej odsłania się *fossa canina* i przebija ścianę kostną dłutkiem i młotkiem ku tyłowi aż do guzowatości szczęki górnej, ku przodowi zaś do kości nosowej i ku dołowi aż do dna jamy szczękowej. Po osuszeniu jamy należy przy dobrem oświetleniu dokładnie wyskrobać ostrą łyżeczką schorzałe miejsca błony śluzowej, wyścielającej jamę i usunąć zapomocą dłuta płaskiego dolną część ściany nosowej, t. j. boczną ścianę dolnego przewodu nosowego. Pozostającą błonę śluzową na ścianie bocznej dolnego przewodu odcina się na górnym jej brzegu od muszli dolnej zapomocą długiego cięcia poziomego, na którego końcach przednim i tylnym przecina się znowu pionowo tę samą błonę z góry na dół. Otrzymany w ten sposób płatek błony śluzowej z wolnym brzegiem górnym przykłada się na wyskrobane dno jamy szczękowej. Teraz odcina się boczny brzeg muszli dolnej od bocznej ściany przewodu średniego przez cięcie poziome i resekuje średnią część tej muszli zapomocą kleszczyków i silnych nożyczek. Po wytamponowaniu jamy szczękowej gazą jodoformową wyprowadza się jeden jej koniec przez nos i zaszywa szczelnie rany na policzku. Po 8—12 dniach usuwa się gazę jodoformową; w następnych 14 dniach wdmuchuje się proszek jodoformowy 2—3 razy dziennie przez przewód dolny noowy do jamy szczękowej i zostawia się chorego w spokoju.

Metoda ta ma tę zaletę, że nie zostawia otworka w jamie ustnej, unika wszelkich z tem połączonych niedogodności i czyni zbytecznemi wszelkie protezy, jakoteż leczenie pooperacyjne, co szczególnie ma wielkie znaczenie dla ludności biednej. Wyniki dotychczas otrzymane zapomocą tej metody okazały się lepszymi od wyników metod, dawniej używanych. Operacya doszczętna jest wskazaną w przypadkach przewlekłego otoku jamy szczękowej, jeśli leczenie zachowawcze, długi czas stosowane, nie doprowadza do trwałego wyleczenia, jak również i tam, gdzie chorzy z góry przenoszą pewny zabieg doszczętny nad niepewnem długotrwałem leczeniem zachowawczem. *Dr. Spira.*

Wróblewski (Warszawa). **Resekcya muszli dolnej.** (*Gazeta lekarska* Nr. 49, 1901). Od kilku lat W. posługuje się przy operacyi przerostu muszli dolnej nożyczkami Heymanna, rzadziej Schoetza. Po znieczuleniu wnętrza nosa 10%-ową kokainą, prawidłowa błona śluzowa kurczy się i przylega do kości, a wypuklające się wtedy wszystkie tkanki przerosłe należy odcinać. Przy przerostach większych nie radzi autor nigdy odcinać muszli w całej jej długości sposobem Kuttnera, lecz zostawia ją zawsze na kawałku tkanki i następnie wyciąga zapomocą pętli zimnej lub galwanokaustycznej, zależnie od grubości i odporności pozostałego mostka. Całkowicie bowiem odcięta muszla może spaść do gardziela i krtani i wywołać napad zaduszenia, jak to autor raz zauważył po mimowolnem odcięciu olbrzymio przerosłej muszli do samego jej końca. Częściej widział W. przy tej operacyi zemdlenia, raz jeden tylko gwałtowny krwotok. Z wyjątkiem dwóch, czy trzech przypadków dotąd nie był nigdy zmuszony do tamponowania nosa. Rany pooperacyjne przysypuje obficie dermatolem, który sprzyja szybszemu krzepnięciu krwi i zawsze w krótkim czasie krwawienie ustaje; potem zaleca W. leżenie w łóżku w ciągu całej doby i nie wycieranie nosa. Metody tej nie może uważać za przykrą, gdyż stosował ją wielokrotnie u małych dzieci bez żadnego z ich strony oporu. Septycznych ani innych powikłań, lub nieprzyjemnych skutków ubocznych, autor po tej operacyi nigdy nie widział. Równocześnie istniejące powiększone muszle średnie, albo listwę na przegrodzie nosa, stara się usunąć jednocześnie z muszlą dolną. *Spira.*

Bychowski (Warszawa). **Dokładna i czuła próba na białko.** (*Medic. Blätter* Nr. 7, 1902). Po nalaniu do probówki lub do innego przeźroczystego naczynia ciepłej wody, dodaje się kroplę moczu, który, jeżeli zawiera bodaj ślad białka, to natychmiast wywoła opalizujące zmętnienie, podobne zupełnie do dymu z cygara.

Próba ta jest tylko odmianą próby gotowania, jest o wiele od tej czulszą, a polega na przeciwieństwie barw między bezbarwną wodą a opalizującem zmętnieniem białka. Odczyn ten widać dokładniej, jeżeli próbówkę trzymamy przed czarnem tłem. Próba ta oczywiście może być użytą do rozbiorów analitycznych, nadaje się jednak dobrze tam, gdzie lekarz ma nieraz do badania zaledwo kilka kropli moczu, lub niema z sobą przy łóżku chorego odpowiednich odczynników do rozbioru chemicznego. *Dr. A. Dobrowolski* (Grybów).

Schaeffer. **Postępowanie przy poronieniu.** (*Klinisch-therap. Wochs.* 1901, Nr. 50). Autor przeprowadził dokładne spostrzeżenia 156 przypadków poronienia, z których pewna część była leczona przez wyskrobanie. W przypadkach nieskrobanych daleko częściej występowały następnie zboczenia, jak obfite krwawienia miesiączkowe, często następowe poronienia, czasami nawet bezpłodność i różne zboczenia przy następnych porodach (łożysko przodujące, przyrośnięcie łożyska i atoniczne krwotoki). W przypadkach skrobanych przeważają obfite późniejsze krwawienia miesiączkowe, brak zaś zupełny zaburzeń przy następnych porodach. Poronienie jest najczęściej objawem jakiegoś stanu patologicznego, który po poronieniu jeszcze się potęguje, jeżeli nie zostanie należycie i energicznie leczony. Przyczyny, sprowadzające poronienie, zależą najczęściej od niedokładnego rozwoju macicy, zwiotczenia narządów w miednicy małej, zmian w miąższu i położeniu macicy, oraz w jajnikach, gruźlica, kiła i wreszcie szkodliwe wpływy zawodowe. Po poronieniu na oko nawet całkowitem dadzą się z jamy macicy wyskrobać strzępy pulchnej zgrubiałej doczesnej, które mogą sprowadzić później różne zboczenia macicy; dlatego zdaniem autora strzępki te powinny być albo zaraz, albo później, koniecznie wyskrobane. Objawy poronienia nieuniknionego pojawiające się przy następnych ciążach, mają być właśnie skutkiem pozostawienia zgrubiałej doczesnej po poronieniu. Takie następowe poronienie objawia się silnymi skurczami macicy i pochwy; wtenczas dobry skutek sprowadzają przetwory makowca. Przy zwykłem poronieniu, wywołanem przez zwiotczenie i rozwarcie szyjki, lepiej działać ma styptycyna i lekka tamponada pochwy. *P.*

Behring. **Wykład Behringa w Akademii Umiejętności w Sztokholmie.** (*Medic.-chirurgisches Centralblatt* 1902, Nr. 1). Terapia surowicza jest nowością i krokiem naprzód w sztuce lekarskiej. Leczenie błonicy zapomocą surowicy winno być rozumiane jako „terapia humoralna“, a nie „celularna“. Najdzielniejsze środki lecznicze skutkują w ten sposób, że czynią nieszkodliwymi czynniki wrogie zdrowiu, krążące we krwi. Surowica lecznicza nie ma żadnego wpływu na komórki ustrojów chorych lub zagrożonych chorobą. Działanie surowicy przeciwbłoniczej polega na wpływie antytoksycznym, gdy wartość szczepień Jennerowskich i Pasteurowskich polega na „izotoksynach“. Przechodząc do sprawy stosowania izoterapii w walce z gruźlicą bydła, Behring zaznacza, że uodpornienie bydła daje się najlepiej uskutecznić przez bezpośrednie wstrzykiwanie względnie nieszkodliwych pochodnych pierwiastków prątków gruźliczych (Tuberkelbacillenstamm) do krwiobiegu, — zresztą w innych szczegółach według zasad podanych przez Pasteura dla uodporniania owiec przeciw wąglikowi. Gdy możliwość uodporniania bydła przeciwko gruźlicy została dowiedzioną przez doświadczenia w Marburgu, pozostaje jeszcze wyjaśnić drogą specyalnych poszukiwań, w jak krótkim przeciągu czasu, z jaką najmniejszą szkodą dla uodpornianego zwierzęcia i przy jakich najmniejszych kosztach da się w praktyce przeprowadzić zabezpieczenie bydła od gruźlicy, które, zdaniem Behringa, jest tylko etapem na drodze prowadzącej do zabezpieczenia ludzkości od gruźlicy. *Z. Czaplicki.*

Józef Pstrokoński. **Pierwotny mięsak żołądka.** (*Księga jubileuszowa Dunina*). Autor opisuje przypadek pierwotnego mięsaka żołądka, który w postaci rozlanego zgrubienia ściany zajął $^2/_3$ tego narządu. Mięsak o budowie okrągłokomórkowej wyszedł z tkanki podśluzowej żołądka, rozwijał się cztery lata, wreszcie spowodował śmierć pacyenta. Przerzutów nigdzie nie znaleziono. Prócz opisu własnego przypadku autor streszcza piśmiennictwo, traktujące o pierwotnych mięsakach żołądka. *Dr. Czaplicki.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 7. lutego 1902.

Przewodniczący kol. A. Sołowij, obecnych członków 54.

Przewodn. zawiadamia o przyjęciu na członków koll. Wachniania, Sawczyńskiego, Grubera, Litwinowicza O i Weinreba.

I. Kol. Łukasiewicz przedstawia: *a)* mężczyznę 44 l., cierpiącego od lat 4 na zmiany w skórze w postaci mięśniaków skóry (*myomata cutis*). Pierwszy guzek rozwinął się na łydce lewej i nie sprawiał żadnych dolegliwości. Po 2 latach zaczęły się rozwijać guzki dalsze rozmaitej wielkości, pokryte skórą prawidłową, przy ucisku niezbyt bolesne. Od roku jednak występują bóle napadowe, w ostatnich czasach prawie co godzina. Badanie mikroskopowe wyciętego guza wykazało mięśniaka skóry; Besnier był pierwszy, który opisał takie guzki, a potem Jadassohn i Hess. Prelegent przedtem spostrzegał taki przypadek u śpiewaka z Berna, który wskutek bólów napadowych musiał nieraz przerywać przedstawienie.

b) chorego z wilkiem nosa, wyleczonego przez wycięcie i wypalenie, obecnie leczonego zapomocą *empl. saponato-salicyl.* Przypadek ciekawy z tego względu, że chory zwiedził prawie wszystkie kliniki europejskie, a w Paryżu był demonstrowany przez Renaulta, jako niejasny, gdyż nie można było znaleźć prątków gruźliczych. Leczono go na kiłę i twardziel nosa.

Dyskusya: kol. Ziembicki zapytuje, czy ten przypadek nie okazywał jakichś cech szczególnych, gdyż trudno przypuścić, żeby w tylu rozmaitych klinikach nie rozpoznano zwykłego wilka nosa. Kol. Wehr zwraca uwagę na zupełnie zachowany szkielet nosa, co jego zdaniem wyklucza stanowczo kiłę. Kol Łukasiewicz odpowiada, że istotnie w tym przypadku trudność była ta, że wilk występuje najczęściej u dzieci, a u tego chorego rozpoczął się w 23. roku życia i to na błonie śluzowej skrzydełka nosowego, a wskutek rozmaitych prób leczenia powstały liczne twarde blizny, które mogły naprowadzić na przypuszczenie, że jest to twardziel nosa. Jednakże tak, jak chory przedstawił się Łuk., rozpoznanie było łatwe. Kol. Wehrowi odpowiada, że i kiłaki mogą się usadowić na skrzydełkach.

II. Kol. Rydygier: przedstawia *a)* chorego, u którego w r. 1898 wykonał *sectio mediana* i wydobył kamień z pęcherza. Z powodu nieustannych bólów zmuszony był w r. 1900 wykonać skruszenie kamienia, bóle jednak wciąż trwały. Ponieważ już w r. 1898 stwierdzono, że kamienie pochodzą z nerki, przystąpił w grudniu 1901 do nefrotomii. W dolnym biegunie nerki znaleziono jeden kamyk. Miedniczka i moczowód rozszerzone. Zgłębnikiem, wprowadzonym do moczowodu, stwierdzono kamienie tuż przed ujściem moczowodu do pęcherza. Wykonano zaotrzewnowo ureterotomię i wydobyto 2 kamienie. Moczowód zaszyto. Po operacyi wystąpiły objawy podrażnienia otrzewnej i niedrożność jelit. Wskutek tego rozpuszczono wszystkie szwy. Obecnie chory ma się zupełnie dobrze.

b) chorego 38 l., u którego w następstwie rzeżączki nabytej przed 7 laty wytworzył się ropień okołocewkowy, a gdy ten pękł, powstała przetoka na międzykroczu. W celu wyleczenia tej przetoki chory udał się do Wiednia, gdzie wykonano operacyę plastyczną, mianowicie wycięto płatek skóry z sąsiedztwa i odwrócono powierzchnią naskórkową do światła cewki. W czasie tym wytworzyła się druga przetoka na części zwisającej prącia i zapalenie bł. śluzowej pęcherza. Przetoka na międzykroczu po długim czasie się wygoiła, ale wystąpiły gwałtowne bóle przy każdem oddawaniu moczu, a od czasu do czasu wydzielały się z cewki kłębki zbitych włosów. W miejscu pierwszej przetoki wytworzył się zaułek, w którym mocz się gromadził i przez drugą przetokę kroplami się wylewał. Dla usunięcia bólów chory wstrzykiwał morfinę i doprowadził do 1 grm. dziennie. Dla zatrzymania moczu przykurczał nogi tak, że obecnie ma stałe przykurczenia w obu stawach kolanowych; 17. l. przyjęto go do kliniki, Ryd. wykonał cięcie nadłonowe i wydobył kamień wielkości orzecha włoskiego, którego jądrem był kłębek włosów, poczem dodał jeszcze *sectio mediana* i z opisanego wyżej zaułka wydobył kamień płaski, wielkości orzecha laskowego, na przekroju zupełnie przerośnięty włosami. Na przeszczepionym płatku liczne włosy, inkrustowane solami moczowemi. Płatek ten wycięto. Obecnie chory ma się zupełnie dobrze.

c) chorego, u którego przed 3-ma tygodniami wykonał odjęcie łopatki sposobem Olliera. Z łopatki pozostawiono tylko wyrostek kruczy i panewkę stawową. Funkcya kończyny zadowalniająca. Niedowład kciuka i palca wskazującego, który wystąpił po operacyi, obecnie ustępuje. Badanie mikroskopowe guza wykazało mięsakokostniaka.

Dyskuya: kol. Wehr dziękuje prelegentom za przedstawienie tak ciekawych przypadków.

III. Kol. Mars przedstawia chorą 35-letnią karaitkę, która w 1 r. życia spadła z wysokości i do 7 lat nie chodziła. Oprócz tego ma

objawy krzywicy. Wzrost 122 ctm. Miednica ścieśniona, *diameter spinalis* 22, *cristalis* 26, *distantia trochanterica* 26, *conjugata externa* 15, *conj. diagonalis* $8^1/_2$; 25 listopada zgłosiła się do kliniki, jako rodząca. Płód nadmiernie rozwinięty. Wykonano cięcie cesarskie, cięcie w dnie macicy poprzeczne. Przypadek ciekawy z tego względu, że chora wieczorem po operacyi wstała z łóżka, a w kilka dni później uczyniła znowu to samo. Przy zmianie opatrunku 12-go dnia znaleziono pod opatrunkiem wypadnięte pętle jelita, częściowo pokryte wypociną włóknikową, częścią żywoczerwono zabarwione. Jelit nie odprowadzono, lecz przykryto gazą jodoformową i założono kilka szwów na ściany brzuszne. Mimo to stan chorej był zupełnie dobry, ciepłota nie dosięgła ani razu 38° C. Dopiero w 5 tygodni po operacyi zachorowała wśród objawów następujących: bóle, gorączka, wymioty. Objawy te jednak po zwymiotowaniu znacznej ilości glist *(ascaris)* ustąpiły i obecnie chora z raną zupełnie zagojoną wraca do domu.

IV. Kol. Gluziński przestawia chorą 57 l., która podmiotowo ma się zupełnie dobrze i opuszcza klinikę z przybytkiem na wadze 12 kil. U chorej tej istnieją objawy niedomykalności zastawki trójdzielnej, jak wypełnienie i bardzo wyraźne tętnienie dodatnie żył szyjnych, powiększenie i tętnienie wątroby, lekki skurczowy szmer nad końcem mostka. Zmianę tę napotykamy najczęściej jako względną *(insuff. relativa)* przy zmianach w sercu lewem jużto w następstwie zmian w narządzie oddechowym. Żadnej z tych zmian u przedstawionej chorej niema i obraz też ogólny tej wysoko posuniętej niedomogi sercowej, nie odpowiada u tej kobiety dobrze wyglądającej, bez obrzęków na nogach i płynu w jamie brzusznej, z tętnem 66 na minutę, temu obrazowi, jaki widzimy przy względnej niedomykalności. Szukając przyczyny tych zjawisk, wspomina G. o rozprawce Marischlera, który opisał przypadek z podobnymi zupełnie objawami, wywołanymi przez ucisk tętniaka aorty na tętnicę płucną. W niniejszym przypadku i tej zmiany wykazać nie można, gdyż w przyp. Marischlera naparstnica wzmagała objawy, a w niniejszym przeciwnie polepszała stan chorej. Więc z konieczności nasuwa się myśl, że u tej chorej jest rzeczywista, pierwotna niedomykalność zastawki trójdzielnej i to albo wrodzona, albo nabyta. O wrodzonej zmianie u tej chorej, liczącej 57 lat, trudno mówić, raczej o nabytej, jako następstwie zapalenia osierdzia na zastawce trójdzielnej, tembardziej, że ta zmiana zdaje się być częstszą, niż to dotychczas sądzono. U tej chorej istnieją typowe znamiona przyrośnięcia i zrośnięcia serca z osierdziem, jako świadectwo przebytego zapalenia osierdzia, obok rozległych zrostów opłucnowych, zatem podobna sprawa mogła się odbyć i na zastawce trójdzielnej. Tem łatwiej to przypuścić, że u tej chorej istnieją wszystkie objawy niedomykalności przy zupełnem wyrównaniu.

Dyskusya: kol. Pisek przyznaje, że mamy tu do czynienia z niedomykalnością zastawki trójdzielnej, ale uważa tę niedomykalność za względną, gdyż ta wada sercowa należy właśnie do tych, które nie osiągają wyrównania.

V. Kol. Schneider: »O wpływie morfiny na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka« (rzecz przeznaczona do druku w »Przeglądzie lekarskim«).

Dyskusya: kol. Stachiewicz zwraca uwagę, że morfiniści zwykle przed jedzeniem wstrzykują sobie morfinę, aby mieć apetyt, zatem ciekawem byłoby zbadanie żołądka u morfinistów.

Kol. Gluziński wyjaśnia, że w tej pracy chodziło głównie o cel praktyczny, mianowicie, czy przy bólach we wrzodzie żołądka należy wstrzykiwać morfinę, na co wskazują doświadczenia kliniczne i badania kol. Schneidra.

Dr. Ruff, sekretarz

\- • -

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

G. Ledderhose. **Następstwa obrażeń z wypadków; zapobieganie wypadkom, ich leczenie i orzeczenie lekarskie w sprawach tego rodzaju.** (*Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts* 1901, Zeszyt 22—24). Autor omawia niektóre zagadnienia z dziedziny ogólnej chirurgii i neurologii w świetle ustawodawstwa społecznego. Instytucyom ubezpieczeń robotników przypada zasługa, że dziś myśli i działania lekarzy są zawisłe od poglądów społecznych. Niema prawie sprawy chorobowej, którąby nie nasuwała pytania, czy może ona powstać przez uraz? Wobec nieszczęśliwych wypadków musi się lekarz usilnie nad tem zastanawiać, jakim sposobem można najprędzej i najzupełniej uczynić uszkodzonego zdolnym do zarobkowania w jego zawodzie. Przy orzeczeniach swoich lekarz powinien się kierować bezstronnością, wiedzą i sprawiedliwością, ale także i uczuciem humanitarnem, które cechuje przecież całą ustawę (niemiecką) o ubezpieczeniu od wypadków. Dlatego też wyłoniła się zasada „in dubio pro reo“, którą kierują się lekarze i sędziowie w rozstrzyganiu spraw, wynikłych z wypadków. Orzeczenia lekarskie w zakresie wypadków nie odpowiadają też zupełnie ustalonym zasadom wiedzy lekarskiej; bo jeżeli pewna powaga lekarska orzeknie, że gruźlica stawu lub złośliwy nowotwór stoi w związku z pewnym wypadkiem, to tem etyologia urazowa tych przypadków nie jest wcale naukowo udowodnioną. Często uznaje się skutek wypadku, nawet wtedy, jeżeli on jest tylko moralną przyczyną niezdolności do zarobkowania. Pojęcie wypadek w myśl ustawodawstwa socyalnego nie odpowiada bowiem naukowemu znaczeniu słowa uraz.

Najważniejszą gromadę uszkodzeń, z któremi spotykamy się w praktyce, połączonej z wypadkami, stanowią otwarte uszkodzenia części miękich, uszkodzenia kości i stawów i sprawy zakaźne po uszkodzeniach. Czy rana pociągnie za sobą upośledzenie w zarobkowaniu, zależy bardzo często od tego, czy jest ona zakażoną, czy też goi się bezgnilnie. Dawniej miano za zasadę, że każda świeża rana jest zakażoną i musi być dlatego odkażoną. Dziś jesteśmy innego zdania i z tego względu tak dla laika, jak i dla lekarza powinno być regułą, że świeże, dotychczas nietknięte rany, należy uważać za niezakażone, a tem samem jak najściślej zaniechać wszystkiego, coby mogło wywołać zakażenie. Laicy powinni poprzestać na jałowym opatrunku, a i lekarz również, skoro ręce jego nie są dostatecznie przygotowane.

Dla leczenia uszkodzeń kości i stawów medycyna spółczesna dostarczyła chirurgii wiele nowych i ważnych doświadczeń. Najważniejszem przy leczeniu złamań jest odprowadzenie odłamków. Błędy tego rodzaju widzi się często u wielkiej liczby osób, otrzymujących rentę z powodu źle wyleczonego złamania kości sprychowej. Powtóre trzeba szczególną zwrócić uwagę na to, by opatrunek nie wywierał zbytniego ucisku, który może mieć fatalne następstwa dla uszkodzonych. Aby czynność uszkodzonej kończyny nie doznała ciężkiej szkody, należy o ile możności skrócić leczenie stałymi opatrunkami; w poszczególnych atoli przypadkach dopiero wtedy je usunąć, gdy stężenie złamania jest już tak mocne, że przesunięcie odłamków przez obciążenie lub własny ciężar kończyny jest wykluczone.

Stłuczenia i wykręcenia (distorsiones) stawów leczono dawniej fałszywie długotrwałem ustaleniem, gdyż wyobrażano sobie, że w ten sposób zapobiega się najlepiej ciężkim zapaleniom stawów, a szczególnie stawu kolanowego. Bez względu na możliwość, że wyjątkowo z potłuczenia lub wykręcenia zdrowego stawu może powstać jego gruźlica, nie wolno stawu ustalać wcale, albo tylko na bardzo krótki czas. Stłuczony lub nadwichnięty staw mimo znacznego krwiaka, rychło wyzdrowieje, jeżeli już w pierwszych dniach stosuje się mięsienie i ruchy, podczas gdy po leczeniu ustalającem zostaje długotrwała niezdolność do zarobkowania z powodu osłabienia mięśni.

W leczeniu ropówek, powstających często z powodu uszkodzeń pięści i przedramienia, lekarze jeszcze zbyt często grzeszą przeciw zasadom nowszej chirurgii. Zamiast odrazu całe zropiałe miejsce w uśpieniu szeroko rozciąć, by się obejść bez drenów i tylko luźnie tamponować, robi się często tylko cięcie krótkie tak, że przychodzi do zropienia ścięgien i stawów, a funkcya ręki jest nieodzownie stracona. Przyznać jednak należy, że sama rozległość sprawy zakaźnej, lub zapóźne zasięganie pomocy lekarskiej, mogą prowadzić do takich samych złych następstw.

Nie istnieje może znaczniejsze uszkodzenie kończyn, któreby nie spowodowało samo przez się, albo przez zabiegi lecznicze, lub wreszcie przez zapalenia, zaniku mięśni, który tem będzie znaczniejszy, im cięższe jest uszkodzenie i im dłużej trwało leczenie (ucisk, ustalenie, nieczynność). Zanik mięśni upośledza zdolność do pracy; lecz stopnia zaniku nie wolno oznaczać mierzeniem objętości kończyny, gdyż mięsień może znacznie zeszczupleć, lecz na zbitości i sile niewiele stracić; i przeciwnie, można spostrzedz znaczne zwiotczenie i osłabienie, a względnie mały zanik. Objętość mięśnia może zostać mniejszą, lecz jego kurczliwość może zupełnie wrócić tak, że nie pozostanie żadne, albo tylko nieznaczne upośledzenie jego czynności. Zresztą należy już podczas leczenia przez mięsienie i faradyzacyę zapobiegać zanikowi mięśni.

Wypadki, dotyczące stawów, mogą pozostawić upośledzenie ruchomości kończyny i wywołać zadrażnienie stawu. Staw zupełnie

zesztywniały przewyższa znacznie w swojej czynności staw taki, który w tem samem położeniu pozwala wykonać jeszcze minimalne ruchy czynne i bierne; gdyż stawy niezupełnie zesztywniałe są po największej części bolesne i spowodowują większy bezwład kończyny, niż stawy zupełnie zesztywniałe. Dlatego dziś stężenie stawu, skoro tylko ułożenie jest dobre, nie daje bynajmniej wskazania do resekcyi i tworzenia ruchomej neartrozy, chociażby nawet potem ruchomość stawu była lepsza. Do ciężkiej pracy bowiem staw taki nigdy nie będzie zdolny. Przeszkody kostne (kostnina) spowodowują mniejsze upośledzenie wszelkiej roboty, niż naprężenie z powodu blizn lub skurczenia części miękkich.

Rozróżnianie ruchomości stawów na czynną i bierną nie dla wszystkich stawów ma takie samo znaczenie. Przy barku i palcach n. p. tylko czynna ruchliwość ma znaczenie dla działania; natomiast ruchy stawów u stopy przy chodzeniu są przeważnie bierne i te należy uwzględnić przy zaopiniowaniu o możności chodzenia. Czynność dalszych stawów polega tak na ruchach czynnych, jak i na biernych. Nadmienić jeszcze wypada, że wzmożona ruchomość stawów ponad fizyologiczną granicę prawie zawsze stanowi większe przeszkody czynnościowe, aniżeli częściowe zesztywnienie.

Oprócz przeszkód w swobodzie ruchów, zadrażnienie stawów, jako następstwo wypadku, upośledza często zdolność do pracy. Nie każdy staw, w którym przy ruchach powstaje tarcie i trzeszczenie, należy uważać za zadrażniony lub zajęty przez zapalenie. Tego rodzaju odgłosy mogą wystąpić bez podrażnienia i bez upośledzenia czynności stawu. U człowieka, który uległ wypadkowi, odgłosy takie mogą bez wątpienia stać się przeszkodą dla pracy już przez stałe na nie zwróconą uwagę. Jeżeli spostrzeżemy w uszkodzonym stawie nieprawidłowe trzeszczenie i tarcie, należy porównać zachowanie się odpowiedniego stawu strony drugiej, a jeśli znajdziemy tu te same objawy, to zapewne i na stronie uszkodzonej nie są one następstwem wypadku. W przeciwstawieniu do wybitnego tarcia i trzeszczenia, lekkie trzeszczenie przemawia za prawdziwem zapalnem podrażnieniem stawu.

Co do leczenia zesztywnień stawów, to L. zarzuca dotychczas praktykowane ruchy bierne, gdyż one rozluźniają i rozciągają torebkę i więzy stawu; a jeżeli istnieje jeszcze lekkie zadrażnienie zapalne, to bierna gimnastyka może je wzmagać, zwiększając przeszkodę w ruchomości. Natomiast leczy autor zesztywnienia stawów przez wzmacnianie mięśni i usunięcie obrzęków zapomocą mięsienia i miejscowego stosowania pary i gorącego powietrza.

Do najważniejszych następstw wypadków należy zaliczyć zaburzenia czynnościowe w układzie nerwowym. Był czas, kiedy bardzo często posądzono uszkodzonych o symulacyę, skoro tylko objawy nie odpowiadały przedmiotowemu wynikowi badania. Dziś natomiast doszliśmy do przekonania, że właściwą symulacyę, t. j. świadome udawanie nie istniejących chorób spotyka się tylko rzadko, podczas gdy przesadzanie dolegliwości u ozdrowieńców po wypadkach bardzo często się zdarza. Szczególnie uważano dawniej i niestety dziś jeszcze często takie dolegliwości za udawane, które zaliczamy do nerwic czynnościowych. Dopiero nauka i doświadczenie w zakresie wypadków udowodniły, że histeryę spotyka się we wszystkich warstwach społeczeństwa, a nawet u zdrowej ludności wiejskiej. Zaprzestaliśmy także uważać czynnościowe choroby nerwów, które powstają z powodu wypadków, za chorobę odrębną, za t. zw. n e r w i c ę u r a z o w ą i zaliczamy je do znanych pojęć n i e d o m o g i n e r w o w e j, h i s t e r y i i ś l e d z i e n n i c t w a. Przy orzekaniu w podobnych wypadkach musimy stwierdzić, czy ogólno-nerwowy stan chorobowy stoi w związku przyczynowym z wypadkiem, czy wpływa niekorzystnie na miejscowe skutki wypadku i w jakim stopniu zmniejsza zdolność do pracy. Bardzo często jednak widzimy, że tylko stale zwrócona uwaga na uszkodzoną część ciała, lub zewnętrzne wpływy psychiczne, albo brak woli z powodu społecznego położenia i lichego odżywienia powodują jeszcze długi czas po wyleczeniu różne dolegliwości i uczucie niewydolności, a z powodu tego upośledzenie możności do pracy. Mimo, że tego rodzaju zboczeń od prawidłowego stanu psychicznego nie możemy zawsze uznać za chorobowe, musimy się jednak z niemi liczyć przy orzekaniu o uszkodzeniach wskutek wypadków. Niesłusznem by było uszkodzonych z nerwicami urazowemi uznać bez ogródek za zupełnie niezdolnych do zarobkowania.

Niektórzy autorowie byli tego zdania, że dla dolegliwości, które chory sobie tylko wmawia, odmówienie renty wywrze korzystny wpływ na siłę woli, a uszkodzony powróci do swojej pracy. Tak oczywiście niekiedy bywa, lecz stałych prawideł dla rokowania pod tym względem ustalić nie można i w przypadkach, gdzie układ nerwowy przez wypadek został tylko zachwiany, choć nie chorobowo zmieniony, rzadko jesteśmy w możności przepowiedzieć, czy uszkodzony potrafi zapanować nad temi dolegliwościami, które uznajemy za urojone, i czy będzie zdolny do pracy. W takich przypadkach można zostawić samym cechom wyznaczenie wysokości lub zmniejszenia renty, by przez to wywrzeć wpływ wychowawczy na uszkodzonego. Zresztą nie zawsze udzielanie wysokiej renty działa w ten sposób niekorzystnie, że ludzie, którzy z powodu wypadków stali się nerwowymi, lub z powodu słabej woli cierpią na urojone dolegliwości, przez to bywają zachęceni do bezczynności. Przeciwnie, liczne przypadki tego rodzaju dowodzą, że dopiero używanie wystarczającej renty umożliwia uszkodzonemu powrócić do swoich sił cielesnych i moralnych i znowu rozpocząć pracę codzienną, podczas gdy inni pod tymi samymi warunkami, lecz z mniejszemi rentami, coraz niżej padają na pochyłej niziniе bezczynności.

Co się tyczy zapobiegania neurastenii, histeryi i śledziennictwa z wypadku, to zaczyna się ono podczas wizyty u lekarza. Nie ulega bowiem wątpliwości, że pesymistyczne przedstawienie następstw ze strony lekarza w wielu przypadkach wywołuje u chorego zwątpienie, przeczulicę, a nawet poważne objawy chorobowe, podczas gdy pocieszenie i dodanie otuchy mają często wpływ wprost leczniczy. Dlatego lekarz powinien odwracać uwagę uszkodzonego od skutków wypadku i ciągle wzbudzać i wzmacniać w nim utraconą pewność zdolności do pracy. Ten korzystny wpływ lekarza musi koniecznie trwać do powtórnego podjęcia pracy, gdyż doświadczenie uczy, że choroby nerwowe występują szczególnie u tych uszkodzonych, którzy po pierwszem leczeniu oddają się sobie samym i szkodliwym wpływom otoczenia domowego. Tu często pomaga pobyt w zakładzie i leczenie mechano-terapeutyczne, jakoteż moralny wpływ lekarza, trwający aż do ponownego podjęcia pracy.

Orzeczenie o następstwach wypadku w układzie nerwowym i ocenianie wpływu ich na zdolność zarobkowania, jest rzeczą często bardzo trudną i nieraz nie możemy oceniać stopnia zdolności do pracy, a dla oznaczenia renty oczekujemy wyniku próbnie podjętej pracy. Co do oceniania pojedynczych następstw wypadków, to trudno stworzyć skalę odsetków zupełnej zdolności do zarobkowania. Lecz ocenianie w odsetkach zostaje i nadal najlepszym sposobem, mimo sprzeciwiania się z niektórych stron, mianowicie, że lekarz nie posiada specyalnych wiadomości technicznych, by w każdym zawodzie mógł oceniać stopień kalectwa. Lekarz stworzy sobie najlepiej ze swego doświadczenia skalę w odstępach 10% między zupełną zdolnością i zupełną niezdolnością do zarobkowania. Przytem należy uwzględnić w pierwszym rzędzie przedmiotowy stan obecny, a w drugim rzędzie wiek, rodzaj uszkodzenia, szczegóły płacy i zawód uszkodzonego. Z początku poleca się lekarzowi w ocenianiach stopnia kalectwa ułożyć sobie mniejszą ilość kategoryj, np. 25, 50 i 75 między 0 a 100, i w te badanych uporządkowywać.

S c h m i d t - R i m p l e r w tym samym zeszycie kończy swój wykład „O rozpoznaniu i leczeniu ważnych chorób ocznych“ wzmianką o wpływie zaburzeń widzenia na zdolność do zarobkowania. Jeżeli jedno oko jest stracone, a drugie posiada prawidłową bystrość wzroku, uznano przedtem, że zdolność zarobkowania zmniejszyła się o $33\frac{1}{3}$%; w nowszych czasach uznaje się tylko 25%. Skoro jednak widzenie z biegiem czasu się poprawia, należy potem, jeżeli nastąpiło już przyzwyczajenie do jednoocznego widzenia, oceniać szkodę tylko na 18—20%. Jeżeli jedno oko tylko w nieznacznym stopniu straciło na bystrości wzroku, nie jest to powodem stałego zmniejszenia zarobkowości. Jeżeli jedno oko zostało stracone, a drugie tylko słabiej widzi, albo w razie zmniejszonej bystrości wzroku obu oczu, można się posłużyć formułkami Zehendera dla oznaczenia zmniejszonej zdolności do zarobkowania. Brzmią one w pierwszym przypadku $\frac{2a+0}{3}$, gdzie *a* oznacza bystrość wzroku zdrowego oka; n. p $a = \frac{1}{2}S$, zdolność do zarobkowania $\frac{2 \cdot \frac{1}{2} + 0}{3} = \frac{1}{3}$, więc strata $\frac{2}{3} = 66\frac{2}{3}$%. Druga formułka brzmi: niezdolność do zarobkowania $= 100\left(1 - \frac{2a+b}{3}\right)$, gdzie *a* oznacza bystrość wzroku lepszego, a *b* gorszego oka. N. p. $a = \frac{3}{4}S$, $b = \frac{1}{4}S$, strata zarobkowości $= 100\left(1 - \frac{1 \cdot 5 + 0 \cdot 25}{3}\right) = 100\left(1 - \frac{1 \cdot 75}{3}\right) = 42$%. Formułki te oznaczają stanowczo zbyt wysokie wartości, lecz dają bądź co bądź pewną wskazówkę dla oznaczenia straty. Jeżeli z powodu wypadku powstała zaćma, która została wessana lub usunięta, można jeszcze okularami osięgnąć względnie dobrą bystrość wzroku. Wprawdzie nie nastąpi w tych przypadkach nigdy zupełne widzenie, jednak nie należy oceniać zmniejszenia zdolności na równi z zupełną utratą oka; wystarczy w tych przypadkach oznaczyć szkodę na 12—15%.

Dr. Fels.

W szpitalu krakowskim św. Łazarza wywieszono następujący okólnik z dnia 26 lutego, 1902 r., L. 19.773.

»Celem stłumienia chorób syfilitycznych w powiecie kosowskim i nadworniańskim c. k. Namiestnictwo eksponować będzie d niektórych gmin w obu tych powiatach kilku lekarzy.

Zadaniem tych lekarzy będzie: badanie i bezpłatne leczenie chorych syfilitycznych w miejscu siedziby, peryodyczne objazdy w przydzielonych im gminach, leczenie syfilitycznych chorych w tych gminach (ubogich bez wynagrodzenia), utrzymywanie w ewidencyi prostytutek i peryodyczne ich badanie, wreszcie wykonywanie, względnie dopilnowanie wykonania, koniecznych zarządzeń sanitarno-policyjnych, oraz pouczanie mieszkańców.

Lekarzom tym zapewnia się koszta podróży na miejsce przeznaczenia i powrotu, dyety po 7 koron dziennie, koszta (milowe) za peryodyczne objazdy w przydzielonych miejscowościach. Lekarzom tym oddany będzie nadto lokal ordynacyjny z urządzeniem do badania, złożony z dwóch izb.

C. k. Namiestnictwo uprasza o ogłoszenie tego zawiadomienia między lekarzami, uzdolnionymi w badaniu i leczeniu chorob syfilitycznych.

Kompetenci zechcą przedłożyć zgłoszenia swoje do c. k. Namiestnictwa za pośrednictwem Szanownej Dyrekcyi *do 15 marca b. r.*"

C. k. Namiestnik *Piniński m. p.*

Z naszej strony poczuwamy się do obowiązku dodać, że powiaty nadworniański i kosowski są wielkimi obszarami lasów i gór; wsie tu rzadkie i nędzne, dworów bardzo mało, a ciemna ludność wieśniacza żyje w zaniedbaniu fizycznem i moralnem. W tych zatem okolicznościach władza chyba już nie ma najmniejszej podstawy do powoływania się na »uboczny« zarobek z praktyki, jak to zwykle czyni przy oznaczaniu wynagrodzenia lekarzy powoływanych do czasowej służby na prowincyi. A jednak, jak to świadczy przytoczony okólnik, Namiestnictwo pragnie mieć za 7 koron dziennie lekarzy »uzdolnionych do badania i leczenia chorób syfilitycznych« t. j. specyalistów, bez względu na to, że powołuje się ich do nadzwyczaj uciążliwej służby, że na tej pustyni czeka ich żywot odcięty od wszelkich stosunków umysłowych i towarzyskich, a jeszcze więcej walka z brakiem najpierwotniejszych potrzeb życia.

Warunki, podane przez Namiestnictwo są chyba obrachowane na trudne położenie materyalne lekarzy, zmuszonych nieraz licytować należne sobie prawa *in minus;* ubliżają one jednak godności zawodu lekarskiego, a może i samemu rządowi, bo urągają elementarnym pojęciom o sprawiedliwem ocenieniu ciężkiej i tyle odpowiedzialnej pracy lekarskiej.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 13 marca.

* W myśl uchwały IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich (1900 r.), wzywającej nasze Wydziały lekarskie do zorganizowania instytucyi kursów dla lekarzy, odbyły się dwukrotnie takie kursa w Krakowie w latach ostatnich.

Dowiadujemy się z pewnego źródła, że kolegia profesorskie w Krakowie i we Lwowie wypracowują obszerniejsze programy kursów dla lekarzy i że program zreorganizowanych kursów w Krakowie zostanie ogłoszony w najbliższym już czasie. O ile nam wiadomo, kursa dla lekarzy odbędą się w Krakowie w pierwszej połowie lipca, we Lwowie — w pierwszej połowie października.

Doniosłość i znaczenie kursów odczuwają wszyscy lekarze: zapas wiadomości, wyniesionych z ław szkolnych, starczy ledwo na lat kilka. Wszechstronny rozwój techniki operacyjnej, dyagnostycznej i t. d. wymaga ciągłego uzupełniania w tym kierunku i trudno sobie wyobrazić kierownika szpitala, lekarza na urzędzie, wreszcie przeciętnego lekarza praktycznego, któryby dziś zdołał pełnić zgodnie z wymaganiami postępu swoje zawodowe obowiązki, bez ciągłego przyrostu wiedzy teoretycznej i praktycznej, a tej ostatniej nie da mu książka lub czasopismo, ani nawet udział w Zjazdach naukowych.

W jednym z najbliższych numerów »Przegl. lek.« podamy program lipcowych kursów, zarządzonych przez krakowskie kolegium profesorskie.

* Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło w niedzielę, d. 9 b. m., posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. dr. Eug. Piasecki miał nader zajmujący i ważny dla celów fizycznego wychowania młodzieży wykład: »O współczesnej gimnastyce wobec fizyologii i higieny«.

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. dr. Bier miał wykład: »O zadaniu lekarza szkolnego«.

(R). Towarzystwo lekarskie lwowskie odbyło d. 7 b. m. posiedzenie naukowe, na którem przedstawili chorych koll. dr. J. Świątkiewicz, dr Marischler, a kol. dr. Feuerstein omówił przypadek ropnia mózgowego. Odczyty wygłosili koll. dr. Moraczewski: »O spalaniu w ustroju« i dr. Wernicki Kazimierz: »O leczeniu gorączki połogowej«.

* Prezes Tow. lek. krak., kol. prof. Kostanecki, wyjeżdża d. 15 marca za dwumiesięcznym urlopem w celach naukowych do stacyi zoologicznej w Neapolu; we wszelkich zatem sprawach, tyczących się Tow. lek. krak., należy się zwracać do wiceprezesa, kol. prof. J. Nowaka.

* «Towarzystwo samopomocy lekarzy« zawiadamia swych członków, że w myśl uchwały Walnego zgromadzenia podejmuje się ściągania zalegających honoraryów lekarskich i wzywa interesowanych do zgłaszania się z tego rodzaju sprawami do Zarządu Towarzystwa.

* Minister wyznań i oświaty zatwierdził uchwałę lwowskiego Wydziału lekarskiego, przyznającą *veniam legendi* docentom: dr. A. Gońce z zakresu dentystyki i dr. R. Renckiemu — z medycyny wewnętrznej.

* Kol dr Lachs objął dział sprawozdawczy w organie niemieckiego Towarz. dla historyi medycyny i nauk przyrodniczych, z prac polskich, należących do tego zakresu. Uprasza on na tej drodze autorów, życzących, aby ich rozprawy zostały omówione w przytoczonem czasopiśmie, o nadsyłanie swych prac pod adresem dr. Lachsa (*Kraków, ul. Jasna, 7*), lub też pod adresem następującym: *Sanitätsrat Dr.* Sudhoff *in Hochdahl bei Düsseldorf.*

* W ostatnich czasach w parlamencie wiedeńskim kilka znamiennych głosów wezwało rząd do poważnego zastanowienia się nad losem stanu lekarskiego w Austryi, który niemal jedyny ze wszystkich zawodów nie został objęty programem rządowo-społecznych usiłowań do zabezpieczenia bytu. Z posłów polskich treściwym i przedmiotowym mówcą był dr. Opydo, którego wyjaśnienia zdawałoby się znalazły posłuch na ławach ministeryalnych. Wogóle z Wiednia dochodzą wieści, że zapatrywanie na położenie lekarzy tak w kołach poselskich, jak i rządowych, jest przychylniejsze. Byłaby to dobra wróżba dla projektu asekuracyjnego krakowskiego »Towarz. samopomocy lekarzy«.

* Małżonkowie Geyerowie w Łodzi ofiarowali 10.000 rubli na fundusz budowy szpitala dla dzieci.

* Dr. Lamberg, lekarz ochotniczego Towarzystwa ratunkowego w Wiedniu, wydał tablicę, na której spisał najczęściej wydarzające się wypadki nagłych zasłabnięć i sposoby ratowania takich chorych, zanim przybędzie lekarz. Dzięki jasności wskazówek, tablica ta może w istocie przynieść prawdziwą korzyść, zwłaszcza, gdyby była wywieszoną w większych zbiorowiskach ludzi tak, ażeby ogół zapoznał się z jej treścią wcześniej, a nie wczytywał się w nią dopiero w chwili wypadku. Rysunki poglądowo pouczają, jak należy wykonywać niektóre rękoczyny. Przekładu polskiego dokonał dr. Kepler w Podgórzu.

* Na dorocznem posiedzeniu petersburgskiego Towarzystwa lekarskiego (przy katolickiem Towarzystwie dobroczynności), odbytem w d. 1 marca, zostali wybrani do zarządu na r. 1902: dr. Strawiński (prezes), prof. dr. Zaleski (wiceprezes), dr W. Orłowski (sekretarz 1-szy), dr. Maczewski (sekretarz 2-gi), dr. Wierciński (skarbnik), dr. Ostrowski (bibliotekarz). Prócz wymienionych do Komitetu weszli: dr. Wolański, prof. dr. Ziemacki, dr. W. Rudzki i prof. dr. Czeczot. Na kandydatów do Komitetu zostali powołani: dr. A. Karnicki, dr. Sewerin, dr. Sylwanowicz i dr Piotrowicz; do Komisyi kontrolującej weszli: dr. Z. Orłowski, dr. Bartoszewicz i dr. Bereśniewicz.

* W Wiedniu powstało stowarzyszenie, które zbiera składki na wystawienie Sanatoryum dla leczenia wilka (*lupus*). Zakład ma posiadać możebnie najlepsze przyrządy w celu leczenia wilka światłem. Składki ponoś płyną obficie.

* Wydział lekarski Uniwersytetu w Genewie zarządził, ażeby od maturzystek z rosyjskich VII-klasowych gimnazyów żeńskich, zgłaszających się na Wydział lekarski, żądać dodatkowo świadectwa z odbytych nauk w klasie VIII-ej, oraz świadectwa z odbytego egzaminu z języka łacińskiego.

* W Leopoldville (państwo Kongo) powstała pracownia dla badania chorób podzwrotnikowych, na wzór pracowni na wyspie Jawie.

Pierwszy tom prac właśnie opuścił prasę i zawiera rozprawy: 1) O zakażeniu zimniczem; 2) O nitkowcu *(filaria sanguinis)* i 3) »O śpiączce chorobliwej« Negrów *(Schlafkrankheit)*, opracowane przez Van Campenhouta i Dryepondta.

* Centralny Związek balneologów austryackich odbędzie III ogólne naukowe zebranie w Wiedniu od 20 do 23 marca włącznie. Program odczytów obejmuje znaczną liczbę nader ważnych tematów z zakresu balneoterapii.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień VII (9—15—II). Ogólna liczba mieszkańców wraz z wojskiem wynosi 94.057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 13, urodziło się dzieci 60, zmarło osób 52, mianowicie: z gruźlicy 3 (1 zamiejsc.), z zapalenia płuc 6, z płonicy 2 (zam.), z duru brzusznego 2 (zam.), z cholery dziecięcej 2.

Tydzień VIII (16—22—II). Zawarto małżeństw 4, urodziło się dzieci 63, zmarło osób 58, mianowicie: z gruźlicy 22 (10 zam.), z zapalenia płuc 5, z błonicy 1 (zam.), z płonicy 3 (1 zam.), z cholery dziecięcej 1 (zam.).

* Między 26 lutego a 5 marca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w Galicyi w następujących powiatach: bohorodczańskim (1 gm.), brodzkim (1 gm.), buczackim (1 gm.), drohobyckim (2 gm.), nadworniańskim (3 gm.), rawskim (1 gm.), rohatyńskim (1 gm.), stanisławowskim (1 gm.), tarnopolskim (2 gm.), trembowelskim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.). Wszystkich przypadków w przytoczonych powiatach i gminach było 56.

Nekrologia. Prof. Maurycy Kaposi, głośny dermatolog, zakończył życie w Wiedniu. Życiorys podamy w jednym z najbliższych numerów. Bernard Schlesinger, emerytowany lekarz pułkowy, zmarł w Krakowie, w 72 r. życia. Dr. Bouqué prof. chirurgii zmarł w Gandawie. Dr. H. Lahs, nadzw. prof. ginekologii, zakończył życie w Marburgu, licząc lat 65.

Bibliografia:

— *Postęp okulistyczny* (luty). Noiszewski: Znaczenie pochłaniania i załamania w powietrzu promieni słonecznych dla objawu Purkinjego i adaptacya siatkówki. Szulisławski: *Margo-kantho-plastica.*

— *Gazeta lekarska* Nr. 10. Horodyński: O zawartości amoniaku we krwi i w narządach w stanach fizyologicznych i patologicznych ustroju zwierzęcego. Pechkranz: O przewlekłem unieruchomiającem zapaleniu kręgosłupa (dok.).

— *Zdrowie* Nr. 3. Rutkowski: Odżywianie służby dworskiej w powiecie płońskim w r. 1898. Puławski: Sprawozdanie lekarskie z Zakładu w Nałęczowie. Jaworski: Gruźlica a małżeństwo (dok.).

— *Medycyna* Nr. 10. Goldflam: Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem, wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku (Dr. E. Flatau) (c. d.). Brudziński: Przyczynek do rozpoznawania zapaleń wysiękowych opłucnej u dzieci (dok.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 3. Sulikowski: Stan zdrowotny robotników kesonowych przy budowie mostu żelaznego na rzece Warcie pod Sieradzem. Rychliński: W sprawie opieki nad obłąkanymi. A. Zalewski: Projekt pomocy lekarskiej gminnej na tle obecnej organizacyi w gub. płockiej. Zienkiewicz: Działalność lekarska w obwodzie ciechanowskim (c. d.).

— *Nowiny lekarskie* Nr. 3. Wachholz i Lemberger: Przyczynki doświadczalne do nauki o otruciu tlenkiem węgla. Zanietowski: Zarys i zadania elektropatologii. Dydyński: O porażeniu Landryego (dok.).

— *Przegląd felczerski* Nr. 5. Cetnarowicz: Organ wzroku a ospa (dok). R.: Aseptyka i antyseptyka (c. d.). Tchórznicki: Wycieczka higienistów do Przasnysza (c. d.). Frejlich: Masaż. Frejlich: Powietrze i jego własności. Maciejewski: W kwestyi felczerskiej. Wągrowski: Zgorzel palców stopy od ciasnego obuwia. Rojewski: O przepuklinach uwięzniętych.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 10. Procházka: O následcích mrtvice (c. d.). Merhaut: Výživa mlékem při tyfu střevním (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 18. Béclère: Badanie radioskopijne międzypłatowych wypocin opłucnowych. — Nr. 19. Hartmann: Nauczanie medycyny operacyjnej w niektórych uniwersytetach amerykańskich. Descos: Zapalenie gardła, wywołane pneumokokami Friedländera.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 10. Finger: O jątrzącem się i pełzającem zapaleniu torebek włosowych skóry nosa. Waldstein: Przypadek krwiaka zaotrzewnowego z pozorami torbiela jajnikowego, okręconego około swej szypuły. Hamburg: Pożywienie w jednej z jadłodajni wiedeńskiej dla młodzieży.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 9. Windscheid: Stosunek stwardnienia tętnic do schorzeń mózgu. Grassmann: Nowy kliniczny pogląd na naukę o stwardnieniu tętnic. Arnsperger: Przyczynek do nauki o nadmiernem zrogowaceniu gardła. Mircoli: O surowiczo-antytoksycznym wpływie wyskoku na gruźlicę i o możliwem zastosowaniu wyskoku w leczeniu gruźlicy. Esser: Przewlekły obrzęk gruczołów oskrzelowych a gruźlica szczytów płucnych. Merkel: Dalsze uwagi nad aspiryną. Bender: Przyczynek do nauki o nabytem wysokiem usławieniu łopatki. Meinel: Przypadek raka żołądka z nadmiernem bujaniem tkanki elastycznej i o ilości tej tkanki w żołądku ludzi różnego wieku. Oberndorfer: Przypadek moru na jednym okręcie niemieckim. Diehl: Napady neurasteniczne. Boetzelen: O klinicznym ferometrze Jollyego. Weiss: Porównanie metod Stas-Otta i Kippenbergera dla wykazania alkaloidów. Wolff: Krótkie uwagi nad pracą »Zatrucie krwi a amputacya«. Gottlieb: Porównanie nowych ustaw niemieckiej i austryackiej dla egzaminów lekarskich.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 9. Sachs: Czy istnieje jednostajne działanie aleksyn? Sievers: Przyczynek do nauki o zatorze w tętnicy krezkowej górnej. Schaffer: Wyskok, jako środek do odkażania rąk. Kobrak: O wyjaławianiu mleka dla osesków w możebnie nizkiej ciepłocie. Salkowski: O ostrem, kiłowem i wczesnem zapaleniu nerek z nadmiernym białkomoczem. Straus: O funkcyonalnem rozpoznawaniu nerek. Badanie czynności nerek pod względem fizyologicznym i patologicznym.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 10. Wutzdorff: O szerzeniu się raka w państwie niemieckiem. Bendix i Bickel: Krytyczny przyczynek do nauki o glikolyzie. Karewski: O niedrożności jelit z powodu kamieni żółciowych. Boas: O sztywnieniu ścian żołądka.

Redakcya otrzymała. Krzyszkowski i Wiczkowski: 1) Tętniak pnia tętnicy płucnej, wielokrotne tętniaki rozgałęzień tejże tętnicy i przewód Botalla otwarty. 2) To samo po niemiecku. 3) Kilka słów o anatomii patologicznej wąglika.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie w niedzielę dnia 16 marca, o godz. 4-tej po południu, *w auli uniwersyteckiej (Collegium novum)*, posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. prof. Wicherkiewicz mówić będzie: „O wpływie szkoły na rozwój chorób ocznych“.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 19 marca, o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych (sprawa wydania Słownika lekarskiego), odbędzie się odczyt kol. prof. Bujwida p. t.: „Woda i wodociągi krakowskie“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 22 Marca 1902. Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Kilka uwag o komórce wątrobnej.

Podał

Prof. Browicz.

W r. 1897 na podstawie własnych badań wątrób muszkatołowych jakoteż żółtaczkowych doszedłem zgodnie z wynikami dawniejszych injekcyi Heringa, Pfeiffra, które to obrazy uważane były za sztuczne, artefakta, jakoteż zgodnie z mniej lub więcej stanowczemi zapatrywaniami innych autorów jak Popow, Afanasiew, Marchand, R. Krause, Nauwerck do przekonania, iż w komórce wątrobnej istnieją stałe kanaliki, którymi żółć z komórki wątrobnej wydalaną bywa do kanalików międzykomórkowych, z którymi kanaliki żółciowe środkomórkowe w bezpośrednim są związku. Późniejsze badania Stroebego, Szubińskiego, Fütterera, Aschoffa zgadzają się z tem zapatrywaniem niemniej jak badania Ciechanowskiego, który dostrzegl podobnych obrazów w wątrobach, w których rozwinęły się gruczolaki. Holmgren, jakkolwiek nie oznacza gatunku kanalików, czy odżywcze czy też wydzielnicze, podaje, iż w komórce wątrobnej jeża istnieją kanaliki środkomórkowe, (Anat. Anzeiger 1902 Nr. 18). Obrazy takie spotykam odtąd często w wątrobach żółtaczkowych, w których wskutek wadliwego mechanizmu wydalania żółci z komórki wątrobnej gromadzi się żółć w przestworach ściśle odgraniczonych w postaci jednolitych pasm, rozgałęziających się wśród komórki lub też złogów okrągłych, co zależy od kierunku przekrojów.

W ciągu dalszych badań moich dostrzegłem, iż tak u człowieka, gdy hemoglobina w rozczynie się znajduje jakoteż u psa po wprowadzeniu rozczynu hemoglobiny do krwi jakoteż po działaniu na krew substancyi chemicznych rozpuszczających pewne krwinki czerwone, wśród cytoplazmy jakoteż karyoplazmy komórki wątrobnej w przestworach ściśle odgraniczonych okrągłych lub podłużnych wykazać można za pomocą formaliny, tworzącej odczynnik mikrochemiczny hemoglobiny płynnej, złogi ziarniste lub też krystaliczne hemoglobiny przeobrażonej pod wpływem formaliny. Nadto u psa mianowicie w czasie trawienia dostrzegłem krwinek czerwonych w cytoplazmie jakoteż w karyoplazmie komórki wątrobnej pojedynczych, lub więcej a nawet gromadek tychże w przestworach okrągłych ściśle odgraniczonych, co i w wątrobie ludzkiej spotyka się, jak to także i Ciechanowski w swej pracy (Sprawy wydzielnicze w komórkach gruczolaków i raków gruczolakowych wątroby. *Rozprawy Akad. umiej.* T. 40) podaje.

Na podstawie tych obrazów doszedłem do wniosku, iż jądro komórki wątrobnej bierze czynny udział w wytwarzaniu wydzielin komórki wątrobnej, części składowych żółci, której ślady w postaci złogów okrągłych także w miąższu jądra komórki wątrobnej spotykałem.

Obrazy te zwróciły uwagę moją a uwzględniając istnienie niewątpliwe, co raz jeszcze stanowczo twierdzę, śródkomórkowych kanalików żółciowych jako stałych dróg wywozowych do wydalania żółci służących wysnułem z tych obrazów wniosek, iż w komórce wątrobnej istnieć muszą także stałe drogi, kanaliki, ktorymi materyał odżywczy i czynnościowy dostaje się do komórki i że te kanaliki odżywcze łączyć się muszą z naczyniami włoskowatemi, krwionośnemi, śródzrazikowemi.

W literaturze istniały szczegóły, co w pracach moich przytoczyłem, które na ten związek wskazywały. Asp w roku 1873 metodą injekcyjną wykazał, iż masa injekcyjna od naczyń krwionośnych wnika w postaci pasm w głąb komórki wątrobnej, toż samo wykazali I. W. i E. Heward Fraserowie (1895). Te wyniki injekcyjne, o podobnych obrazach wspomina także Nauwerck (1897), podobnie jak poprzednie Heringa, Pfeiffra nie zyskały prawa obywatelstwa w nauce, w której panuje zapatrywanie, iż wytwory wydzielnicze komórki jakoteż substancye odżywcze z krwi drogą osmozy wydostają się z komórki jakoteż do niej wnikają.

W pracy mojej o drogach odżywczych (1899) starałem się wykazać, iż nie jesteśmy w stanie osmozą wytłómaczyć wnikania jakoteż wynikania jakichkolwiek substancyi płynnych z komórki i do komórki wątrobnej a tem mniej substancyi stałych jak krwinki czerwone, z którym to faktem spotykamy się w fizyologicznych i patologicznych warunkach w różnych komórkach.

Zwracałem w pracach moich od lat kilku uwagę na to, jak ważne znaczenie dla biologii przedstawiają obrazy dostrzegane w stanach chorobowych, zdanie, które w roku ubiegłym wypowiedział bardzo wybitnie Virchow zagajając obrady towarzystwa patologicznego niemieckiego. W pracy o drogach odżywczych w komórce wątrobnej (1899) wypowiedziałem zdanie: „Nie wątpię, iż, gdy się zwróci uwagę na to i badać będzie szereg wątrób o sztucznie nastrzykanych naczyniach krwionośnych mając zwróconą uwagę na ten szczegół, dostrzeże się częściej obrazów podanych przez Aspa, Fraserów, Nauwercka“. Słowa te moje w roku 1899 wypowiedziane sprawdzają się. Prof. Schäfer z Edymburga nadesłał mi preparaty z wątroby króliczej nastrzykanej przez żyłę wrotną gelatyną karminową wykazujące, iż masa injekcyjna wnika od naczyń krwionośnych w głąb miąższu komórki w postaci pasemek rozgałęziających się, dochodzących aż do jądra a nawet doń wnikających. Obrazy te stwierdzają prawdziwość moich spostrzeżeń w sposób niepodlegający wątpliwości, stwierdzają to, do czego doszedłem

inną drogą, inną metodą, z obrazów spostrzeganych u psa i u człowieka a mianowicie z wnikania i gromadzenia się płynnej hemoglobiny i krwinek czerwonych w przestworach ściśle odgraniczonych.

Obrazy przezemnie dostrzeżone zgadzają się zupełnie z obrazami po injekcyi sztucznej z tą tylko różnicą, iż gdy w obec małej ilości substancyi odżywczych wnikających do komórki, posuwających się stopniowo od brzegu komórki w głąb, tylko wakuole i małe odcinki kanalików odżywczych wystąpić mogą na jaw i przedstawiają niejako etapy transportu wchłoniętej hemoglobiny płynnej aż wreszcie w obręb jądra, — po injekcyi sztucznej, gdy stały, ciągły niejako strumień masy injekcyjnej wnika w kanaliki środkomórkowe występują już całe kanaliki a nawet siatki tychże. Istnienie w komórce wątrobnej tak stałych dróg, kanalików odżywczych jakoteż wydzielniczych stwierdzonem więc zostało tak injekcyą sztuczną jakoteż obrazami fizyologicznymi, patologicznymi i eksperymentalnie wywołanymi.

Związek kanalików wydzielniczych, żółciowych z kanalikami żółciowymi międzykomórkowymi jest bezpośredni t. j. żółć z kanalików żółciowych śródkomórkowych wlewa się wprost do kanalików żółciowych międzykomórkowych. Związek zaś kanalików odżywczych śródkomórkowych z naczyniami krwionośnemi jakkolwiek, jak to preparaty Schäfera wykazują, od strony naczyń krwionośnych śródzrazikowych dają się one sztucznie nastrzykać, jest tylko pośredni. W dostawaniu się substancyi odżywczych z krwi do kanalików odżywczych w komórce wątrobnej, pośredniczą komórki ścienne naczyń krwionośnych włoskowatych tworzące jak to równocześnie z Kupfferem wykazaliśmy, jedyną warstwę ścianki naczynia krwionośnego włoskowatego. Za tem przemawiają obrazy, jakie spotykamy w komórkach ściennych, soczystych, sterczących do światła naczynia krwionośnego, w których spotykamy krwinki czerwone, złogi hemoglobiny, jakoteż obrazy komórek ściennych spotykane w przypadkach ostrej i przewlekłej żółtaczki tak u człowieka jakoteż eksperymentalnie u psa wywołanej, o czem podałem wiadomość w pracach moich o budowie naczyń włoskowatych krwionośnych i ich stosunku do komórek wątrobnych i o patogenezie żółtaczki (1900). W komórkach ściennych spotyka się wtedy podobne kanaliki śródkomórkowe, jak w komórce wątrobnej napełnione żółcią, która albo z kanalików żółciowych międzykomórkowych stykających się z naczyniami krwionośnemi włoskowatemi. (Budowa przewodów żółciowych międzykomórkowych i ich stosunek do naczyń krwionośnych włoskowatych. Rozprawy akad. umiej. t. 38.) albo też wprost z komórek wątrobnych do nich się dostaje. Obrazy te wskazują, iż w komórkach ściennych naczyń włoskowatych krwionośnych, komórkach innego gatunku aniżeli komórki. wątrobne, istnieją stale kanaliki, na co już w przytoczonej pracy o budowie naczyń krwionośnych śródzrazikowych uwagę zwróciłem.

Komórka wątrobna jest więc dotąd jedyną komórką zwierzęcą, w której udowodnione istnienie śródkomórkowych kanalików tak odżywczych jakoteż wydzielniczych.

Pojęcia nasze o budowie komórki wątrobnej, a mnożą się wskazówki o istnieniu kanalików śródkomórkowych i w innych komórkach (przypominam np. badania Holmgrena i innych autorów co do komórki zwojowej, badania Retziusa podane na ostatnim zjeździe anatomów niemieckich co do olbrzymich komórek szpiku kostnego, szczegół podany przez Holmgrena co do istnienia kanalików śródkomórkowych w komórkach doczesnej u myszy, w komórkach trzustki salamandry, w komórkach krypt dwunastnicy u kota [Anat. Anzeiger 1902] muszą uledz zmianie.

Stałe kanaliki jakiejkolwiek przyrody nie mogą istnieć w substancyi płynnej czy ciekłej, jaka według niektórych autorów tworzyć ma miąższ komórki. Istnieć one mogą tylko w substancyi stałej jakkolwiek, miękkiej, elastycznej, kurczliwej. Nie ulega wątpliwości, iż komórka zawiera także płyn, chociażby przynajmniej w okresie czynności, gdyż płynne substancye (mikrochemicznie wykazać się dające złogi ziarniste lub krystaliczne z roczczynu hemoglobiny osadzone) do niej wnikają, a wydzieliny komórki wątrobnej nie są stałe, komórka wydziela je w stanie płynnym, w roczczynie.

Komórka wątrobna wobec istnienia stałych kanalików odżywczych i wydzielniczych, tworzących w miąższu komórki siatkę łączącą się z kanalikami żółciowymi międzykomórkowymi i naczyniami krwionośnemi śródzrazikowemi musi posiadać budowę skomplikowaną podobną do budowy organizmu, co z naciskiem niejednokrotnie podnosiłem. Istnieją w niej stałe części, granula, plasmosomy, bioblasty, jakkolwiek je nazwiemy, tworzące może grupy jak to co do komórki wątrobnej także np. Schlatter, Arnold twierdzą, które odgrywają rolę narządów przerabiających substancye odżywcze i wytwarzających wydzieliny swoiste. Nie drogą osmozy wnikają do komórki wątrobnej substancye odżywcze i wynikają wydzieliny swoiste, jak to niejednokrotnie w pracach moich wypowiadałem. Dzieje się to drogą stałych kanalików środkomórkowych, gdyż łączą się one przecież z kanalikami żółciowymi międzykomórkowymi jakoteż z naczyniami krwionośnemi śródzrazikowemi, przyczem komórka sama czynną jest, o czem świadczy dostawanie się do komórki wątrobnej stałych cząstek jak krwinek czerwonych, które o ile dotąd wiemy, nie objawiają samodzielnych ruchów a tylko dzięki swej olbrzymiej elastyczności przystosować się mogą do szczelin, przestworów, do których wprowadzone zostają. Możemy zatem razem z Czermakiem (Petersburg) nazwać komórkę wątrobną myzocytem, komórkę ssącą.

Istnienie kanalików śródkomórkowych, które próżne są niewidoczne a dopiero zawierając treść stają się dostrzegalne i stosownie do ilości treści ulegają rozszerzeniu, po wydaleniu treści znowu są niewidoczne, pozornie nie istniejące, zgadza się z tłómaczeniem, które podałem w pracy mojej o śródkomórkowych kanalikach żółciowych i o budowie komórki wątrobnej (1897), co do pojawiania się wakuol, wakuolizacyi komórki wątrobnej, która nie jest przypadkową a wakuole nie powstają w miejscach dowolnych. Powiedziałem wtedy, iż wakuole i jamki wydzielnicze Kupffera są wyrazem poprzecznych przekrojów rozszerzonych kanalików śródkomórkowych, że wakuolizacya komórki wątrobnej związana jest ściśle i zależy od obecności sieci kanalików fizyologicznych, co i obrazy w preparatach Schafera stwierdzają. Komórka wątrobna może w odpowiednich warunkach pochłaniać znaczną ilością substancyi odżywczych (vide praca moja: „Pochłanianie krwinek czerwonych przez komórkę wątrobną“ i „O pochodzeniu substancyi skrobiowatej“. Rozpra-

wy akad. umiej. t. 38 i 41), może wskutek wadliwego mechanizmu wydalania większą ilość wydzieliny w kanalikach wydzielniczych zatrzymać, co nam bardzo dobrze tłómaczy różną wielkość wakuol, dosięgających nieraz rozmiarów olbrzymich.

II. O przedoperacyjnem badaniu nerek, szczególnie w kierunku ich dostatecznej sprawności czynnościowej.

Napisał

Dr. M. W. Herman.

(Ciąg dalszy).

Wszystkie te jednak sposoby, nie wyłączając ostatniego, nie dają nam takich danych ścisłych i pozytywnych, na którychby się z całą ufnością oprzeć było można. To stało się powodem, że niektórzy z chirurgów usilowali uprzystępnić sobie drugą nerkę przez jej „krwawe odsłonięcie".

W tym celu Lawson-Tait i Thorton otwierali jamę brzuszną w linii środkowej, obmacywali każdą nerkę z osobna i gdy się znalazły warunki po temu, zaszywali ranę laparotomijną napowrót, a do nefrektomii, wzgl. nefrotomii przystępowali z cięcia lędźwiowego. Inni np. Simon, odsłaniali nerkę z „dyagnostycznego cięcia lędźwiowego," natomiast Kocher radzi, aby przystępując do nefrektomii pozaotrzewnowej obok nerki w tej samej ranie przeciąć otrzewnę, przez otwór ten wejść do jamy otrzewnowej, obmacać drugą nerkę i dopiero teraz, upewniwszy się w ten sposób o dobrym stanie nerki pozostającej, przystąpić po zaszyciu otrzewnej do dokończenia operacyi.

I mniemaćby należało, że chyba tym sposobem zdołamy sobie wyrobić dokładne wyobrażenie o stanie nerki pozostającej. Mając bowiem nerkę bezpośrednio pod ręką, powinniśmy rozpoznać, czy ona istnieje, jaka jest jej wielkość, powierzchnia, zbitość etc. I rzeczywiście istnieją spostrzeżenia bardzo pouczające: np. Moritz przed zamierzonem wycięciem nerki, zajętej nowotworem złośliwym, przekonał się tą drogą, że druga nerka jest mała, twarda, powierzchnia jej nierówna. Odstąpił tedy od operacyi, a sekcya przekonała go, że wydolność nerek istniała jedynie dzięki częściowo zachowanemu miąższowi w nerce zajętej rakiem. Z drugiej jednak strony istnieją spostrzeżenia wykazujące, że o pomyłkę i złudzenie nietrudno nawet po takiem bezpośredniem obmacaniu. Poncin przekonawszy się przez bezpośrednie obmacanie, że druga nerka istnieje i jak mu się zdawało, jest niezmienioną, wykonał zamierzoną nefrektomię; w parę dni jednak później przekonał się, że to, co uważał za nerkę było tylko strzępem tłuszczu, otaczającym kamyk nerkowy. Nerki zaś ani śladu. Podobnie Sendler wziął za nerkę, kaszaka, który się rozwinął na koszt zanikłej nerki. Wreszcie wspomnieć należy o przypadku Zondecka, ogłoszonym z oddziału Israela, zupełnie analogicznym do przypadku pierwszego.

Ba, nawet nefrotomia, wykonana w celach rozpoznawczych, nie jest zupełnie pewną w swych wynikach. Dawniej już zwracali na fakt ten uwagę Albarran, Pousson, Nimier, Routier, Braatz, a niedawno Kümmel ogłosił spostrzeżenie, które świadczy przeciw dyagnostycznej nefrotomii. Mężczyzna 47 letni oddaje od dłuższego czasu mocz mętny i krwawy. Badanie wykazuje: pęcherz niezmieniony. Po bliższem rozpatrzeniu się rozpoznano nowotwór złośliwy nerki lewej. Po odsłonięciu tej nerki nie znaleziono zmian powierzchownych; rozcięto ją zatem podłużnie aż do miedniczki, lecz i na przekroju nic patologicznego nie zauważono. Wkrótce potem chory zmarł na porażenie serca. Sekcya wykazała, że większy guz zajmował nerkę prawą, ale i w lewej był też już nowotwór mniejszych rozmiarów.

Pomijając już tę okoliczność, że otwarcie jamy brzusznej lub odsłonięcie nerki jest zabiegiem ciężkim i groźnym dla chorego, tem cięższym, że bardzo często w nerce zmienionej znachodzą się masy gnilne (septyczne), widzimy, że nietylko odsłonięcie nerki, ale nawet jej rozcięcie, nie daje nam wcale pewnych wskazówek, mogących świadczyć o ich wydolności. Nawiasowo dodaję, że w ostatnich czasach podniosły się głosy (Braatz), wykazujące na przykładach klinicznych, że sama nefrotomia może się stać powodem zaniku nerki[2]). Zatem rażący niestosunek między samym zabiegiem, a wątpliwemi i niepewnemi korzyściami nakazuje, by odstąpić od używania tych metod na większą skalę, a zachować je dla bardzo wyjątkowych przypadków, w których nic innego nie pozostanie nam do wyboru.

Pierwsze „votum niezaufania" dla tych dopiero co wyliczonych metod badania nerek dał Czerny, zalecając swą metodę, która, jak wiadomo, polega na tem, aby po odsłonięciu chorej nerki zacisnąć jej moczowód i badać mocz, zbierający się w pęcherzu, a pochodzący z jednej tylko nerki. O krok naprzód posunął się Gluck swem zaleceniem wstrzyknięcia podskórnego jodku potasu po zaciśnięciu moczowodu sposobem Czernego i badania jodu w moczu z pęcherza. Oddziaływanie dodatnie świadczy o sprawności drugiej nerki. Metodę Czernego zmodyfikował nieco Pinner o tyle, że zalecił, aby po odsłonięciu nerki zależnie od znalezionych stosunków naciąć ją samą albo miedniczkę i tędy wprowadzić odpowiedni cewnik do moczowodu, ustalić go i badać mocz, przezeń się wylewający z nerki operowanej, z drugiej zaś mocz zbierający się w pęcherzu.

Metoda Czernego i jej modyfikacye dają rękojmię pewności, jak żadna z poprzednich; — nie może jednak znaleźć zastosowania w szerszej praktyce, bo zabieg to wcale poważny i dający się dziś zastąpić innymi równie pewnymi, lecz nierównie łagodniejszymi.

Nie można jednak metodzie tej odmówić zasadniczej i wyjątkowej wartości. Wykazała ona, że poprzednie dążenia, zmierzające do zbierania moczu z każdej nerki osobno, warte są poniesionych mozołów i zachęcała do dalszych prób w tym kierunku. Gdyż jakkolwiek badanie moczu, zbierającego się w pęcherzu z obu nerek, daje dokładne a niekiedy jedyne wskazówki rozpoznawcze, do celów ściślejszych, a więc, do oznaczenia, czy jedna czy obie nerki są chore, a względnie, czy owa nerka, która po wyjęciu jednej pozostanie, wydoła zadaniu na nią włożonemu — zupełnie się nie nadaje. Potrzeba zbierać mocz z każdej nerki oddzielnie. Potrzebę tę uznawał założyciel nowoczesnej chirurgii nerek, G. Simon.

Pomijając bezpośrednie zabiegi na nerkach (Czerny, Pinner), wszystkie dalsze sposoby, jakie dotychczas podano w celu oddzielnego zbierania moczu z każdej nerki, podzielić można na dwie grupy. W pierwszej autorowie dążą do

[2]) Kwestyą tą zajmuję się dokładniej w innej pracy.

tego, aby w jakikolwiekbądź sposób otrzymać mocz wprost z moczowodu; w drugiej zwracają głównie uwagę na sam pęcherz i starają się podzielić go na dwie niekomunikujące ze sobą komory, z którychby każda służyła za zbiornik dla jednej tylko nerki.

Pierwszą grupę podzielić można znów na kilka pododdziałów: I. Odsłonięcie moczowodów drogą operacyjną. II. Otworzenie pęcherza i uczynienie ujść moczowodu widocznymi. III. Zaciskanie lub odosobnianie ujścia moczowodu na ślepo. IV. Sondowanie moczowodu *per vias naturales*, a) pod kontrolą palca; b) pod pośrednią kontrolą zwroku — i c) pod bezpośrednią kontrolą zwroku.

ad I.) Hegar, Sänger i Warkalla radzili, aby u kobiet wypreparować moczowód tam, gdzie on przebiega w okolicy sklepienia przodkowego i zacisnąć go chwilowo w jakikolwiekbądź sposób.

ad. II.) Bozemann i Emmet, pouczeni już poprzedniemi usiłowaniami, chcieliby kateteryzować moczowody przez przetokę między pęcherzem i pochwą. Aby umożliwić rzecz i u mężczyzn, Iversen, Guyon i Albarran przedwstępnie otwierają pęcherz cięciem nadłonowem. Harrison do tego samego celu zalecił *sectio mediana*.

ad III.) Nieporównanie liczniejsze są próby zaciśnięcia moczowodu na ślepo. Pierwszy wstąpił na tę drogę Tuchmann, zalecają przyrząd, bardzo zbliżony budową i kształtem do litotryptora, który równocześnie służył jako cewnik. Przyrząd zamknięty wprowadzało się do pęcherza odszukiwało się na ślepo wyniosłość, mającą odpowiadać ujściu moczowodu, w tej chwili otwierało się przyrząd, oboma ramionami (branżami) obejmowało się ową wyniosłość i chwytało się ją w zamknięte kleszcze. Tak założywszy przyrząd pozostawiało się go w pęcherzu przez 10 minut i zbierało mocz, pochodzący jakoby z nerki, której moczowód nie został zaciśnięty. Następnie Silbermann podał nowy przyrząd. Jest to cewnik *à double courant*, kryjący w sobie balonik gumowy, połączony z cieniutkim cewnikiem. Po wprowadzeniu przyrządu do pęcherza, przykłada się go okienkiem do okolicy jednego moczowodu, poczem przez cewnik napełnia się balonik około 10 sz. ctm. rtęci, balonik występuje przez okienko na zewnątrz i zatyka moczowód. Fenwick używał długi czas i zachwalał swój przyrząd ssący, zrobiony również jak i poprzedni na zasadzie cewnika *à doubee courant*. Cewnik wewnętrzny posiada w tym przyrządzie okienko kończące się w pokrywie zewnętrznej, które trzeba przyłożyć do ujścia moczowodu, poczem za pośrednictwem pompki wsysa się mocz z jednej nerki, podczas gdy mocz z drugiej spływał równocześnie do pęcherza, a stąd przez inne okienka cewnikiem zewnętrznym na zewnątrz. Ebermann zaciskał koniec moczowodu kleszczykami, osobno w tym celu pomyślonemi, których jedno ramię wprowadzał do pęcherza, drugie do odbytnicy. Podobnie postępuje Weir. Zmodyfikowawszy przyrząd Davyego obmyślony do uciskania tętnicy biodrowej przy wyłuszczaniu kończyny w stawie biodrowym, zastosował go również do tego celu. Jeden pręt wprowadzić trzeba do odbytnicy i przycisnąć nim moczowód do *linea arcuata pelvis*. Weir znalazł kilku naśladowców między innymi Waldsteina, H. B. Saundsa i Langa, którzy znakomicie uprościli jego metodę, zaciskali bowiem moczowód między swym palcem a linią bezimienną miednicy. Ucisk ten trzeba wywierać tak długo, póki się wreszcie w pęcherzu nie zbierze dość moczu z nerki drugiej. Polk uskutecznia to zamknięcie moczowodu przez ucisk między specyalnie obmyślanym cewnikiem w pęcherzu, a sztabką w odbytnicy; Müller zaś wprowadza do odbytnicy balonik, który wypełnia rtęcią i tak przyciska moczowód do *linea arcuata pelvis*.

ad IV.) Dotychczas wyliczone metody zbierania moczu z każdej nerki oddzielnie są albo za poważne (grupa I. i II.), albo bardzo niepewne (grupa III.). Wady te starano się usunąć w sposobach, które obecnie wyliczyć mamy zamiar. Na pierwszem miejscu wymienić należy sposób Simona. Przekonawszy się, że znaczne nawet rozszerzenie cewki moczowej u kobiet nie pociąga za sobą trwałych i złych następstw, wprowadzał Simon po lewym palcu wskazującym, włożonym do pęcherza przez cewkę, rozszerzoną na 2 ctm. specyalnie urządzone cewniki do moczowodów, których ujście poprzednio wyczuł palcem. Inną drogą poszedł Pawlik: zużytkował on fakt, że u kobiet w położeniu kolankowo-łokciowem i przy miernie napełnionym pęcherzu, na przodkowej ścianie pochwy zaznaczają się granice trójkąta Lieutauda. Oryentując się tym rysunkiem, wprowadzał on przez cewkę nierozszerzoną do pęcherza cewnik moczowodowy i śledząc od zewnątrz ruchy jego końca, rysujące się na ścianie pochwy, doszedł z czasem do takiej wprawy, że bez większych trudów kateteryzował moczowody. Metoda ta stałaby się nierównie łatwiejszą i dostępniejszą szerszemu kołu specyalistów, gdyby manipulacyę tą wykonać można było pod bezpośrednią kontrolą wzroku. Pierwszy Howard A. Kelly rozwiązał to zadanie, na razie polowiczo, bo tylko u kobiet. Użył on wziernika cewkowego Simona o średnicy 9—10 mm. i w ułożeniu podniesionem miednicy wprowadzał go do pęcherza po poprzedniem rozszerzeniu cewki. Natychmiast wpadało powietrze do pęcherza, rozszerzało go, a mocz wypływający z moczowodów, spływał po jego ścianach i nagromadzał się u wierzchołka. Przez wziernik oświetlał ten badacz wnętrze pęcherza przy pomocy reflektora, odbijającego światło lampki żarowej, odszukiwał ujścia moczowodów i pod kontrolą wzroku wprowadzał do moczowodów cewniki. Metodę tę uprościł znacznie H. Rose w ten sposób, że zadawalnia się poprostu odszukaniem ujścia moczowodu, poczem wsuwa głębiej i obciska mocno w około niego wziernik nieco dłuższy od wziernika Simonowskiego i ze skośnie ściętym końcem. W tak przyciśniętym wzierniku zbiera się mocz z jednego lub drugiego moczowodu.

Wkrótce po H. A. Kellym, a może równocześnie i niezależnie od niego, bo się o to spierali, podał Pawlik swą drugą metodę, która od sposobu Kellyego tem się jeno różni, że Pawlik do pęcherza wprowadza lampkę żarową, chłodzoną krążącą wodą zimną. Ostatnie metody, stanowiące niezaprzeczenie postęp w tym kierunku, mają ograniczone zastosowanie, gdyż tylko u kobiet. Pierwsze usiłowanie oświecenia pęcherza u mężczyzn przedsięwziął Robert T. Morris, podawszy swój „tubus“ o średnicy 9 mm. zamknięty podczas wprowadzania podłużną oliwką, osadzoną na ruchomym drucie. Przez „tubus“ oświeca się pęcherz światłem odbitem. Morris przyrządem swym posługuje się z taką wprawą i pożytkiem, że nie zarzucił go nawet po wynalezieniu i rozpowszechnieniu cystoskopu.

A cystoskop po tych wszystkich próbach musiał być

wynalezionym. Duch czasu za narzędzie wybrał sobie Maxa Nitzego. Cystoskop pierwotny, wielokrotnie modyfikowany i ulepszany, doprowadzony w końcu został do znacznej doskonałości i stał się prawdziwem uwieńczeniem wszelkich usiłowań, trudów i znojów, podejmowanych w tym kierunku. Nie chcę sprawy przesadzać powiedzeniem, że niczego lepszego spodziewać się już nie możemy, boć granice myśli, ducha i twórczości są szerokie i granic tych przewidzieć nie można; śmiało jednak twierdzić możemy, że nic lepszego dziś nie posiadamy. Przez jednorazowe wprowadzenie narzędzia tego możemy potwierdzić lub wykluczyć chorobę pęcherza, a nawet możemy, odszukawszy ujścia moczowodów i śledząc mocz z nich się wylewający, wyrobić sobie pewien sąd o stanie nerek. Aby jednak sąd ten pozbawić wielu niepewności i uchronić siebie przed pomyłką, a chorego przed następstwami takiej pomyłki, powinniśmy się posunąć o jeden krok naprzód. Zastosować trzeba cewnikowanie moczowodów, co przy pomocy cystoskopu udaje się jeszcze najłatwiej i z najmniejszą szkodą dla chorego. Pierwszy Brenner w r. 1889 użył cystoskopu do tego celu. Wkrótce potem Boisseau de Rocher podał przyrząd, zrobiony na zasadzie cystoskopu, a nazwany przezeń „megaloskopem". Dopiero jednak Poirierowi udało się po pokonaniu wielu trudności pod kontrolą cystoskopu wprowadzić cewniki do moczowodów u żywego mężczyzny. Metoda rozpowszechniła się, gdy Nitze podał swój przyrząd. U nas zalety tego przyrządu ocenił pierwszy Rydygier, a przewidując korzyści, jakie ztąd dla chirurgii nerek płynąć mogą, nietylko sam przyrządem tym się posługiwał, ale nadto zachęcał do użycia go. Przyrząd zyskał wiele przez modyfikacye, zwłaszcza drugą Caspra. Wreszcie w użyciu, zwłaszcza we Francyi, jest ureteroskop Albarrana, wielkiego zwolennika, a raczej wielbiciela tej metody. Znakomity ten i ceniony urolog ułatwił w niektórych przypadkach cewnikowanie moczowodów przez to, że w cystoskopie wprowadza do moczowodów długie, giętkie metalowe zgłębniki (sondy), a po nich dopiero i po wyjęciu cystoskopu, wprowadza cewniki (katetery). (C. d n.)

* * *

III. **Z zakł. anat. patol. prof. Browicza w Krakowie.**

O polipowatych nowotworach mięszanych przełyku.

Podał

Dr. L. K. Gliński,

Asystent zakładu.

(Dokończenie).

Zestawiając to wszystko, cośmy wyżej powiedzieli, widzimy, iż w skład opisanego przez nas polipa wchodziły najrozmaitsze składniki, a mianowicie: włókna tkanki łącznej, ogniska tkanki śluzakowatej, mięśnie prążkowane, a wreszcie główną masę nowotworu stanowiły komórki różnego kształtu: okrągłe, owalne, wrzecionowate różnej długości, olbrzymie o licznych jądrach; prócz tego zaś pomiędzy temi wszystkiemi komórkami spotykał się cały szereg postaci przejściowych. Obrazy tych komórek nie różniły się zasadniczo od obrazów w przypadku Wolfensbergera, który zajmuje się tą sprawą bardzo szczegółowo i przychodzi ostatecznie do wniosku, iż komórki te należy uważać za twory, które w dalszym rozwoju przekształciłyby się w mięśnie prążkowane, co i mnie również, na podstawie znalezionych w moim przypadku obrazów, wydaje się możliwem. Nie chcąc powtarzać dowodów Wolfensbergera i odsyłając czytelników do jego pracy, już na zasadzie przytoczonego wyniku badania drobnowidowego uznać musimy opisany przez nas polip za nowotwór mięszany z mięśniami prążkowanymi.

Zkąd i w jaki sposób mógł się rozwinąć wzmiankowany nowotwór? Wobec tego, iż w górnej części przełyku błona mięsna jest utworzona z mięśni prążkowanych, a nawet, jak twierdzą Ficinus i Coakley, pojedyncze włókna mięśni prążkowanych spotykają się w błonie mięsnej całego przełyku aż do wpustu, najprościej ze względu właśnie na obecność tych mięśni w nowotworze byłoby przypuścić, iż punktem wyjścia polipa była w danym przypadku błona mięsna przełyku; najszczegółowsze jednak poszukiwania w tym kierunku nie zdołały wykazać żadnego związku opisanego nowotworu z warstwą mięsną, co było widocznem już i makroskopowo, gdyż polip dawał się łatwo unosić na szypule, pociągając za sobą tylko błonę śluzową sąsiednich części; wobec tego punktu wyjścia polipa szukać musimy w samej błonie śluzowej. Że zaś w błonie śluzowej ani w życiu pozapłodowem, ani w płodowem, mięśni prążkowanych nie znajdujemy, musimy więc uważać znajdujące się w naszym nowotworze mięśnie prążkowane jako twory heteroplastyczne.

Obecność tutaj mięśni prążkowanych możnaby tłómaczyć metaplazyą mięśni gładkich (w *muscularis mucosae*), dotychczas jednakże nikt nie udowodnił, aby przekształcenie takie było możliwe; nie chcąc zaś zbytnio rozszerzać tej pracy, zmuszony jestem pominąć tutaj dowody, tylokrotnie zresztą przytaczane przeciw teoryi metaplazyi (w szerokiem tego słowa znaczeniu). Natomiast zupełnie jasnym staje się nasz przypadek, gdy przyjmiemy zarodkowe pochodzenie guza, a mianowicie gdy postaramy się go wyjaśnić w myśl zapatrywań, głoszonych przez Wilmsa.

Jak wiadomo Wilms wyprowadza nowotwory mięszane narządów moczopłciowych, sutków, ślinianek, podniebienia z ognisk, pochodzących z życia zarodkowego. Podczas jednak, gdy Cohnheim, pierwszy twórca teoryi zarodkowego pochodzenia nowotworów, — szuka ich przyczyny „in der Versprengung des Keimes in ein ihm nicht zusagendes Gebiet", to Wilms przyjmuje, „dass der undifferenzierte embryonale Keim, nachdem er bei der Entwickelung beiseite geschoben, ausgeschaltet worden ist, den Anschluss an die seiner Entwickelungsstufe entsprechenden Zellen nicht erreicht hat, und nun früher oder später bei seinem Wachstumsversuch sich einem Gewebe und Bedingungen gegenübersieht, die ihm eine normale Differenzierung nicht ermöglichen... Wir sehen also wesentliche Ursache der Tumorbildung in dem Beiseiteschieben und der dadurch veranlassten verspäteten Wucherung des Keimes, mit einem Wort in einer Art Keimausschaltung, d. h. Ausschaltung aus dem Wachstum des normalen Zellverbandes. Die Keime brauchen durchaus nicht verlagert, versprengt zu werden". Jednem słowem, podczas gdy Cohnheim, przyjmując zarodkowe pochodzenie nowotworów wogóle, zwraca główną uwagę na heterotopię ognisk zarodkowych, Wilms odnośnie do nowotworów mięszanych uwzględnia przedewszystkiem heterochronię tych ognisk. Twierdzenie swoje opiera Wilms

na wyniku szczegółowych badań całego szeregu nowotworów mięszanych, w których stale obok tkanek już wykształconych, zróżniczkowanych, spotykał młodą, niezróżniczkowaną jeszcze tkankę zarodkową *(junges indifferentes Keimgewebe)*, już to w postaci luźnej tkanki komórkowej, już też w postaci tkanki śluzakowatej, niczem się nie różniącej od tkanki mezenchymalnej. Tkanka ta, pozostając niezróżniczkowaną, niejako w stanie utajonym w ustroju, zresztą prawidłowo się rozwijającym, pod wpływem bliżej nam nieznanych czynników ulega po pewnym czasie rozrostowi i różniczkowaniu, dając wtedy początek różnym tkankom, zależnie od swego pochodzenia. Jeden z ważniejszych zarzutów przeciw tego rodzaju zapatrywaniom na pochodzenie nowotworów mięszanych — obecność w przerzutach lub nawrotach nowotworu takich tworów heteroplastycznych (np. mięśni prążkowanych), jakich w ogniskach pierwotnych nie znaleziono, — zbija Wilms bardzo dowcipnie, a nawet wyzyskuje ten zarzut na poparcie swojej teoryi: przerzuty i nawroty nowotworu rozwijać się mogą również z niezróżniczkowanej młodej tkanki zarodkowej, która może wytwarzać wszelkie rodzaje tkanek, do wytwarzania których jest zdolna ze względu na swoje pochodzenie z blaszek zarodkowych, a więc również dać może początek tkance, która nie wytworzyła się w ognisku pierwotnem.

Zapatrywania Wilmsa dają się w całej rozciągłości zastosować do opisanego wyżej przypadku, jak i do przypadku Wolfensbergera. W przypadku naszym znaleźliśmy cały szereg ognisk o utkaniu młodej tkanki zarodkowej z obfitemi figurami karyokinetycznemi, a więc tkanki rozwijającej się, rozrastającej, oraz ognisk o utkaniu tkanki śluzakowej, wysoce przypominającej tkankę mezenchymalną. Wolfensberger wprawdzie wyraźnie o ogniskach takich nie wspomina, mówi jednakże o obecności komórek okrągłych wśród utkania właściwego nowotworu, oraz o obecności ogniska o utkaniu śluzakowem w obrębie przerzutu nowotworowego w gruczole chłonnym. W obydwu przypadkach, t. j. moim i Wolfensbergera, znajdowały się twory pochodne mezenchymy, jako to: naczynia z mięśniami gładkimi, włókna tkanki łącznej; obecność mięśni prążkowanych świadczy o tem, iż wśród przesuniętej tkanki zarodkowej znajdować się musiały pochodne myotomu, wogóle więc nowotwór w przypadku zarówno naszym, jak i Wolfensbergera, rozwinął się z pierwiastków pochodzenia mezodermalnego.

Kiedy i przy jakiej sposobności wyodrębnienie tych pierwiastków i powstrzymanie ich w rozwoju mogło mieć miejsce? — W przednim odcinku pierwotnej cewki jelitowej, z którego rozwija się przełyk, zachodzi cały szereg procesów, które dać mogą powód do takiego wyodrębnienia: wytwarzanie się jamy ustnej, oraz łuków skrzelowych, powstawanie gruczołu tarczowego, grasicy, — oto cały szereg procesów, przy których takie wyodrębnienie może mieć miejsce; z ognisk takich jednakże mogłyby się rozwinąć następnie nowotwory tylko w obrębie gardła, oraz górnej części przełyku [1]). Prócz tego jednakże, jak nas uczy historya rozwoju, bezpośrednio poza nieparzystym zawiązkiem gruczołu tarczowego wytwarza się na brzusznej (wentralnej) ścianie przedniego odcinka cewki jelitowej rynienkowate wypuklenie, które w dalszym rozwoju daje początek całemu narządowi oddechowemu, z biegiem czasu całkowicie oddzielającemu się od cewki jelitowej. Otóż przy tem wytwarzaniu się narządu oddechowego i oddzielaniu się go od cewki jelitowej łatwo przyjść może do wyodrębnienia pewnej ilości tkanki mezodermalnej, która w stanie niezróżniczkowanym pozostaje w obrębie błony śluzowej późniejszego przełyku. Ta okoliczność, iż nowotwory mięszane w obydwu przypadkach (Wolfensbergera i moim) wychodziły z przedniej ściany przełyku, również przemawiać się zdaje za naszem przypuszczeniem. Wzgląd, iż w przypadku Wolfensbergera znajdował się właściwie cały szereg nowotworów mięszanych na przedniej ścianie przełyku, w moim zaś przypadku znajdowały się również na przedniej ścianie 2 polipy, zdaje się przemawiać za tem, iż w przypadkach tych zostało wyodrębnionych kilka ognisk niezróżniczkowanej tkanki mezodermalnej w różnych miejscach pierwotnego rynienkowatego wypuklenia brzusznej (wentralnej) ściany cewki jelitowej, które następnie skutkiem olbrzymiego stosunkowo rozrostu bardzo małego pierwotnie odcinka cewki jelitowej, dającego początek przełykowi, oddaliły się od siebie i były punktem wyjścia oddzielnych nowotworów. Tym znacznym stosunkowo późniejszym rozrostem górnego odcinka cewki jelitowej tłómaczy się również obecność tych nowotworów w dolnej części przełyku, a więc na pierwszy rzut oka daleko od miejsca wytwarzania się narządu oddechowego; że zaś takie nawet bardzo znaczne późniejsze przesunięcie pewnych ognisk zarodkowych może mieć miejsce, świadczą najlepiej trzustki dodatkowe, spotykane na bardzo rozległej przestrzeni w ścianach jelita cienkiego; naturalna tylko rzecz, iż przesunięcie takie ma pewne ściśle określone granice; podobnie jak trzustki dodatkowe nie mogą się rozwijać poniżej uchyłka Meckela, tak samo ogniska wyodrębnione przy oddzielaniu się narządu oddechowego od cewki jelitowej nie mogą schodzić poniżej wpustu żołądka, gdyż wytwarzają się powyżej niego; ta zaś część pierwotnej cewki jelitowej, która w dalszym rozwoju daje początek żołądkowi, w tworzeniu narządu oddechowego udziału nie przyjmuje.

Samo się przez się rozumie, iż w myśl teoryi Wilmsa w nowotworach mięszanych przełyku, podobnie jak i w nowotworach mięszanych innych narządów, prócz tkanek znalezionych w naszym przypadku spotkać się możemy i z innemi tkankami, przedewszystkiem zaś z włóknami sprężystemi, chrząstką i t. d., a to zależnie od charakteru przesuniętego ogniska. Idąc nieco dalej, przypuścić musimy możliwość wytwarzania się w przełyku nawet nowotworów potworniakowatych.

Jedna jeszcze okoliczność zarówno w naszym jak i Wolfensbergera przypadku jest niezwykłą, a mianowicie wiek chorego (75 lat u Wolfensbergera, 68 lat w moim przypadku): jak wiadomo, nowotwory mięszane

[1]) Z nowotworami takimi (mięszanymi) rzeczywiście spotykamy się w obrębie gardła, jak o tem świadczy przypadek spostrzegany przez Meyersona i Przewoskiego (Pam. Warsz. Tow. Lek. 1897 str. 788): w przypadku tym w gardle po lewej stronie na wysokości 2—4 kręgu szyjnego znajdował się polip, w którym badanie drobnowidowe wykazało obecność najrozmaitszych tkanek jako to: tkanki łącznej, chrząstki, tkanki tłuszczowej, mięśni gładkich, włókien sprężystych, włókien nerwowych, gruczołów surowiczych i t. d., a więc nowotwór mięszany, dający się wytłómaczyć należycie również jedynie na podstawie teoryi Wilmsa. *(Przyp. autora).*

spotykają się zwykle w wieku młodym, zwłaszcza zaś u dzieci. Okoliczność ta mogłaby być wyzyskaną jako dowód przeciw zarodkowemu pochodzeniu tych nowotworów; wiemy jednakże, że np. t. zw. piętna rodzime, pochodzące z życia zarodkowego, o ile dają początek rzeczywistym nowotworom, przechodzą w takowe dopiero w późniejszym wieku, podobnież i t. zw. płodziaki (*embryomata*) w jajnikach rozwijają się zwykle dopiero w okresie pokwitania; z drugiej strony, jak wiemy, z tego rodzaju zjawiskiem spotykamy się już i w warunkach fizyologicznych: zęby mądrości, oraz włosy na twarzy, pod pachami i na częściach sromnych rozwijają się dopiero w wieku dojrzałości płciowej, mimo iż zawiązki ich istniały niewątpliwie już w życiu płodowem, a więc ogniska, pochodzące z życia zarodkowego, mogą bez wszelkiej wątpliwości pozostawać długi czas niezmienione, a przynajmniej wzrastać bardzo powoli, później zaś pod wpływem bliżej nam nieznanych czynników ulegać bardzo szybkiemu rozrostowi. Wreszcie zwrócić musimy uwagę na niekorzystne bądź co bądź warunki wzrostu nowotworów polipowatych w przełyku; doszedłszy pewnych rozmiarów nowotwór taki utrudnia przechodzenie pokarmów i jest do pewnego stopnia narażony na uszkodzenie mechaniczne; zatrzymujące się resztki pokarmów ulegają gniciu, skutkiem czego powierzchowne warstwy nowotworu obumierają, co naturalnie powstrzymywać musi szybki rozrost nowotworu, zwłaszcza że, jak to twierdzi Wilms, rozrastająca się najsilniej młoda niezróżniczkowana tkanka zarodkowa znajduje się głównie w częściach obwodowych nowotworu; niszczenie więc tej tkanki musi znacznie opóźniać rozrost nowotworu. W naszym przypadku wprawdzie w częściach obwodowych znaczniejszego nagromadzenia młodej tkanki zarodkowej nie znaleźliśmy, mogło to jednak być właśnie skutkiem obumarcia powierzchownych warstw nowotworu.

Czy nowotwory mięszane są rzeczywiście tak wielką rzadkością w obrębie przełyku, jak możnaby sądzić ze skąpego pod tym względem piśmiennictwa (2 przypadki: Wolfensbergera i mój)? — niewątpliwie są one, jak i wogóle polipy przełyku, bardzo rzadkie; po części jednakże rzadkość ta może być zależną od pobieżnego zwykle badania przełyku, co łatwo dać może powód do przeoczenia mniejszych zmian; z drugiej zaś strony przy badaniu drobnowidowem ograniczamy się zwykle do badania małych skrawków, co może być przyczyną pomieniania danego nowotworu z mięsakiem wrzecionowatokomórkowym lub innym nowotworem, zależnie od miejsca, z którego dany kawałek wycięto. Że pomyłki takie są możliwe, przekonałem się z własnego doświadczenia właśnie w tym przypadku: badając początkowo ten nowotwór na skrawkach tylko z paru miejsc, uważałem go pierwotnie za mięsaka wrzecionowatokomórkowego z komórkami olbrzymiemi i nawet jako taki przedstawiłem ten przypadek w krak. Towarzystwie lekarskiem. Dopiero późniejsze badanie skrawków z różnych części nowotworu i wykazanie mięśni prążkowanych naprowadziło mnie na właściwe tory.

Nowotwory te nie są pozbawione również znaczenia klinicznego: w obydwu tych przypadkach były one przyczyną śmierci skutkiem zagłodzenia ustroju. Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy tym nowotworem, a innymi nowotworami przełyku (rakami) za życia, wydaje mi się obecnie jeszcze niemożliwem, co jednak byłoby ważnem ze względu na leczenie: przy polipach, umieszczonych tak nisko, jak to było w moim przypadku, możnaby stosunkowo łatwo dojść do nowotworu od strony żołądka i usunąć polip, odciąwszy szypułę. Zresztą i wykonana we właściwym czasie gastrostomia winnaby dać lepsze rokowanie, niż to ma miejsce przy raku, gdyż nowotwór ten pod względem złośliwości (o ile sądzić można z tych 2 przypadków i z małej wogóle złośliwości tego rodzaju nowotworów) nie może się równać z rakiem; szkodliwym zaś jest głównie ze względu na usadowienie w przełyku i utrudnienie dowozu pokarmów. Być może, do rozpoznania różniczkowego w takich razach dałby się do pewnego stopnia wyzyskać niestosunek między objawami podmiotowymi (utrudnione połykanie), a badaniem zgłębnikiem (zgłębnik napotyka wprawdzie na opór, dający się jednak łatwo przezwyciężyć), który to niestosunek w obydwu przypadkach był wybitnie zaznaczony. Z drugiej strony do właściwego rozpoznania przyczynićby się mogła esofagoskopia, oraz badanie za pomocą promieni Roentgena.

Na zakończenie poczuwam się do miłego obowiązku złożenia serdecznego podziękowania czcigodnemu memu Szefowi, prof. Browiczowi, za pozwolenie ogłoszenia powyżej opisanego przypadku i cenne wskazówki.

Piśmiennictwo. 1) Birch-Hirschfeld: Lehrb. d. pathol Anat. II B. S. 618. Lipsk 1895. 2) Coakley i Ficinus: Przytoczeni podług Köllikera Handbuch der Gewebelehre des Menschen VI wyd. 1899 III tom. 3) Coats: Glasgow med. Journ. 1872 (refer. w Virchow-Hirsch Jahresb. za r. 1872 T. II. str. 154). 4) Dallas: Przytoczony u Königa. 5) König: *a)* Pitha Billroth Handb. d. allg. u. speciell. Chir. T. III 16. *b)* Lehrbuch d. spec. Chirurgie T. I Berlin 1898 (VII wyd.). 6) Meyersohn i Przewoski: Pamiętn. Warsz. Tow. Lek. 1897 str. 788. 7) Middeldorpf: De polypis oesophagi Schm. Jahrb. T. 99. 1858. 8) Ogle C.: Patholog. transact. 1897 T. 47 (refer. w Virchow-Hirsch Jahresber. za r. 1897). 9) Pringle: Przytoczony u Königa. 10) Weigert: Virchows Archiv T. 67. 11) Wilms: Die Mischgeschülste I—III Zeszyt 1899—1902. 12) Wolfensberger: Zieglers Beitr. T. XV.

IV. Z kliniki lekarskiej prof. dra Glużińskiego we Lwowie.

O stosowaniu leczniczem żelatyny w krwotokach i tętniakach.

Podał

Dr. Henryk Berger

c. i k. lekarz pułkowy.

(Dokończenie).

Działanie żelatyny stosowanej przy tętniakach musimy omówić osobno, tu bowiem działa ona lub też ma działać na mocy swych własności krzepliwych (koagulacyjnych). Nad temi własnościami żelatyny już od pierwszych prób Lancereaux i Paulesa robiono liczne doświadczenia, które do dziś dnia nie ustały, jak tego dowodzi niedawno ogłoszona praca Krokiewicza.[6] Wyczerpującą w tym względzie pracę zawdzięczamy Sorgo[7], który już w roku 1899 pierwsze doświadczenia francuzkich autorów krytycznie zestawił i wypowiedział zdanie, iż wywołanie skrzepu w workowatym tętniaku jest bardzo możliwe[8]. Swoje własne, oparte na 24 przypadkach, spostrzeżenia przedstawia w następującem zdaniu: Na 18 przypadków workowatych tętniaków

[6]) Gazeta lekarska W. 19. 20. r. 1901.

[7]) Mittheilungen aus des Grenzgebieten B. VI. H. 3.

[8]) Centralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie 1899 II. B. Styczeń.

udało się 13 razy wytworzyć skrzep, w 16 zaś przypadkach jednostajnego rozdęcia wynik był ujemny. Inni autorowie nie zwracają uwagi na te 2 rodzaje tętniaków i przedstawiają rozmaite wyniki stosowania żelatyny. Kalendro [9]) wspomina o ogólnem polepszeniu w przypadku tętniaka po przebytej kile, gdzie leczenie przeciwkiłowe zawiodło. Objawy chorobowe znikły po pięciu wstrzyknięciach żelatyny. Leyden [10]) nie otrzymał po 7 wstrzyknięciach żadnego wyniku, a początkowe pozorne polepszenie odnosi do działania sugestyi. Tak samo nieprzychylnie wyrażają się Golubinius i Huchard [11]), podczas gdy Lancereaux [12]) przedstawił na posiedzeniu paryskiej Akademii medycznej 37-letniego chorego z tętniakiem, który po 36 wstrzyknięciach został uwolniony od wszelkich przypadłości, równocześnie przedstawił L. preparat tętniaka, pochodzący od jednego z pierwszych chorych, leczonych żelatyną, w którym to tętniaku było widać wypełnienie starym nader silnym skrzepem.

Z tego krótkiego przeglądu widać, jak różnie przedstawiają się dotychczasowe wyniki. Spostrzeżenia nasze są następujące.

Przypadek X. *M. W.* lat 58. Od kilku lat doświadcza bicia serca i duszności przy najmniejszym wysiłku fizycznym. Zeszłego roku wystąpiły bóle w stanie barkowym prawym, poczem zauważyła chora drętwienie palców prawej ręki. Od miesiąca ma trudności przy połykaniu. Mierny stopień alkoholizmu. Pytaniom w kierunku kiły zaprzecza.

Górna część klatki piersiowej okazuje wstrząśnienie współczesne z uderzeniem serca. Uderzenie koniuszkowe w IV. przestworze międzyżebrowym w linii sutkowej lewej; stłumienie serca od dolnego brzegu mostka, na lewo schodzi się z uderzeniem koniuszkowem. Na rękojeści mostka stłumienie, rozciągające się na prawo, w temże miejscu największe wstrząśnienie. W dołku nadmostkowym (jugulum) wyczuwalne tętnienie. Przysłuch wykazuje: nad koniuszkiem serca 1-szy ton obok szmeru, 2-gi ton nieczysty; nad tętnicą płucną 1-szy szmer, 2-gi ton; nad aortą skurczowy szmer, przy 2 gim silnie zaostrzonym tonie słyszalny szmer. To samo nad rękojeścią mostka. Tętnica sprychowa i łuk dłoniowy (arcus volaris) wyczuwalne, twarde. Ostatnie członki palców zgrubiałe, sine. Tętno 85.

Rozpoznanie: *Atheroma aortae subsequente aneurysmate aortae ascendentis et arcus aortae.*

10/7. Wstrzyknięto 200 grm. 2% rozczynu żelatyny w prawe podudzie.

11/7. W nocy silne bóle w prawem podudziu, stan bezgorączkowy.

12/7. Miejsce wstrzyknięcia bolesne, ciepłota prawidłowa. Tętnienie w górnych częściach klatki piersiowej, jak poprzednio. Podmiotowo chory czuje się lepiej.

13/7. Bolów niema. Przedmiotowo nic nie zmieniono.

19/7. II. wstrzyknięcie 200 grm. 2% rozczynu żelatyny w podudzie lewe.

20/7. Miejsce wstrzyknięcia bolesne, jednak mniej, niż po pierwszem wstrzyknięciu. Ciepłota prawidłowa.

22/7. Ani podmiotowo ani przedmiotowo niema polepszenia.

23/7. Ogólny stan gorszy.

24/7. Duszność większa.

25/7. Wśród duszności śmierć.

Przy sekcyi nie znaleziono w worku tętniaka świeżych skrzepów krwi. Godnym uwagi w tym przypadku jest prawidłowy stan ciepłoty.

Przypadek XI. *J. W.* lat 45. Wywiady niejasne. Do zakażenia kiłowego i nadużycia wyskoku nie przyznaje się. Chory zgłosił się do kliniki z powodu silnego kaszlu, bólu głowy i bolesnego tętnienia w klatce piersiowej.

Naczynia szyjne wyraźnie tętnią. Na przedniej ścianie klatki piersiowej w okolicy rękojeści mostka wypuklenie i wyraźnie wyczuwalne tętnienie. W tymże miejscu stłumienie. Przysłuchem stwierdzamy nad zastawką dwudzielną 1-szy ton nieczysty, 2-gi ton; nad tętnicą płucną 2 tony; nad aortą skurczowy szmer, 2-gi ton wyraźnie zaostrzony. Tętno 106, słabo napięte czasem przepuszczające. Tętnienie w naczyniach obwodowych.

[9]) Klinisch therapeut. Wochenschrift 1900 Nr. 4.

[10]) Verein für innere Medizin, posiedzenie dnia 15/1 1900.

[12]) Semaine medicale 1900 Nr. 25, Nr. 29.

Rozpoznanie: *Aneurysma aortae ascendentis e processu atheromatoso.*

29/5. Wstrzyknięto 200 grm. 2% żelatyny w lewą łydkę.

30/5. Miejsce wstrzyknięcia bolesne, bez odczynu. W 3 godziny po wstrzyknięciu wystąpiły lekkie dreszcze, poczem ciepłota podniosła się do 38·5°.

31/5. Miejsce wstrzyknięcia niebolesne i bez odczynu. Ciepłota przez dzień jeszcze lekko podniesiona, wieczorem wynosi 36·9. Tętno 102. Mocz bez białka.

1/6. Chory podaje, że podmiotowo czuje się lepiej.

2/6. Tętnienie pozornie mniejsze. Chory czuje się znacznie lepiej, w nocy śpi dobrze.

4/6. Stan niezmieniony.

5/6. Na powtórne wstrzyknięcie chory zgodzić się nie chce i opuszcza klinikę na własne żądanie w stanie podmiotowo polepszonym.

Przypadek XII. *M. J.* lat 46. Przypadłości chorego datują się od 6 lat. Wówczas zauważył on tętnienie w górnej części klatki piersiowej, nie zwracał jednak na to uwagi. W ciągu bieżącego roku wystąpiły bóle w okolicy mostka, które się napadowo wzmagały i rozpromieniały aż do pleców i ramienia lewego. Do tych objawów przyłączył się wkrótce ból w jednej połowie głowy, oraz duszność, które choremu spać nie dozwalały i skłoniły chorego do zgłoszenia się do kliniki. Od 7 lat nadużywał napojów wyskokowych.

Klatka piersiowa po stronie lewej od przyczepu 2-go żebra wysklepiona. Uderzenie koniuszkowe niemacalne i niewidzialne. W 3 i 4-tym przestworze międzyżebrowym rozległe tętnienie, wyraźnie wyczuwalne, również w dołku nadmostkowym. Serce w rozmiarach powiększone. Przysłuchem stwierdzamy nad zastawką dwudzielną 1-szy szmer, 2-gi nieczysty ton; nad tętnicą płucną 1-szy szmer, 2 gi głośny ton; nad tętnicą główną 1-szy szmer, 2-gi głuchy ton. Szmer najwyraźniej słyszalny nad rękojeścią mostka, różni się od szmeru nad końcem serca. Wysłuchać można również szmery w tętnicach szyjnych. Tętnice skroniowe miernie pokręcone. Tętno miernie napięte, równoczasowe.

Rozpoznanie: *Aneurysma aortae ascendentis et arcus.*

5/1. O godz. 12 w południe wstrzyknięto 120 grm. 2% żelatyny. Około godziny 3-ciej dreszcze, o 4-tej ciepłota podniosła się do 38·8°, a o 5-tej do 40°. Miejsce wstrzyknięcia bolesne.

6/1. Ciepłota ranna 38·4, spada ku wieczorowi na 37·6. Miejsce wstrzyknięcia bez odczynu i nieznacznie bolesne.

7/1. Ciepłota prawidłowa. Bolesności niema.

12/1. Chora przedmiotowo czuje się lepiej. Objawy duszności są widocznie mniejsze, również miał się zmniejszyć ból w górnej części klatki piersiowej.

13/1. Wstrzyknięto powtórnie 100 grm. 2% żelatyny. Ciepłota podniosła się jak po 1-szem wstrzyknięciu. Wieczorem w miejscu wstrzyknięcia silne bóle.

14/1. Ciepłota podwyższona, najwyższa 38·6. Miejsce tętniące bolesne. Miejsce wstrzyknięcia nieznacznie bolesne.

15/1. Ciepłota prawidłowa, bolesności niema.

19/1. Ostatnie dwie noce chora spała dobrze, czuje się podmiotowo znacznie lepiej, nieprzyjemne uczucie tętnienia mniejsze, a i podmiotowo daje się to zmniejszenie stwierdzić. Przysłuchem stan niezmieniony.

20/1. Poraz trzeci wstrzyknięto 100 grm. 2% żelatyny przy ciepłocie 36·3. W 4 godziny potem dreszcze. Najwyższa ciepłota 40. Miejsce wstrzyknięcia bolesne.

21/1. W miejscu wstrzyknięcia znaczny ból i silne zaczerwienienie. O 2 godz. popołudniu 38·5 tętno 100.

23/1. Wczoraj w południe ciepłota spadła do prawidłowej i utrzymuje się do dziś. Zaczerwienienie ustąpiło również pod okładami z rozczynu Burowa. Dziś miejsce wstrzyknięcia bez bólów.

28/1. Przedmiotowo stan zupełnie dobry. Od czasu do czasu bóle rozchodzące się od przodu klatki piersiowej do prawej łopatki. Chora chodzi bez zmęczenia po pokoju. Sen dobry.

1/2. Wstrzyknięto poraz 4-ty 150 grm. 2% żelatyny. W 4 godz. potem silne dreszcze, trwające prawie godzinę, poczem ciepłota podniosła się do 40·1. Wieczorem silny ból w miejscu wstrzyknięcia.

2/2. Ciepłota spadła popoł. do 37·0 Bole daleko mniejsze. Od 2/2 stan bezgorączkowy.

2/6. Od czasu do czasu, jednak daleko rzadziej jak przedtem, występują bole w przedniej części klatki piersiowej.

Duszności chora nie miewa. Spi dobrze.

Chora może przez dłuższy czas spacerować po pokoju bez zmęczenia i nieprzyjemnego uczucia w okolicy serca. Przedmiotowo stwierdzamy wyraźne zmniejszenie się tętnienia.

Tętno miarowe, dobrze napięte 80.

10/2. Stan niezmieniony. Chora z polepszeniem opuszcza klinikę.

Z małej ilości przezemnie obserwowanych przypadków nie mogę wysnuć wniosków ani ujemnych ani dodatnich co do działania wstrzykiwań żelatyny.

Tyle tylko można powiedzieć, że stosowanie jej, dla ustroju jest nieszkodliwe, a w przypadkach znacznych krwotoków, gdy inne środki zawodzą, winna być stosowaną, w przypadkach zaś tętniaków może być użyta.

V. Wyciągi.

Edinger. **O migrenie.** (*Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts* 1901, Z. 39). Autor sądzi, że $^2/_5$ bólów głowy przypada na migrenę. Bóle głowy o typie migreny zdarzają się w padaczce, w nawrotowem porażeniu nerwu okoruchowego, w otruciu nikotyną, a może i w ciężkich przypadkach macinnicy. Typowe napady migreny zaczynają się najczęściej rano i trwają cały dzień. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że wobec istniejącego usposobienia przepracowanie umysłowe i fizyczne może wywołać tę chorobę. Pojedyncze napady mogą powstać krótko przed miesiączkowaniem, albo wywołują je dłuższa jazda koleją, dłuższy pobyt w zamkniętych, źle wietrzonych miejscach, u niektórych już powstaje napad z powodu zaparcia żywota, podczas wielkich upałów, u innych zmartwienie, wzruszenie, użycie choćby małych ilości alkoholu lub tytoniu, nagłe przebudzenie rano, a nawet niedotrzymanie stałej pory posiłkowej wystarczy do wywołania ciężkiego napadu migreny. Są pacyenci, u których blask świateł na koncertach i w teatrach powoduje napad, a są i tacy, u których wytężająca wzrok praca podobnie działa.

Przeciw usposobieniu należy działać przez wzmocnienie i higieniczne wychowanie rodzin. Ludzie z rodzin, w których panuje migrena, muszą się liczyć z tem przy obieraniu zawodu. Najczęściej zdarza się migrena u osób pracujących umysłowo. Z uwagi, że ludzie cierpiący częściej na migrenę nie powinni nigdy pracować z próżnym żołądkiem, poleca autor co dwie godziny posilać się choćby kawałkiem sucharka, czokolady lub łykiem mleka. Także nocną przerwę w jedzeniu dobrze będzie skrócić przez spożycie talerza kaszki przed zaśnięciem, paru sucharków lub czegoś podobnego. Jeżeli chorzy przy przebudzeniu się lub w nocy mają przeczucie zbliżającego się napadu, nie powinni nawet głowy podnosić, dopóki nie wypiją trochę mleka, lub czegoś podobnego. W ten sposób uda się często zapobiedz, lub odwlec napad.

Oczywiście nie zawsze napady są równie silne; zdarzają się napady lekkie, ale niestety i bardzo ciężkie, trwające kilka dni i nocy. Wielu pacyentów żali się na uczucie zimna w nogach i są wogóle skłonni do ziębienia podczas całego napadu. Jeżeli chory już wieczorem przeczuwa napad, podaje mu się przed uśnięciem 2,0—3,0 grm. bromku potasowego w płynie, i powtarza się to przez kilka dni; można dodać 0,5 wodnika chloralu. I słabe prądy stałe, stosowane na szyję, zmniejszają znacznie liczbę napadów. Jeśli rano okażą się objawy zbliżającego się napadu, które chory zwykle już zna dobrze, powinien on leżąco jeszcze coś zjeść i zażyć potem 0,75—1,0 antypiryny. Często świetny skutek tego środka tylko dlatego nie następuje, bo nie przypominamy chorym, że muszą potem całą godzinę leżeć spokojnie. Jeżeli przez ten czas uda im się zasnąć, napad będzie przerwany, albo przebieg jego będzie przynajmniej o wiele łagodniejszy. Jeśli zaś napad już nastąpił, możemy go tylko złagodzić i do tego poleca E. następujące proszki: *Rp. Antipyrini 0·5, Pastae guaranae 0·3, Coffeini citr. 0·02. F. pulv. d. t. dos. Nr. S. zażyć jeden proszek, lub dwa z przerwą jednogodzinową.*

W przypadkach najcięższych poleca E. 0,015—0,02 morfiny podskórnie, bez której nie przystąpiłby do leczenia tych przypadków. Działają one tak przygnębiająco na usposobienie chorego, bóle są tak gwałtowne, zaburzenie ogólne przez wymioty i upośledzone odżywienie tak znaczne, że wstrzyknięcie morfiny jest tu zupełnie usprawiedliwione. Morfinizmu w tych przypadkach obawiać się nie trzeba i nie zna też E. ani jednego takiego przypadku: natomiast ból i mdłości znacznie ustępują.

Czy prawdziwa migrena może powstać z choroby nosa, nie jest jeszcze zupełnie rzecz wyjaśniona: autor nie widział ani jednego przypadku, w którymby operacya w nosie usunęła migrenę. Niezbyt rzadko migrena zwiastuje się prawie wyłącznie w zaburzeniach oczu; może ona wywołać przejściową utratę mowy, a po długotrwałych, nadzwyczaj częstych napadach, spostrzegano także zaburzenia ruchowe, jak niedowład połowiczy, a także drgawki w pojedynczych członkach. Bywają napady migreny, w których zaburzenia wzroku, nagłe osłabienie i zajęcie głowy tak wielką odgrywają rolę, że możnaby je uważać za niedoszłe napady padaczkowe. Z drugiej strony ważne są spostrzeżenia, że padaczka może się rozpocząć mroczkami, a nawet prawdziwym napadem migreny. Choć związek, zachodzący między padaczką a migreną nie jest jeszcze wcale wyświetlony, sądzi jednak E., że w obu tych chorobach można przyjąć czasami tę samą przyczynę, a raczej to samo usposobienie układu nerwowego. *Dr. Fels.*

Dr. Placzek (Berlin). **Nowa próba płucna.** (*Münchener med. Wochenschrift* N. 7, 1902). Omówiwszy pokrótce próbę płucną, względnie ujemne jej strony, próbę żołądkowo-jelitową i nieużywane już dzisiaj liczne inne t. zw. próby życiowe, wyjaśnia autor podstawy, na których oparł swoją nową próbę płucną.

Powietrze, które raz dostało się do płuc, nie znika z nich zupełnie nawet w zwłokach, o ile klatka piersiowa jest nienaruszoną, a objętość płuc nawet po najgłębszym wydechu jest większą od objętości płuc, które nie oddechały. To samo odnosi się i do pojemności klatki piersiowej. W płucach istnieje jednak dążność do zapadnięcia i oddalenia się od ścian klatki piersiowej, do czego dopomaga elastyczność płuc, oraz działanie mięśni gładkich, przebiegających wśród włókien tkanki łącznej międzypęcherzykowej. Następstwem tej dążności do zapadania jest wytworzenie się w klatce piersiowej ujemnego ciśnienia, które można zmierzyć, wprowadzając szczelnie ramię manometru. Różnica w ciśnieniu wynosi 2—3 mm. Okoliczność ta, iż w klatce piersiowej, zawierającej płuca powietrzne, panuje ciśnienie ujemne, zmusza do przyjęcia, iż w klatce piersiowej, zawierającej płuca bezpowietrzne, panuje ciśnienie = 0. Na tej właśnie różnicy w ciśnieniach opartą jest nowa próba płucna autora, którą wykonywa w następujący sposób. Cięcie skórne prowadzi od brody do rękojeści mostka, poczem, odsłoniwszy tchawicę, dokładnie ją podwiązuje. Następnie oddziela skórę klatki piersiowej, uważając, by nie naciąć żebra i wkłówa do klatki piersiowej trójgraniec, posiadający lekko zakrzywiony koniec, na 1 do $1^1/_2$ cm. w głąb 3-go lub 5-go międzyżebrza w środku między linią pachową a sutkową. Trójgraniec łączy się zapomocą rurki kauczukowej z manometrem. Jeśli w manometrze, mianowicie w jego ramieniu, połączonem z trójgrańcem, rtęć się podnosi, dowodzi to, iż w klatce piersiowej panuje ciśnienie ujemne, a tem samem, iż dziecię oddechało, jeśli zaś rtęć pozostaje w spokoju, w takim razie ciśnienie równa się zeru, płuca więc są zupełnie bezpowietrzne. Próbę tę poleca wykonywać obustronnie. Jako zalety próby podnosi, iż można ją kontrolować próbą płucną, oraz sekcyą płuc, że wykonanie jej jest nadzwyczajnie łatwe, a narzędzia do jej wykonania potrzebne są łatwo dostępne. Wszystkie badania autora wypadły pomyślnie; żąda on jednak ich potwierdzenia, zwłaszcza w dwóch kierunkach, mianowicie w przypadkach bardzo małej zawartości powietrza w płucach, zgnilizny, oraz obecności płynu w jamach opłucnowych.

(Opisana powyżej próba, nad którą w tutejszym zakładzie sądowo-lekarskim będą podjęte doświadczenia, jest teoretycznie zupełnie usprawiedliwioną, a i w praktyce może będzie służyć jako dobra próba pomocnicza. *A priori* można jednak już oświadczyć, że wszystkie te zarzuty, jakie są czynione próbie płucnej Schreyera, odnosić się będą i do niej. W pierwszym rzędzie w przypadku ujemnego jej wyniku nie da się wykluczyć żywego urodzenia dziecka, bo z całego szeregu przypadków wiadomo, iż płuca powietrzne mogą stać się wbrew twierdzeniu autora skutkiem pośmiertnego znikania powietrza z płuc zupełnie bezpowietrznemi, a nadto nie da się wykluczyć, że dziecię może urodzić się żywem, oddechać, lecz nie wciągać powietrza do płuc skutkiem przeszkód mechanicznych itd. Wynik dodatni nie zawsze pozwoli wykluczyć oddechania wewnątrzmacicznego itp., a że zgnilizna będzie powodować fałszywe wyniki, prawie wątpić nie można. *Przyp. sprawozd.). Horoszkiewicz.*

Schirmer. **Rozpoznanie, rokowanie i leczenie zakażonych ran gałki ocznej.** (*Graefes Archiv f. Opht.* 1901, T. 53). Praca obszerna i ilustrowana licznymi opisami przypadków jest z tej przyczyny bardzo ciekawa, że wprowadzając na nowo terapię zachowawczą w przypadkach zakażonych ran oka, wykazuje o ile można obejść się bez zabiegów operacyjnych (wyłuszczenia i wypaproszenia gałki) i jak często do celu doprowadza li tylko umiejętne leczenie zachowawcze.

Skaleczenia gałki są zwykle zakażone, raz silniej, drugi raz słabiej; wywołują jednakże silną reakcyę w postaci zapaleń jagodówki, które może być albo surowicze, albo włóknikowe, albo wreszcie najsilniejsze ropne.

Zapalenia czysto surowicze (*uveitis serosa*) ze złogami na błonie Descemetego są rzadkie, jednakże istnieją niewątpliwie; że zaś ich przebieg jest zwykle łagodny i nie dają powodów do wyjęcia gałki, dlatego też S. krótko się niemi zajmuje. O wiele więcej są ważne zapalenia włóknikowe (*uveitis traumatica fibrinosa*). Zapalenie to prowadzi często do utraty wzroku i nieraz do spółczulnego zapalenia oka drugiego — fakt ten znany jest powszechnie. Ale zapalenie to nie przedstawia zawsze jednolitego obrazu chorobowego. Jedna część okazuje bowiem objawy, gdzie produkty zapalne gromadzą się li tylko w tęczówce, oraz ciałku rzęskowem, jako mniej lub więcej włóknikowa wypocina, przyczem naczyniówka udziału nie bierze. Druga grupa tych zapaleń, okazuje też same objawy, ale przytem jest jeszcze ognisko główne zapalne w ciałku szklistem (*laskörper abscess*), którego rozpoznanie jest bardzo trudne z powodu zasłonięcia źrenicy produktami zapalnymi. Rozpoznanie takiego abscesu ciałka szklistego nie jest niemożliwem, a opierać się należy na następujących danych: najpewniejszą wskazówką jest zbita szara wypocina w komórce przedniej, pojawiająca się w pierwszych dniach zapalenia, przyczem występuje bardzo wyraźna bolesność ciałka rzęskowego; te dwa objawy zjawiają się w zapaleniu włóknikowem zwykłem dopiero w 8—14 dni po urazie i są zwykle pobudką wyłuszczenia gałki.

Wejrzenie brzegów rany nie jest dla nas żadną wskazówką rozpoznawczą, często bowiem rana jest zgojona, a zapalenie błon głębszych oka rozwija się w całej pełni.

Nie opiera się S. także w rozpoznaniu na stanie funkcyi oka, oraz zdolności projekcyi. Póki absces jest mały, może on tej ostatniej wcale nie zmieniać, a obok tego projekcya może być złą wskutek wynaczynienia, nie stojącego z abscesem w żadnym związku przyczynowym. Dalej projekcya zła na szczycie zapalenia, może po zejściu zapalenia wrócić do normy. Ważnem jest dalej rozpoznanie, czy uraz dotknął bezpośrednio ciałko szkliste. S. jest zdania, że absces ciała szklistego tylko wtedy występuje, gdy ciało szkliste bezpośrednio zostało skaleczone.

Zapalenia włóknikowe (czyste, bez abscesu głębokiego) przebiegają bardziej łagodnie. Nieraz upływa 8—15 dni, zanim dojdą do szczytu. Wypocina w p. komórce jest niezbyt obfitą i nie tak zbitą, przyczem jednakże ciało rzęskowe bywa zajęte, czego dowodzą osady (precypitaty) na tylnej ścianie rogówki, bolesność ciała rzęskowego przy dotyku, oraz hipotonia. Zapalenia te jednakże są i tak groźne, prowadząc nieraz do zapalenia spółczólnego, co zresztą ogólnie jest wiadomem. O *uveitis traumatica purulenta* wreszcie wtedy mówimy, gdy obok włóknikowej jest i wypocina ropna w przedniej komórce, lub w ciałku szklistem. *Panophtalmitis* jest zatem tylko wyższym stopniem tegoż zapalenia. Szczegółów tu nie przytaczamy, gdyż znajdują się w każdym podręczniku chorób ocznych; to tylko nadmienić należy, że w tych przypadkach, w których w pierwszych trzech dniach wystąpi silny i obfity włóknikowy, lub włóknikowo-ropny wysięk do prawej komórki, a przez rozszerzoną źrenicę dna nie widać, znajdujemy regularnie absces ciała szklanego.

Najważniejszą częścią pracy S. jest opis terapii. W razach, gdy ranka sama okazuje zakażone brzegi, najlepiej stosować galwanokauter i nie oszczędzać tkanek, — owszem, wprowadzać należy pętlę i głębiej w otoczenie rany, choćby nawet do ciałka szklistego, które ten zabieg dobrze znosi. Przy ranach rogówki dobre usługi oddaje paracenteza, czy to nożem, czy pętlą elektryczną; ta ostatnia robi większy otwór, przez co ciecz wodna dłużej się sączy i korzystnie wpływa na cały przebieg następny zapalenia. Injekcye sublimatu lub soli kuchennej, stosowane podspojówkowo, mogą też nieraz oddać duże usługi, jak i pocenie się.

Najsilniejszym jednak środkiem leczniczym jest rtęć, stosowana w formie wcierań. Autor podaje ten środek w dawkach dużych, bo u mężczyzn dorosłych wciera dziennie 8—9 grm., u kobiet 6—7 grm., a u dzieci 1—3 grm. i to w ten sposób, że połowę tej ilości wcierać zaleca rano, drugą połowę wieczorem tak, że „toura" kończy się w trzech dniach. Dawki są zatem bardzo wysokie; — w razach, gdy chce osięgnąć silniejszą jeszcze merkuryalizacyę, w ciężkich przypadkach zatem, wstrzykuje obok tego miąższowo jodek rtęci (*Hg. bijod. 0·25 Kalijodat. 2·5 Aq. dest. 25·0 S. co dzień jedną pełną strzykawkę Prevaza w pośladki*). Te silne wcierania (toury) powtarza 3—4 razy, aby potem jeszcze podawać 3—4 gramowe wcierki jakiś czas. Autor podaje, że jeśli tak silna terapia rtęciowa zostaje zastosowaną zaraz po urazie, wynik jest pewny. Zawczesne zaprzestanie wcierań prowadzi do nawrotów, które nie zawsze korzystnie się kończą, tak samo za wczesny następowy zabieg operacyjny, np. w celach optycznych. Należy po ustąpieniu zupełnem zapalenia odczekać co najmniej trzy miesiące, by zabieg operacyjny korzystnie wykonać.

Terapia taka daje bardzo dobre rokowanie: autor uzyskał w *nocitis fibrinosa* 60%, a w *uveitis purulenta* 65% trwałych uleczeń, poczem nie wystąpiło ani razu zapalenie spółczulne.

Praca ta powinna dać wskazówkę, żeby z wyjęciem oczów skaleczonych nie spieszyć się. Terapia ta nie jest wcale rzeczą nową; jest raczej tylko wprowadzeniem na nowo terapii zachowawczej, zepchniętej w czasach ostatnich różnymi zabiegami operacyjnymi na plan drugi. *Dr. Brudzewski.*

Van der Stoeve. **O szkodliwem działaniu — naftolu β w dawkach leczniczych na oko ludzkie.** (*Graefes Arch. für Ophth.* 1901, T. 53). Autor podaje w krótkiem doniesieniu do wiadomości, że naftol β, używany jako maść zewnętrznie, może sprowadzić zaburzenia narządu wzrokowego. Wiadomość ta jest o tyle ważną, że dotychczas przypuszczano, iż ten preparat jest dla wzroku nieszkodliwy. Ilustrując tę wiadomość kilkoma opisami przypadków, podaje autor, iż objawy zatrucia tym środkiem są podobne do objawów zatrucia naftaliną; naftalina bowiem, sama bardzo trudno rozpuszczalna, rozkłada się w ustroju na *alfa* — i *beta* — naftol, które są łatwiej rozpuszczalne, i od tych składników zależą właśnie objawy zatrucia; te występują jako zaćmienie soczewki, albo też jako zmiany w siatkówce pod postacią białych drobnych ognisk, zaćmienia tkanki siatkówkowej lub przekrwienie siatkówki i nerwu wzrokowego; ustępują jednak po przerwaniu podawania naftolu. Objawy te wystąpiły w jednym z opisanych przypadków po dwóch tygodniach używania 10% maści, które wcierano w skórę głowy po 40 grm. dziennie. *Dr. Brudzewski.*

Küster. **O wpływie na płeć noworodków.** (*Klin. therap. Wochenschrift* 1902, Nr. 1). Według autora płeć zależy od większej żywotności plemników lub jajek. Twierdzenie to tłómaczy w następujący sposób: jeżeli plemnik męzki ma wielką żywotność, noworodek będzie płci męzkiej. Jeżeli jednak oba osobniki są równej siły żywotnej, to płeć zależeć będzie od tego, kiedy nastąpiło zapłodnienie. Jeżeli zapłodnienie nastąpiło zaraz, albo jeszcze w czasie regularności, to noworodek będzie płci żeńskiej dlatego, że wtenczas jajka kobiece posiadają większą żywotność od plemników. Przy zapłodnieniu w 10-tym lub 14-tym dniu po regularności większą żywotność posiadają plemniki od jajek kobiecych i w tych przypadkach rodzi się noworodek płci męzkiej. Na dowód tego twierdzenia przytacza przewagę dziewcząt w domach, gdzie spółkowanie odbywa się często, a przewagę chłopców w domach, gdzie spółkują rzadko. Zapłodnienie, które nastąpiło z początku regularności, a więc po stosunku przed peryodem, ma dawać zawsze płeć żeńską dlatego, że tutaj plemniki są słabsze od jajek. W końcu podaje autor sposób, w jaki można wpłynąć na płeć noworodka, to jest uregulować odpowiednio spółkowanie. Jeżeli chodzi o dziewczęta, starać się, aby zapłodnienie nastąpiło podczas, albo zaraz po regularności, jeżeli o chłopców — to dopiero w dni 10 lub 14. *P.*

Dr. J. Schmurlo. **O stanach neurastenicznych na tle zaburzeń nosowych.** (*Medycyna* Nr. 37, 38, 1901). W gubernii samarskiej, gdzie właśnie warunki klimatyczne i gruntowe są stanowczo dla zdrowia niepomyślne, wobec strasznego kurzu i gwałtownych wahań ciepłoty latem, oraz stopnia wilgotności w ciągu całego roku, co w znacznej mierze wpływa na powstawanie częstych nieżytów górnego odcinka dróg oddechowych i gdzie wreszcie kiła jest nadzwyczaj rozpowszechniona, ma autor sposobność częstego spostrzegania chorych, dotkniętych kiłą nosa, prawie wyłącznie trzeciorzędną. Jednocześnie widział S. chorych, którzy pod wpływem ciągłej obawy zarażenia kiłą wpadali w hipochondryę, badali bezustannie swój nos, dręczeni natrętnemi myślami, że nos ich został zeszpecony. Dla ilustracyi przytacza S. trzy historye choroby, w których dominującem cierpieniem była neurastenia, wszakże punktem wyjścia była choroba nosa, która u osłabionych chorych nerwowych wywoływała neurastenię, a w jednym nawet przypadku psychozę, hipochondryę z myślami natrętnemi, których główną treścią była syfilofobia. Leczenie polega prócz usunięcia zasadniczej choroby, t. j. miejscowych zmian zatkania w nosie i t. d., na zastosowaniu metod psychoterapeutycznych, hipnozy, poddawania itp. *Spira.*

Tichonow. **Leukocytoza trawienna.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1901, Nr. 50). T. badał stan leukocytozy trawiennej u 20-tu zupełnie zdrowych osobników w wieku 25—40 lat. Okazało się, że w ciągu 1-ej godziny po spożyciu pokarmu występuje w przeważającej liczbie przypadków hipoleukocytoza; po upływie zaś 1—2 godzin liczba krwinek białych zaczyna stopniowo podnosić się i dochodzi do *maximum* w 3—4 godziny po jedzeniu: przeciętnie zwiększenie wynosi 30%. Hiperleukocytoza zmienia się również przez powolne obniżenie liczby krwinek białych, które występuje najsilniej w ciągu 1 godziny po ponownem spożyciu pokarmu. Wobec tego wahania liczby krwinek białych we krwi ludzi zdrowych w ciągu dnia przedstawiają się w postaci fal, zależnych od spożywania pokarmu. *Witold Orłowski.*

Frank Shufflebotham. **O oddziaływaniu ołowiu na robotników w fabrykach wyrobów glinianych Staffordshire.** (*Lancet*, 1901). Autor poddał dokładnemu badaniu tych wszystkich robotników, którzy w wspomnianej fabryce byli zajęci przygotowywaniem polewy na wyroby gliniane, albo też mieli do czynienia z farbami ołowianemi, używanemi do barwienia, względnie wzorkowania tych wyrobów. Liczba robotników badanych w tym kierunku wynosiła 527 z ogólnego personalu fabrycznego, dochodzącego do 7000. Przy badaniu zważa autor szczególnie na pojawianie się następujących objawów, wywoływanych zwykle zatruciem ołowiowem: na błednicę, obwódkę ołowianą, ból głowy, zaparcie stolca, kolkę, porażenia, padaczkę, obłęd, zmiany w widzeniu, poronienia, jak niemniej przewlekłe zmiany w nerkach. Na podstawie wspomnianej znacznej liczby dokładnych badań przyszedł Sh. do następujących wyników: z liczby 527 robotników tylko jeden nabawił się zatrucia ołowiem w ścisłem tego słowa znaczeniu; natomiast pojawiała się charakterystyczna dla zatrucia ołowiem obwódka ołowiana, lecz sama dla siebie, bez innych objawów tak, iż zdaniem autora, okoliczność ta wskazuje li tylko na to, że ołów znajduje się w ustroju, natomiast nie przesądza stanu zdrowia. Z liczby 91 robotników, którzy przeszło 20 lat pracowali w przytoczonych warunkach, żaden nie okazywał objawów zatrucia ołowiem. *Dr. Ig. L.*

Walker Overend. **Objaw często spostrzegany w początkowych okresach gruźlicy.** (*The Lancet* 31-go sierpnia 1901 r.). Autor zwraca uwagę na przeoczany dotąd wczesny objaw gruźlicy: w wielu przypadkach gruźliczego zajęcia płuc, szczególnie szczytów, spostrzega się żylne węzły pod skórą w okolicy ościstych wyrostków siódmego szyjnego i trzech górnych piersiowych kręgów. Węzły te powstają bardzo wcześnie i bywają często bardzo wybitne. Towarzyszą temu zjawisku nieraz ból i miejscowy obrzęk; powstanie tych węzłów można wytłómaczyć uciskiem na jedną z żył międzyżebrowych; ucisk powstać może bądź przez powiększone gruczoły zaoskrzelowe, bądź przez zgrubiałą opłucnę, bądź wreszcie przez same górne płaty płucne, ściśle przylegające do trzech górnych żeber, a z tyłu dochodzących od szóstego kręgu szyjnego do trzeciego piersiowego, właśnie w miejscu, gdzie powstają węzły żylne. *St. Rudzki* (Ptbg.).

John Holden Webb. **O istocie i leczeniu raka.** (*The Lancet*, 12 października 1901 r.). Przyczynę złośliwości raka należy upatrywać według autora bądź w utracie lub zmianie chemicznej którejś z wydzielin ustroju, bądź też w działaniu pasorzytów. Autor — bez żadnych głębszych dowodów naukowych — przypuszcza, iż złośliwość nowotworów jest zależną od „krystalizacyi cholestearyny w żyjącej komórce".

Na mocy swego „wrażenia", że cholestearyna w jakikolwiek sposób przestaje być czynną w ustroju rakowatych i że wprowadzenie jej z zewnątrz może być pożyteczne, zabrał się autor do zastosowania w praktyce swych przypuszczeń i zaczął wstrzykiwać rakowatym cholestearynę w rozczynie mydła. Najwyższą nieszkodliwą dawką jednorazową jest 0,03 cholestearyny w 2,0 mydła (autor doszedł do oznaczenia dawki na mocy cierpkiego doświadczenia, gdyż przy wyższych dawkach u chorych jego następował zapad, a nawet śmierć). Tak zwane mydło przetłuszczone, wyrabiane drogą fabryczną, najlepiej nadaje się do tego leczenia; można jednak w praktyce zastosować i „zwykłe sklepowe mydło żółte", którego kawałek rozpuszcza się we wrzącej wodzie przekroplonej, przesącza przez jedwabną lub inną tkaninę i zastosowywa się po ogrzaniu.

Wstrzykiwania są bolesne: z tego powodu autor zaleca znieczulenie, np. tlenkiem azotu. Po wstrzyknięciu chory powinien leżeć w łóżku co najmniej godzinę, lub nawet dwie. Obrzęk i bolesność naokoło miejsca wkłucia zwykle występują, lecz ropnie stanowią rzadki wyjątek. Miejsca zastrzykiwań autor nie wskazał. Robi się je z początku co drugi dzień, a kiedy sprawa chorobowa poprawia się — to rzadziej, n. p. raz na tydzień, lub co 10 dni. Zastosowując takie wstrzykiwania cholestearyny z jednoczesnem podawaniem wewnętrznem przetworów gruczołu tarczykowego, otrzymał autor w niektórych przypadkach raka świetne wyniki: sprawa chorobowa miała się w rozwoju zatrzymywać, a nawet czasami cofać się i znikać tak, że następowało trwałe wyzdrowienie, stwierdzane w ciągu kilku lat obserwacyi; w innych mniej szczęśliwych przypadkach następowało polepszenie podmiotowe, znikały bóle i przykra woń nowotworu. *St. Rudzki* (Ptbg.)

A. Pański (Łódź). **Przypadek rozsianego ostrego zapalenia rdzenia po zaczadzeniu.** (*Księga jubileuszowa Dunina*). *Encephalomyelitis disseminata acuta* według Leyden-Goldscheidera przebiega pod dwiema postaciami: 1) jako ostry bezład i 2) jako porażenie kończyn dolnych. Pierwszą postać cechują: powolna skandowana mowa, bezład kończyn obok zachowanej lub tylko osłabionej siły mięśniowej, brak zaburzeń w dziedzinie czuciowej, zaburzenia psychiczne. W drugiej postaci na pierwszym planie stoją objawy, będące wynikiem ogniskowego zapalenia rdzenia, a więc: porażenie kończyn dolnych, pęcherza i odbytnicy, a prócz tego odleżyny i zaburzenia czuciowe; mogą wreszcie przyłączyć się objawy opuszkowe i zaburzenia psychiczne. Najczęściej przyczyny tego cierpienia szukać należy w chorobach zakaźnych i otruciach głównie tlenkiem węgla. Autor opisuje przypadek drugiej postaci tej choroby, rozpoznany na zasadzie *a*) ostrego początku choroby po niewątpliwem zaczadzeniu, *b*) szybkiego rozwoju choroby, której głównymi objawami były: spastyczne, nie zanikowe porażenie kończyn dolnych, porażenie pęcherza i odbytnicy, znaczne zaburzenia naczynioruchowe i odżywcze w postaci pęcherzyków i odleżyn, śpiączka, półświadomość, powolna niewyraźna mowa i brak pamięci. Dalej autor podaje różniczkowanie omawianego cierpienia od: *polyneuritis*, *poliomyelitis ant.*, *lues cerebri* i *haematomyelia*. Godzi się zauważyć, że chory ten wyszedł po trzech miesiącach leczenia kąpielami ciepłemi, jodkiem potasu i mleczną dyetą — prawie zupełnie uleczony. *Dr. Czaplicki.*

Tadeusz Jasieński. **Przypadek astazyi-abazyi i kilka uwag o tem cierpieniu.** (*Księga jubileuszowa Dunina*). W opisywanym przypadku chory bez śladu ataksyi w pozycyi leżącej, ani stać, ani chodzić nie może. Biorąc pod uwagę prawidłową reakcyę źrenic, normalne odruchy, czucie i napięcie mięśniowe, brak zmian odżywczych i zaburzeń w czynności pęcherza i odbytnicy, raptowne wystąpienie choroby po urazie, wyraźne choć małe zmiany w czuciu, prawidłową koordynacyę w pozycyi leżącej obok niemożności stania i chodzenia, — można było wykluczyć cierpienie organiczne i rozpoznać astazyę-abazyę histeryczną. Po wyczerpaniu usiłowań perswazyi i poddawania, zastosowano hipnotyzm z dobrem powodzeniem. Ponieważ w śnie hipnotycznym chory na rozkaz mógł utrzymać się na nogach, gdy na jawie padał, autor wnioskuje, że astazya-abazya zależy od nieświadomego samopoddawania, które w śnie hipnotycznym ustępuje miejsca poddawaniu hipnotyzera. *Dr. Czaplicki.*

A. Puławski. **Neurastenia peryodyczna.** (*Księga jubileuszowa Dunina*). Neurastenia peryodyczna różni się od zwykłej tylko okresowem występowaniem charakterystycznych objawów. Napady mogą trwać od dwóch godzin aż do miesiąca i dłużej, przerwy zaś między napadami mogą trwać dobę, tydzień, nawet parę miesięcy. Zależnie od charakteru napadów i toru, jakim idą napady i przerwy, można rozróżniać trzy postaci neurastenii peryodycznej: 1) kołową (*circularis*), gdzie po okresie przygnębienia następuje okres podniecenia, a potem okres zdrowia; 2) naprzemienną (*alternans*), gdzie okres przygnębienia oddzielony jest od okresu podniecenia przez fazę zdrowia i 3) peryodyczną, jeżeli którykolwiek z okresów chorobowych, przeważnie okres przygnębienia, występuje naprzemian z okresem zdrowia. Psychiatrzy uważają neurastenię peryodyczną za szczątkową postać obłąkania peryodycznego. Autor pierwsze dwie postacie uważa raczej za psychozy, jako posiadające w sobie czynnik podniecenia; natomiast postać trzecią uważa za niewątpliwą neurastenię, gdyż napady neurasteniczne mają wedle jego spostrzeżeń zawsze charakter przygnębienia, a to naprzemian z okresami zdrowia cechuje trzecią postać. Autor przytacza 9 spostrzeżeń, dobrze ilustrujących omawiane cierpienie. *Dr. Czaplicki.*

Dr. F. Dreyzehner. **Przypadek przerwania ścięgna dośrodkowego mięśnia dwugłowego.** (*Archiv Langenbecka* 65/2, 1901). Przy nieznacznym wysiłku uczuł 60-letni mężczyzna nagle ból w ramieniu, a potem upośledzenie w sile tej kończyny. F. stwierdził zasinienie i ból uciskowy po ugnieceniu rowka żyły odsprychowej (*vena cephalica*) tuż pod przyczepem m. naramiennego. Nadto podczas zginania przedramienia przy oporze w połowie ramienia powstawał guz miękki, niebolesny, który znikał, gdy chory kończynę trzymał spokojnie. F. rozpoznał rozerwanie ścięgna długiej głowy m. dwugłowego, naciął w miejscu zasinienia, odszukał rzeczywiście oba odcinki, przybliżył je ku sobie i nie mogąc zeszyć bezpośrednio, utrzymał je w zetknięciu przez założenie paru szwów, przeprowadzonych przez pochewkę ścięgnistą i przez ścięgno. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Po dwóch tygodniach autor rozpoczął leczenie mechaniczne. Po paru miesiącach stwierdził zupełny powrót *ad integrum*. *Herman.*

Dr. A. A. Kissel. **O rozpoznawaniu gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci na podstawie 54 własnych spostrzeżeń.** (*Archiv Langenbecka* 65 2). Pouczony taką liczbą spostrzeżeń klinicznych, z których w 35 rozpoznanie potwierdzono przez otwarcie jamy brzusznej (pocześm 27 przypadkach nastąpiło wyleczenie), podaje K. pewne objawy, po których zapalenie gruźlicze otrzewnej u dzieci wcześnie rozpoznać można. Początek cierpienia zaznacza się tem, że dziecko okazuje wyraźne objawy niedokrwno-

ści i chudnie. Tymczasem powoli gromadzi się płyn w jamie otrzewnowej i w tym okresie, unosząc powłoki brzuszne we fałd, stwierdzić można wyraźnie zgrubienie otrzewnej. Na ten właśnie objaw kładzie K. główny nacisk, i po nim niejeden przypadek t. zw. „ascites spontanea“ w sposób właściwy scharakteryzować możemy.

Herman.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Tanochrom. Frieser w ostatniej broszurze poleca przetwór ten, wyrabiany we fabryce Hella, do opatrywania wrzodów i ran, jak niemniej do leczenia rzeżączki i wrzodów kilowych. Ma to być połączenie chem. tlenku chromowego z kwasem garbnikowym i resorcyną w stosunku $\frac{1}{4}:1:2$. Preparat płynny i preparat suchy zawierać mają po 50% tanochromu. Do wstrzykiwań używać należy $\frac{1}{4}-\frac{1}{2}$% rozczynu. *E. K.* (Kr. kl. I.)

Pyramidon. (*Mittheilungen über praktische Neuheiten in der Therapie* 1902, Nr. 2). Pyramidon (dimetylamidoantypiryna) działający trzy do czterech razy silniej od antypiryny, skutkuje już w tak małych dawkach (0·25—0·40), że niebezpieczeństwo skutków ubocznych spada do *minimum*. Lek ten posiada cenną własność, że gorączka po użyciu go spada powoli i również powoli wznosi się po ustaniu jego działania. Prof. Kobert uważa pyramidon za najlepszy środek przeciwgorączkowy. Sposób użycia poleca następujący: rozpuścić 0,2—0,3 gr. w $\frac{1}{2}$ szklance wody i wypić małymi łykami w ciągu godziny w początkowej chwili wznoszenia się ciepłoty; w ciągu dnia podaje się 0.6 do 0.8 najwyżej. Gdzie gorączka nocna odbiera sen, tam pyramidon działa nasennie; gdzie zaś gorączka wpływa ujemnie na łaknienie, tam pobudza na strawność i wzmacnia. U suchotników prof. Kobert stosował go przeszło 6.000 razy z pomyślnym skutkiem. *Z. Czaplicki.*

Holtschmidt: **Podskórne wstrzykiwania żelatyny w czerniaczce noworodków.** (*Münch. med. Woch.* 1901 Nr. 1). Wszystkie dotychczas polecane środki przy czerniaczce noworodków działały bardzo wątpliwie, albo były dla życia noworodka niebezpieczne. Podawanie mleka z lodu, jak i lodowe okłady powstrzymywały wprawdzie krwawienie, ale zaziębiały noworodka; półtorachlorek żelaza płynny, podany przez usta, musiał być w bardzo słabym rozczynie i ztąd wątpliwe jego działanie; podany zaś w rozczynie silniejszym przez odbytnicę działa tylko wtenczas, jeżeli krwawienie jest w końcowej części jelita grubego. Autor w 5-ciu przypadkach czerniaczki wstrzykiwał z dobrym skutkiem 2% rozczyn żelatyny. Do litra fizyologicznego rozczynu soli dodawał 20 gramów zwykłej żelatyny, mięszaninę tę gotował w łaźni wodnej przez 5—6 godzin, poczem przechowywał ją w tej samej flaszce, zatkanej watą. Dowodem, że mięszanina ta została należycie odkażoną, jest brak na zsiadłej masie jakichkolwiek kolonij. Przed użyciem ogrzewa się mięszaninę do ciepłoty ciała, przyczem staje się ona płynną i zdolną do wstrzykiwań. Za pomocą odkażonej strzykawki wstrzykuje się 15 gramów w dwa miejsca klatki piersiowej, aby uniknąć wielkiego napięcia skóry. Zazwyczaj jednorazowe wstrzyknięcie usuwa czerniaczkę, czasem trzeba wstrzyknięcie powtórzyć. Wessanie następuje szybko i bez odczynu, ropienia, dreszczy, podwyższenia ciepłoty, drgawek — autor nie zauważył. *P.*

Zollner. **O przepisywaniu kreosotalu.** (*Wiener. Klin. Rundschau* 1901, Nr. 47). Kreosotal, przepisywany w połączeniu z winem, koniakiem, syrupem itp. nie daje się dobrze wymięszać i z tego powodu wydziela się i osiada na dnie naczynia, a zażywanie jego w tej formie jest dla chorych nader nieprzyjemne. Autorowi udało się sporządzić 10% mięszankę, która, gdy dobrze przygotowana, nie zmienia się nawet po tygodniach, w użyciu zaś smakuje daleko lepiej, niż według dotychczasowych przepisów. Przepis na sporządzenie tej mięszanki jest następujący: Rp. *Creosotali 20·0, Gummi ar. pulv. 20·0, Ol. amygd. d. 40·0, Aq. dest. 60·0, Mf. l. a. emulsionem, sub finem addetur. Spir. vini Peru-Cognac 50·0, Succi citri 10·0, S. 3 łyżeczki dziennie.*

Dr. A. Dobrowolski (Grybów).

Kamiński: **O użyciu traumatolu w gruźlicy.** (*Revue médicale* 1902 15 stycznia). K. podawał traumatol, począwszy od 0,001 pięć razy dziennie w pigułkach do 0,40 g. po upływie 150 dni i wymienia następujące zalety tego przetworu: 1) traumatol nie działa trująco nawet w większych dawkach; 2) w pigułkach nie ma żadnego zapachu: 3) przez dłuższy czas w dawkowaniu należy stopniowo postępować a potem dawki zniżać, gdyż ustrój się do tego środka przyzwyczaja; 4) traumatol nie narusza przewodu pokarmowego, a przeciwnie czynność jego poprawia; 5) przy zachowaniu innych poleceń higienicznych, traumatol jest bardzo dobrym środkiem pomocniczym w gruźlicy. *Jan Landau.*

Fitz: **Chrysarobina, jako środek swoisty na brodawki.** (*Boston Med. a. Surg. Journ. Internat. Med. Magazine* paźdz. 1901). Autor otrzymał świetne wyniki stosując w 8 przypadkach chrysarobinę na brodawki. Pocierał on co wieczór brodawki „piaskowym papierem“ i następnie pomazywał 10% rozczynem chrysarobiny w traumatycynie, (rozczyn gutaperki w chloroformie). Brodawki znikają po 1—3 tygodniowem leczeniu. *St. Rudzki* (Ptbg.).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 21 lutego, 1902 r.

Przewodniczący: kol. Sołowij. Obecnych członków 38.

I. Przewodn. zawiadamia, że otrzymał list od prof. Jordana, wzywający do licznego zapisywania się na członków »Tow. samopomocy lekarzy«, i zachęca członków do należenia do tego Towarzystwa.

II. Kol. Herman przedstawia: 1) chorego z kliniki chirurgicznej, u którego wycięto migdałek, zajęty mięsakiem, zapomocą faryngotomii bocznej Langenbecka. Operacya ta daje dobry przystęp, jeżeli guz zajmuje sam migdałek; jeżeli zaś naciek sięga dalej, trzeba dodać przepiłowanie żuchwy, jak to radzili Krönlein i Mikulicz; 2) chorego, u którego przed 5-ciu dniami wykonano operacyę wodniaka moszen sposobem Winkelmanna. Obecnie rana zagojona przez rychłozrost. Operacya ta bardzo się zaleca, gdyż jest bardzo łatwa i prosta i można ją wykonywać ambulatoryjnie, a nadto, że ze wszystkich dotychczasowych metod daje najmniejszy odsetek nawrotów. Trzeba tylko otwór w osłonie pochwowej (*tunica vaginalis propria*) zrobić na górnym biegunie i tak wielki tylko, żeby jądro przezeń wydostać.

Dyskusya: kol. Ziembicki czyni uwagę, że na jego oddziele również operuje się sposobem Winkelmanna, a dla umocowania wynicowanej osłonki dodaje się kilka szwów.

III. Kol. Ziembicki okazuje preparat z chorej, u której z powodu twardzieli krtani (*Scleroma laryngis*) wykonano tracheotomię dolną i założono kaniulę Koeniga. W 5 dni po operacyi przy zmianie opatrunku powstał krwotok tak gwałtowny, że chora w ciągu kilku minut zmarła. Sekcya wykazała, że krwotok pochodził z tętnicy bezimiennej, która przebiegała tuż pod dolnym końcem rany tchawiczej. Nawiązując do tego, przedstawia Z. liczne rysunki nieprawidłowego przebiegu tętnic na szyi i wyraża zdanie, że operacyę tę zrobiono za nizko i że wogóle należy wskazanie do tracheotomii dolnej bardzo ograniczyć.

Dyskusya: kol. Ruff podaje, że czasem po drobnych zabiegach na szyi mogą powstać śmiertelne krwotoki i opowiada przypadek, gdzie w 6 tygodni po wyłuszczeniu gruczołów szyjnych powstał śmiertelny krwotok z tętnicy bezimiennej. Niebezpieczeństwa obrażenia tętnicy przy nacinaniu tchawicy można uniknąć, jeżeli po dokładnem odsłonięciu prowadzi się cięcie ostrzem, zwróconem ku górze. Kol. Wehr również opowiada przypadek, gdzie dren, założony w jamę ropnia przy zapaleniu mięśnia lędźwiowego (*psoitis*), wywołał w ciągu 24 godzin odleżynę na tętnicy biodrowej i spowodował krwotok śmiertelny.

IV. Kol. Wehr przedstawia chorą z wielokrotnymi guzami raka na twarzy. Pierwszy rozwinął się na dolnej powiece lewej, następnie powoli powstawały inne: po stronie lewej w okolicy skroniowej, potem dwa na policzku lewym około nosa, wreszcie ostatni na powiece dolnej prawej. Przypadek zajmujący ze względu na obraz kliniczny, a nadto — zdaniem prelegenta — przemawia za teoryą zakaźności raka.

Dyskusya: kol. Łukasiewicz zwraca uwagę na zanik skóry na nosie, podobnie jak przy *xeroderma pigmentosum*. Oprócz tego chora ta ma łojotok, zatem obraz odpowiada rakom, powstającym na tle łojotoku, jak to opisał Darier. Wreszcie przypomina t. zw. nabłoniaka płaskiego (*epithelioma planum*), który w środku się zabliźnia, a na obwodzie rośnie dalej. Kol. Kučera zwraca się przeciw teoretycznym wywodom kol. Wehra, dotyczącym zakaźności raka. Kol. Obtułowicz opowiada przypadek, gdzie w przebiegu duru plamistego rak zupełnie znikł.

V. Kol. Łukasiewicz przedstawia: *a)* chorego z ukształtowaniem nosa, charakterystycznem dla wilka, a jednak okazującego kiłę; *b)* chorego z zakażeniem podwójnem: na tle kilaków zakażenie gruźlicze (forma przyostra, gruźlica prosówkowa); *c)* chorego z owrzodzeniem na grzbiecie ręki prawej, o brzegach zatokowatych. Ziarnina ja-

sno-różowa, gruźlicza, u osobnika zupełnie zdrowego. Owrzodzenie to powstało w 30 dni po skaleczeniu się przy zamykaniu drzwi — rzecz na skórze bardzo rzadka.

VI. Kol. Hermanu wygłosił odczyt: »O przedoperacyjnem badaniu nerek«. (Rzecz przeznaczona do druku w »Przegl. lek«.).

Na tem posiedzenie zamknięto. *Dr. Ruff*, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 19 lutego 1902.

Przewodniczący kol. prof. Nowak.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęło.

II. Kol. doc. Bossowski przedstawił z oddziału swego w szpitalu św. Ludwika:

a) przypadek wielokrotnych wyrośli kostnych *(exostoses cartilagineae)* u chłopca 9-letniego, rozmieszczonych w okolicy chrząstek nasadowych kości długich na kończynach górnych i dolnych, jak również na żebrach dolnych po stronie prawej. Wada rozwojowa chrząstek została niewątpliwie odziedziczona, gdyż ojciec chłopca okazuje podobną narośl na kości udowej powyżej kolana. Ze względu, że kostniak usadowiony w górnej zewnętrznej części podudzia lewego i dochodzący wielkością dwóch pięści męzkich wzrastał stale i sprowadził w następstwie porażenie nerwu strzałkowego, przystąpił kol. B. do usunięcia go przez oddłutowanie przy podstawie. Równocześnie odciął też narośl mniejszą, wielkości jaja kurzego, wybujałą powyżej kostki zewnętrznej na temsamem podudziu, po nad którą przez ucisk i tarcie obówiem skóra ustawicznie się raniła.

Wyrośle inne, nie pociągające za sobą żadnych zaburzeń, pozostawiono nietknięte, gdyż w tych warunkach nie wymagają one żadnego leczenia. Badanie wyciętych guzów wykazało utkanie kostne, u podstawy wyrośli gąbczaste, podczas gdy powierzchnia cała pokryta jest pokładem chrząstki.

b) Przypadek drugi dotyczy dziewczynki 2 lat liczącej z wadą rozwojową kończyny górnej prawej pod formą *„lymphangioma cysticum congenitum“*, z powodu której falangi palców i ręka okazują tak na stronie grzbietnej, jak i dłoniowej obrzmienia guzowate, nad któremi skóra jest częścią prawidłowa, częścią ścieńczała, a miejscami przeświecają rozszerzone naczynia żylne. Zbitość guzów różna tak, że gdy obrzmienia falang są mocno napięte, twarde, na grzbiecie ręki wyczuć można wybitne chełbotanie. Na przedramieniu tuż powyżej stawu nadgarstkowego znachodzi się po stronie grzbietnej obrzmienie płaskie, sięgające do wysokości $^1/_3$ dolnej części przedramienia, wyraźnie chełboczące, o skórze zupełnie prawidłowej, podczas gdy górną i środkową część przedramienia po stronie łokciowej zajmuje guz wielkości jaja gęsiego, na którym powłoki są zgrubiałe, jakby naciekłe, a skóra nierówna, w fałd ująć się nie daje. Tuż powyżej przegubu łokciowego na wewnętrznej stronie ramienia istnieje również obrzmienie ograniczone, płaskie wielkości przekroju orzecha włoskiego o skórze prawidłowej.

Według podania rodziców dziecko, zresztą dobrze rozwinięte, przyszło na świat z małymi guzkami na przedramieniu, które odtąd wzrastają i mnożą się tak, że sprowadziły znaczne zniekształcenie ręki i przedramienia, a ruchy palców doznały upośledzenia.

Kol. B. odnosi zmiany rzeczone w części do zaburzeń w zawiązkach płodowych i rozwoju dalszym naczyń chłonnych, w części zaś do rozstrzeni naczyń chłonnych w następstwie odsznurowania się poszczególnych odcinków tychże i zamierza ze względu na dość korzystne rozmieszczenie się torbieli wykonać doszczętne wyłuszczenie naczyniaków. *(Streszczenie własne).*

III. Kol. Eisenberg, korzystając z pracy nad »precypitynami«, podjętej w zakładzie prof. Bujwida, pokazuje działanie tych istot. Odkryte przez Czystowicza i Bordeta nabrały one wielkiego znaczenia dla teoryi odporności, jakoteż dla biologicznego różniczkowania rozmaitych rodzajów białek. W pracy wykonanej wspólnie z Krausem wykazał E., że przez uodparnianie odpowiednich zwierząt temi istotami można uzyskać w surowicy ich ciała neutralizujące działanie precypityn — antyprecypityny.

Pierwsza z surowic, których działanie prelegent pokazuje, uzyskaną została z królika, któremu w czterech wstrzykiwaniach zastrzyknięto 40 ctm.³ surowicy końskiej normalnej. Surowica tego królika zmięszana ze surowicą końską daje silny i obfity strąt, działa ona jeszcze w rozcieńczeniu $^1/_{30}$, a potrafi wykazać obecność surowicy końskiej nawet 2.000 razy rozcieńczonej — sprawność, mogąca współzawodniczyć z działaniem najczulszych odczynników na białko. Stern uzyskał surowicę, wykazującą obecność surowicy ludzkiej w rozcieńczeniu $^1/_{50000}$. Druga surowica uzyskana jest z królika uodpornionego białkiem kurzem i okazuje podobne działanie swoiste wobec roztworu białka kurzego. *(Streszczenie własne).*

IV. Kol. prof. Browicz wygłosił odczyt: »Kilka uwag o komórce wątrobnej«. (Rzecz przeznaczona do druku w »Przeglądzie lekar.«).

W dyskusyi kol. Hirsch podnosi znaczenie kliniczne prac kol. Browicza o komórce wątrobnej.

Kol. prof. Nowak: Pomimo wielu prac, zajmujących się budową i funkcyami komórki wątrobnej, nauka ta poczyna się dopiero rozwijać. Znamy zmiany histologiczne, zachodzące w komórce podczas jej rozradzania się, sama zaś podstawowa budowa komórki i inne jej funkcye, które zapewne są liczne i często powikłane, są nam mało znane. Prace prelegenta nad komórką wątrobną rzucają także światło na budowę plazmy komórkowej wogóle i na jej funkcye. Dzisiejszy odczyt jest niejako streszczeniem tego, co kol. prof. Browicz w tym kierunku dotychczas zrobił, a bardzo cenną ilustracyą wywodów prelegenta są preparaty, nadesłane przez obcego uczonego, który na innej drodze doszedł do tychsamych wyników. *(Streszczenie własne).*

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

XII-ty Zjazd chirurgów polskich odbędzie się, jak corocznie, dnia 14. i 15. lipca r. b. w Krakowie.

Żywotność Zjazdów naszych dziś już nie ulega wątpliwości, a coraz liczniejsze poparcie, jakiego doznają ze strony Kolegów, trudniących się chirurgią i po za miastami uniwersyteckiemi, mianowicie od dyrektorów szpitali powszechnych, zapewnia im powodzenie w przyszłości i daje pewną podstawę.

Zapraszamy do jaknajliczniejszego udziału. Wykłady upraszamy zgłaszać jaknajwcześniej do przewodniczącego Zjazdów.

A. Bossowski, Sekretarz Zjazdów chir. polsk.

L. Rydygier, Przewodniczący Zjazdów chir. polsk.

W sprawie zmiany ustawy o organizacyi służby zdrowia w gminach.

(Uchwała galicyjskiej krajowej Rady zdrowia według referatu Dra Józefa Merunowicza).

Według §. 5 ustawy z 30/4 1870 (dz. pp. 68) pozostawiono ustawodawstwu krajowemu w całej Austryi oznaczyć, w jaki sposób ma każda gmina dla siebie lub wspólnie z innemi gminami ustanowić wszystko to, co jest potrzebnem do wykonywania policyi zdrowotnej, stosownie do położenia i rozmiarów okręgu, jako też do ilości i zatrudnienia ludności.

Z małymi wyjątkami wszystkie kraje koronne, reprezentowane w austryackiej Radzie państwa, uczyniły zadość temu obowiązkowi, jakkolwiek sposób organizacyi gminnej służby zdrowia jest niemal w każdym kraju odmienny.

W Galicyi było w r. 1900 na mocy ustawy krajowej z dn. 2. lutego 1891 ustanowionych 66 lekarzy gminnych (nie licząc Lwowa i Krakowa) i utworzonych 128 posad lekarzy okręgowych: z tych 9 było w końcu roku 1900 chwilowo opróżnionych, a 12 jeszcze wcale nieobsadzonych tak, iż właściwie tylko 107 lekarzy okręgowych było czynnych. Ponieważ przytoczona ustawa postanawia, że organizacya służby zdrowia w gminach ma postępować stopniowo, w miarę rozporządzalnych sił lekarskich i z uwzględnieniem stosunków finansowych powiatów i kraju, więc Sejm zezwolił na utworzenie w r. 1892 okręgów 14, w r. 1893 — 29, w r. 1896 — 23, w r. 1897 — 20, w r. 1898 — 27, a w r. 1899 — 15.

Jeżeli się obliczy wszystkich lekarzy gminnych, a także i z miast Lwowa i Krakowa, oraz wszystkie utworzone (jakkolwiek z tych jeszcze nie wszystkie są obsadzone) posady lekarzy okręgowych, otrzymamy z końcem roku 1900 zaledwie liczbę 266 lekarzy

gminnych i okręgowych; a ponieważ w tym czasie było w całym kraju ludności 7,295.538, przeto na jednego lekarza gminnego lub okręgowego wypada 35.415 ludności. Gminy, powiaty i kraj wydają na utrzymanie tych lekarzy gminnych i okręgowych nieco więcej ponad 300·000 kor., rozkłada się więc ten wydatek na ludność całego kraju po 4·1 hal. na głowę.

Jeżeli to, co wyżej podano o sposobie przeprowadzenia organizacyi gminnej służby zdrowia w poszczególnych krajach koronnych zestawimy razem, otrzymamy następującą tablicę:

Kraj koronny	Ludność według spisu 1900	Ustanowiono lekarzy gminnych i okręg.	Przeciętnie wypada 1 lek. gmin. lub okręg. na ludność	Koszt utrzymania gminnej służby zdrowia		Z wykazanych posad nie było obsadzonych	
				korony w całym kraju	przeciet. na głowę hal.		
Austrya dolna	3,086.382	463	2 860	406 700	31·0	27	
Austrya górna	809.918	246	3.550	212.182	27·0	18	
Styrya . . .	1,356.058	309	3.624	161.794	11·8	104	
Karyntya . .	367.344	56	6.071	67.722	·15·7	—	
Kraina . . .	508.348	40	12.708	54.800	10·7	5	
Tyrol i Vorarlb.	979.878	302	3.244	451.667	46·0	—	
Czechy . .	6,318.280	926	6 823	1,055.882	18·8	—	
Morawa . .	2,435.081	394	6 180	481.976	19·7	—	
Bukowina . .	729.921	42	17.379	51.940	7·1	2	
Dalmacya . .	591.597	84	7 303	127 610	21·0	35	w r. 1892
Galicya . .	7,295.538	206	35.415	300.000	4·1	21	

Z powyższego zestawienia okazuje się dobitnie, jak dalece Galicya pod względem organizacyi gminnej służby zdrowia jest w tyle za innymi krajami koronnymi i jak mało na ten cel kraj w stosunku do potrzeb wydaje.

Ta niedostateczność organizacyi gminnej służby zdrowia w Galicya wystąpi tem jaskrawiej w poszczególnych powiatach, bo jak z jednej strony niektóre powiaty w należytem zrozumieniu potrzeb ludności mają oprócz jednego lub dwóch lekarzy gminnych po trzech lekarzy okręgowych, tak znów jest obecnie jeszcze 12 powiatów politycznych z ludnością mniej więcej po 70.000, w których jest tylko na cały powiat jeden lekarz okręgowy; dalej mamy jeszcze 6 politycznych powiatów, w których niema żadnego lekarza okręgowego, tylko po 1 gminnym w całym powiecie, wreszcie mamy nawet takie trzy powiaty polityczne: limanowski, mielecki i pilzneński, z ludnością łączną 200.411, w których dotąd niema ani jednego lekarza gminnego ani okręgowego.

Po dziesięciu latach istnienia instytucyi lekarzy gminnych i okręgowych, kraj ma prawo zapytać, czy ta instytucya była na to w życie wprowadzoną, aby zapewnić lekarzom posady stałe, czyli też społeczeństwo nasze odniosło jakie korzyści z tej organizacyi? Tu niechaj liczby odpowiedzą.

Przedewszystkiem podnieść należy, że wskutek tej organizacyi przeszło połowa lekarzy okręgowych, bo 71 na 128, ma swą siedzibę w takich miejscowościach, w których przed wejściem w życie ustawy z 2. lutego 1891, albo wcale nigdy przedtem nie było lekarza, albo też po śmierci lub przesiedleniu się lekarza (doktora medycyny lub patrona chirurgii) przez czas dłuższy nie było żadnego lekarza. W 71 miejscowościach, które są w dołączonym wykazie wyliczone, ludność tych i okolicznych gmin ma obecnie ułatwioną pomoc lekarską w chorobie. Ułatwienie to w zasięganiu pomocy lekarskiej polega na tem, że lekarz jest bliżej, więc strony nie ponoszą kosztów sprowadzania z odleglejszych miejscowości, że wskutek tego pomoc ta jest tańszą i rychlejszą, a bardzo często nawet zupełnie bezpłatną. Lekarz w miejscu swej siedziby i w najbliższej okolicy ma możność wcześniej rozpoznać chorobę i zawczasu zaradzić dalszemu jej rozwojowi, a przez to ochronić osobę od choroby przewlekłej, długotrwałej, czasem nawet nieuleczalnej. Ma on możność po wczesnem rozpoznaniu choroby zakaźnej zapobiedz jej dalszemu szerzeniu się i wytworzeniu się groźnego ogniska epidemicznego, a tem samem ochronić wiele osób od choroby ciężkiej, od jej powikłań, pociągających często za sobą głuchotę (po zapaleniu ucha środkowego, w przebiegu odry, płonicy lub błonicy), ślepotę (po ospie), porażenia (po błonicy) i t. d., a często od śmierci.

Że to, co właśnie powiedziano, nie jest czczą przechwałką działalności lekarskiej, lecz faktem, nie dającym się zaprzeczyć, stwierdzają liczby śmiertelności w całym kraju. Podczas gdy jeszcze w r. 1890 umierało w Galicyi 32·7 na tysiąc ówczesnej ludności, w ostatnich 5 latach, t. j. od r. 1896, mamy w kraju śmiertelność poniżej 29 *pro mille*, a w ostatnich trzech latach nawet niżej 28 *pro mille*.

I tak umarło w roku 1896 w całym kraju 28·58‰
1897 „ „ 28·01‰
1898 „ „ 27·86‰
1899 „ „ 27·75‰
1900 „ „ 27·59‰

Dodać należy, że śmiertelność w r. 1900 obliczoną jest według wyniku spisu ludności w tym samym roku dokonanego, a liczby z lat poprzednich otrzymano przez obliczenie ludności według przeciętnego rocznego przyrostu w ostatniem dziesięcioleciu.

Nietylko więc mamy do zanotowania znaczne obniżanie się śmiertelności, bo w r. 1890 32·7‰, w r. 1900 27·59‰, a zatem o 5·11‰, ale co jest najbardziej pocieszającym objawem, że to obniżenie się śmiertelności jest zjawiskiem stałem, bo z roku na rok stosunkowo mniej ludności umiera.

Główną przyczyną obniżania się śmiertelności w kraju jest mniejsze szerzenie się chorób zakaźnych. I tak, gdy w roku 1900 umarło z tych chorób 62.585 osób, czyli 9·6‰ ludności, a 30·2% wszystkich zmarłych, to w roku 1900 umarło z tej przyczyny tylko 37.439 osób, czyli 5·13‰ ludności, a 18·6% wszystkich zmarłych.

Podobne obniżenie się śmiertelności ogólnej spostrzegamy także w naszych miastach. I tak, w dziewięciu najludniejszych miastach Galicyi (Lwów, Kraków, Brody, Drohobycz, Kołomyja, Przemyśl, Stanisławów, Tarnopol i Tarnów) w roku 1880 na łączną ludność 328.809 umarło razem 12·508 osób, czyli 37·1 *pro mille*; w roku 1890 w tych samych miastach na ludność 372.086 tylko 11.866 czyli 31.8‰, a w roku 1900 na ludność 423.360 12.224 czyli 28.8‰. Mimo więc bardzo znacznego wzrostu ludności w tych miastach, bo w przeciągu lat 20 urosła ludność z 328.809 do 423.360 głów, czyli o 22·4%, mamy do zanotowania spadek śmiertelności z 37·1 na 28·8 *pro mille*, czyli o 8·3 *pro mille*. Jakkolwiek więc to znaczne poprawienie się stosunków sanitarnych w naszych miastach jest także w znacznej części wynikiem starań i wkładów asanacyjnych tych miast, lecz nie można zaprzeczyć, że nie mniej ważnym czynnikiem do poprawy poprzednio bardzo smutnych stosunków zdrowotnych byli lekarze miejscy, że ich działalności, — czy to jako lekarze ubogich, czy jako higienistów, — należy przypisać tak korzystne wyniki. Bez ciągłej opieki lekarzy miejskich nad zdrowiem mieszkańców i nad stosunkami zdrowotnymi w naszych miastach byłaby niewątpliwie śmiertelność coraz wyższą, wobec tak znacznego wzrastania tychże (np. w Przemyślu wzrosła w ciągu 20 ostatnich lat ludność z 21.984 do 42.192 osób, czyli niemal w dwójnasób).

Lecz mamy jeszcze bardzo wiele do zrobienia, aby chociaż w części dorównać innym krajom koronnym co do stosunków śmiertelności w całej ludności.

Dla porównania naszych stosunków zdrowotnych przypatrzmy się śmiertelności w innych krajach koronnych, w których organizacya gminnej służby zdrowia już niemal całkowicie przeprowadzona. W Austryi dolnej, w której jak wyżej wykazaliśmy jest 463 lekarzy gminnych, wypada w roku 1897 śmiertelność w całym kraju z wyłączeniem Wiednia 25·4‰; w mieście Wiedniu umarło w roku 1897 21·9‰, a więc w całym kraju wraz z Wiedniem 23·06‰. W Tyrolu, w którym na niespełna jeden milion ludności jest 302 lekarzy gminnych, była śmiertelność w roku 1896 24·1‰, w roku 1897 23·7‰, a w r. 1898 22·7‰, więc nietylko, że w roku najmniej korzystnym była o 3·49‰ niższą od liczby w najpomyślniejszym roku w Galicyi, ale jeszcze stale się obniża tak, iż różnica między obiema krajami w latach najpomyślniejszych jest o 4·89‰ na niekorzyść naszego kraju. Zwykle tak bywało, że w szeregu krajów koronnych, reprezentowanych w rakuzkiej radzie państwa, Galicya zajmowała przedostatnie miejsce pod względem niekorzystnych stosunków śmiertelności, a tylko jedna Bukowina przewyższała nasz kraj co do liczby zmarłych; jednak od czasu jak na Bukowinie przeprowadzono organizacyę gminnej służby zdrowia, i jakkolwiek ta organizacya daleką jest jeszcze od ideału, śmiertelność stale tak się zmniejszyła, że w latach 1897 i 1898 w tym kraju, dotychczas najgorszym, śmiertelność była niższą od śmiertelności w Galicyi. Na Bukowinie jeszcze w roku 1896 była śmiertelność 30·4‰, lecz już w roku 1897 26·2‰, a w r. 1898 26·0 *pro mille*, a zatem o 1·59‰ mniej, niż w najpomyślniejszym roku w Galicyi. Mamy więc obecnie bolesną sławę najbardziej pod względem sanitarnym upośledzonego kraju koronnego w Austryi!

Więc ostatni czas, aby złemu zaradzić. (C. d. n.).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 20 marca.

Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowny Panie Redaktorze!

Sprawa przymusowego ubezpieczenia lekarzy wzbudziła w naszym świecie lekarskim wielkie i powszechne zainteresowanie; dla tego proszę o umieszczenie w »Przeglądzie lekarskim« tego listu, w którym w krótkich słowach chcę zdać sprawę z stanu, w jakim się obecnie sprawa ta znajduje.

Spełniając polecenie Walnego zgromadzenia Towarzystwa samopomocy lekarzy z d. 22 października r. z., wybrałem się 11 b. m. wraz z wiceprezesem Towarzystwa, Drem Bogdanikiem z Białej, do Wiednia celem wręczenia Radzie państwa i c. k. Rządowi petycyj o wprowadzenie przymusowego ubezpieczenia lekarzy w państwie austryackiem według projektu, zatwierdzonego przez to Walne zgromadzenie, a znanego wszystkim Kolegom. Jedną petycyę wniósł do Rady państwa wskutek mojej prośby J. Exc. poseł A. Jaworski; na jego żądanie petycya ta została *in extenco* wydrukowana w sprawozdaniu stenograficznem z posiedzenia parlamentu w d. 12 b. m. i przekazaną Komisyi socjalno-politycznej dla dalszego parlamentarnego traktowania. Drugą równie brzmiącą petycyę wnieśliśmy do c. k. Rządu na ręce prezydenta ministrów, J. Exc. Dra Körbera, z prośbą o życzliwość dla sprawy petycyą objętej. Dla poparcia sprawy odwiedziliśmy tych szefów sekcyj ministerialnych, w których ręce petycya nasza dostać się musi. Konferowaliśmy też z wybitnymi posłami członkami Komisyi socyalno-politycznej, oraz z posłami lekarzami; wreszcie prosiliśmy o życzliwe zajęcie się sprawą prezydenta Izby poselskiej. Nie udało nam się mówić z p. ministrem skarbu, prosiliśmy przeto posłów lekarzy, aby sami z tym panem ministrem w naszej sprawie się rozmówili i zjednali życzliwość jego dla naszego projektu; — co nam przyrzeczone zostało.

Poszczególnych rozmów powtarzać nie mogę; powiem więc krótko, że wszyscy, z którymi konferowaliśmy, orzekli, iż wprowadzamy sprawę ubezpieczenia lekarzy w chwili właściwej — oraz przyznano nam, iż zajęcie się tą sprawą i jej przeprowadzenie jest konieczne, gdyż prośba nasza jest zupełnie usprawiedliwiona; wogóle znaleźliśmy dla sprawy przez nas podjętej wszędzie usposobienie przychylne, u niektórych zaś osób bardzo wpływowych wprost gorące zainteresowanie się i zapewnienie usilnego poparcia. Trudności i przeszkód nadzwyczajnych w przeprowadzeniu sprawy w myśl naszych wniosków nikt nam nie zapowiadał — ale mimo to będzie ich niewątpliwie nie mało. Dla sprawy tej niema nigdzie precedensu prosimy o wprowadzenie zupełnie nowej instytucyi według modły nigdzie jeszcze nie istniejącej. Już ta sama okoliczność utrudnia sprawę; rząd bowiem będzie musiał przedsięwziąć ściśle i liczne badania w kierunkach naszą petycyą poruszonych, zanim będzie mógł przystąpić do opracowania projektu ustawy. Będą i niemałe przeszkody ze strony tych zakładów, które według naszego żądania winne być pociągnięte do opłat na korzyść funduszu pensyjnego lekarzy, a więc od kas chorych, zarządów kolejowych itd., albowiem nikt dobrowolnie nie przyjmuje na siebie ciężarów. Mimo to, wobec usposobienia, jakie w Wiedniu dla sprawy znaleźliśmy, możemy mieć nadzieję uzasadnioną, że sprawa przymusowego ubezpieczenia lekarzy zostanie pomyślnie załatwioną, acz w cierpliwość uzbroić się musimy.

Co teraz robić? Urabiać dla naszych życzeń opinię publiczną — to niezbędne dla zwycięztwa. W tym celu rozesłał już Wydział Tow. samopomocy kopie petycyi swojej wszystkim stowarzyszeniom lekarskim, wszystkim Izbom lekarskim, wszystkim dziekanatom wydziałów lekarskich i wszystkim dziennikom lekarskim w Austryi, wraz z listem, proszącym o poparcie jak najenergiczniejsze sprawy przez nas podjętej. W Wiedniu prosiliśmy posłów lekarzy, by w krajach, z których pochodzą, rozwinęli odpowiednią agitacyę; co do Czech, mamy ją zapewnioną. W miarę, jak mnożyć się będą petycye różnych Towarzystw i instytucyi lekarskich, popierające petycye przez nas wniesione, maleć i niknąć zaczną zawody, które każda nowa i wielka akcya zawsze napotykać musi. Liczne petycye, popierające żądanie przymusowego ubezpieczenia lekarzy, są konieczne.

Konieczną jest wreszcie propaganda w dziennikach politycznych i propaganda ustna. My lekarze mało mamy pieniędzy i władzy, ale przez ciągłe stykanie się z ludźmi możemy mieć dużo wpływu na urobienie opinii: nie zaniedbujmy sposobności wykazywania w kołach znajomych potrzeby przymusowego ubezpieczenia w sposób przez Towarzystwo samopomocy wskazany, a powoli, powoli przyzna każdy, że mamy racyę domagać się zaprowadzenia stempla aptekarskiego na korzyść funduszu pensyjnego lekarzy, że słusznie żądamy, by zarządy kolejowe, kasy chorych i t. d. przestały raz przecież wyzyskiwać lekarzy i by były zniewolone do opłat na rzecz tego funduszu. Obrabianie opinii niezbędne, bo ostatecznie Rada państwa będzie sprawę rozstrzygać, — a składa się ona z ludzi, którzy prądowi opinii, chcąc nie chcąc, poddawać się muszą. Z szczerem poważaniem

Kraków, 17 marca 1902. *Dr. Henryk Jordan.*

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w niedzielę, dnia 16 b. m. posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. prof. Wicherkiewicz mówił: »O wpływie szkoły na rozwój chorób ocznych«.

W ten sposób zakończył się cykl wykładów z higieny szkolnej, zarządzonych przez Towarz. lekarskie w tym celu, ażeby przez rozpowszechnienie w kołach nauczycielskich najnowszych badań z zakresu higieny szkolnej, przyczynić się do położenia tamy degeneracyi fizycznej naszej uczącej się młodzieży. Ożywiony tą myślą społeczną i licząc na tak pożyteczną wymianę zdań, zarząd Tow. lek. zaprosił imiennie na te odczyty pp. kierowników szkół, inspektorów szkolnych i całe gremium nauczycielskie. Na to zaproszenie stawiło się jednak tylko grono nauczycieli szkół ludowych i liczny zastęp pań nauczycielek, które nie dają się nigdy prześcignąć tam, gdzie idzie o dobro dzieci. Natomiast szkoły średnie, ich kierownicy i pp. inspektorowie szkolni odpowiedzieli na zaproszenie (powtarzam imienne) milczeniem i »błyszczeli nieobecnością«. Zachowanie się to, pomijając jego stronę towarzyską, miało cechę jakby strejku, lecz strejku wymierzonego przeciw nauce, przeciw wszelkiemu postępowi w zakresie wychowania fizycznego młodzieży i przeciw wszelkim usiłowaniom poprawy tych, bądź co bądź, opłakanych stosunków. Czy koła nauczycielskie szkół średnich chciały przez to wyrazić, że już wszystko wiedzą, czy też, że już niczego zapomnieć nie potrafią, — prawdziwie nie umiemy odgadnąć; natomiast pewni jesteśmy, że tym zdumiewającym brakiem zainteresowania się naukowymi nabytkami w zakresie higieny szkolnej nie stwierdzili szczerości swego powołania, nie przysporzyli zaufania społeczności do szkoły, ani też nie zaskarbili sobie uczuć wdzięczności w sercach przyszłych obywateli, o których zdrowie i wychowanie fizyczne tak mało dziś zdają się troszczyć.

* W celu poczynienia zmian w ustawie o rygorozach lekarskich odbędzie się w Wiedniu, w ministeryum oświaty, d. 24 b. m. o godz. 11 rano, narada delegatów austryackich Wydziałów lekarskich.

* Podczas budżetowej rozprawy w Izbie posłów przemawiał szef sanitarnego departamentu, dr. Kusý, dowodząc liczbami statystycznemi pożyteczności szczepienia ochronnego przeciw ospie w Austryi: w roku 1872 śmiertelność z ospy w Austryi wynosiła przeszło 36.000; w roku 1873 — 65.000; w r. 1874 — 3.000; w 1893 — 700; w latach następnych, wskutek rozpowszechnionego szczepienia, niektóre kraje austryackie, jak Niższa Austrya, kraje alpejskie, Czechy i Morawa — prawie zupełnie były wolne od ospy, gdyż wyjąwszy Galicyę i Bukowinę, na resztę krajów austryackich przypadało w ostatnich latach niespełna 10 przypadków rocznie. Śmiertelność z innych chorób zakaźnych również obniżyła się w ostatnich latach (z 700.000 w r. 1890 na 580.000 w 1900).

* Ministerstwo spraw wewnętrznych orzekło, że na zapytanie Kas chorych i instytucyj tego rodzaju, szpitale mogą udzielać szczegółów, tyczących się rozpoznania choroby członków Kas, — wszelako z warunkiem, że tajemnica lekarska przez Kasy i t. d. będzie zachowana. Ponieważ jest tu mowa głównie o chorobach wenerycznych i kiłowych, przeto orzeczenie pana ministra czyni doniosły wyłom w obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej.

* W m. sierpniu b. r. odbędzie się w Brukseli kongres, w celu polepszenia losu ślepych.

* Na wzór stowarzyszenia, które zawiązało się podczas Zjazdu w Hamburgu, powstało w Paryżu »Société française d'histoire de la médecine«.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień IX (od 23—II do 1—III). W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 5, urodziło się dzieci 66, umarło osób 70, mianowicie: z gruźlicy 19 (7 zam.), z zapalenia płuc 10 (4 zam.), z płonicy 5 (2 zam.), z duru brzusznego 1 (obwód III ci), z czerwonki 1 (zam.), z cholery dziecięcej 3.

* Między 6 a 12 b. m. doniesiono władzy o jednym przypadku ospy, a mianowicie w Borysławiu. Dur osutkowy stwierdzono w następujących powiatach: bohorodczańskim (2 gminy), brodzkim

(1 gm.), buczackim (1 gm.), husiatyńskim (1 gm.), kolbuszowskim (1 gm.), nadworniańskim (3 gm.), przemyskim (1 gm.), stanisławowskim (2 gm.), tarnopolskim (1 gm.), złoczowskim (3 gm.), żółkiewskim (1 gm.) i w m. Lwowie 1 przypadek. Wszystkich przypadków w przytoczonych powiatach i gminach było 55.

Mianowania i odznaczenia. Na czeskim Wydziale lekar. w Pradze mianowani zostali: prof. nadzw. Karol Chodounský prof. zwyczajnym farmakologii, a tytul. profesor Fr. Scherer — prof. nadzwyczajnym chorób noworodków. Doc. Sellheim mian. prof. ginekologii w Freiburgu. Prof. N. Korsakow obejmie klinikę chorób dzieci w Moskwie po zmarłym Filatowie.

Bibliografia:

Würzburger Abhandlungen aus dem Gesammtgebiet der praktischen Medizin. II. B 1. H., 1901. **Die Entstehung und Behandlung der Uterusruptur** von Prof. Dr. Otto von Franqué.

Pęknięcia macicy mogą być samoistne i następowe, spowodowane zabiegiem operacyjnym. Pęknięcia te mogą się wydarzyć poza ciążą, jako też podczas ciąży, porodu i połogu. Autor roztrząsa przyczynę pęknięć macicy, oraz ich rodzaje, uwzględniając zarazem rokowanie i sposób leczenia. Pęknięcia samoistne w ciąży odnosi do zmian, powstałych w miąższu macicy podczas wyjmowania przy poprzednim porodzie przyrośniętego łożyska. Przechodząc pęknięcia podczas porodu, autor oddziela osobno pęknięcia przed urodzeniem płodu od pęknięć powstałych w okresie trzecim, zbiera przytem możliwie wszystkie przyczyny sprowadzające pęknięcia, ilustrując je odpowiednim przypadkiem z praktyki własnej. W końcu uwzględnia także i pęknięcia w połogu. Wobec wszechstronnego opracowania pęknięć macicy i uwzględnienia rokowania, oraz sposobu leczenia, praca ta godną jest przeczytania nie tylko przez specyalistów, ale także i przez lekarzy praktycznych. *P.*

— ***Gazeta lekarska*** Nr. 11. Sieber-Szumowa: O zaczynach (fermentach) utleniających. Horodyński: O zawartości amoniaku we krwi i w narządach w stanach fizyologicznych i patologicznych ustroju zwierzęcego (dok.).

— ***Medycyna*** Nr. 11. Bronowski: Kilka myśli w kwestyi uleczalności gruźlicy u dzieci. Goldflam: Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem, wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku. (Dr. E. Flatau) (c. d.).

— ***Kronika lekarska*** Nr. 5. Flatau: Budowa rdzenia w świetle badań nowożytnych (c. d.). Kopytowski: Dwa przypadki niezwykłego rozlanego cierpienia skóry, polegające na rozwoju znacznej ilości narośli, przeważnie epidermoidalnych (c. d.).

— ***Krytyka lekarska*** Nr. 3. Biegański: O pracy lekarza prowincyonalnego. Wysłouch: Ohyda wieku (c. d.).

— ***Časopis lékařů českých*** Nr. 11. Pitha: O therapii asphyxie u dĕti novorozených. Procházka: O následcích mrtwice (c. d.).

— ***Liečnički Viestnik.*** Kramberger-Gorjanović: Prilog poznawanju diluvijalnog čovjeka iz Krapine, te patholožki pojavi na kostima ursus spelaeusa iz Krapine. Bošniaković: Zanimivi slučajevi iz moje sudbeno-kemijske prakse. Čačković: Prilog diferencijalnoj diagnostici ileusa strangulacijom i peritonitide.

— *La Presse médicale* Nr. 20. Vincent: Badanie zewnętrzne przewodu trawiennego i nowa metoda spostrzegania klinicznego. Brunton: Leczenie chirurgiczne zwężenia ujścia żylnego — Nr. 21. Gilbert: Rzut oka na rozwój terapii. Wykład wstępny.

— ***Berliner klin. Wochenschrift*** Nr. 10. Hondo: Przyczynek do sprawy zastąpienia chloru bromem. Cassirer: O zesztywnieniu kręgosłupa na tle mięśniowem. Munter: Leczenie wodą gruźlicy płucnej. Sachs: Czy istnieje jednostajne działanie aleksyn? (dok). Schaeffer: Wyskok, jako środek do odkażania rąk (dok.).

— ***Wiener klin. Wochenschrift*** Nr. 11. Ullmann: Doświadczalne przeszczepianie nerek. Töpfer: O stopniowym rozpadzie ciał białkowatych w wątrobie. Pendl: Leczenie ropni w jamie Douglasa, biorących początek w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Rudl: Macica dwurożna z ciążą bliźniaczą i łożyskiem uwięzłem.

— ***Münchener medic. Wochenschrift*** Nr. 10. Sellheim: Zasady i niebezpieczeństwa, połączone z leczeniem poronienia. Ascoli: O mechanizmie białkomoczu, wywołanego białkami jaja kurzego. Wiener: O prątku Danysza. Rieder: Jeszcze raz o bakteryobójczem działaniu promieni Röntgena. Boas: O ośrodku odruchowego zwężenia źrenicy i o siedzibie i istocie nieoddziaływania źrenicy. Riedinger: O dobrowolnem zwichnięciu barku. Bender: Przypadek jednostronnego prawie zupełnego braku mięśnia kapturowego. Reizenstein: Czy występowanie względnie w wczesnym wieku i w wielkiej liczbie naczyniaków skóry ma wpływać na rozpoznawanie raka? Trumpp: Uśpienie chloroformowe bez maski, drogą kaniuli krtaniowej.

— ***Deutsche medic. Wochenschrift*** Nr. 11. Fraenkel: Obowiązek donoszenia władzy o przypadkach gruźlicy. Feinberg: Przyczynek do nauki o utkaniu i przyczynie guzów rakowych. Karewski: O niedrożności jelit z powodu kamieni żółciowych (c. d.). Schmidlicke: Dalsze uwagi nad zarazkiem tężca w żelatynie kupnej.

Redakcya otrzymała. Lud. Korczyński: Zwei Stoffwechselversuche bei Osteomalacie. Zakrzewski: Maryówka-sanatoryum i zakład wodoleczniczy. Kędzior: Zur chronischen ankylosierenden Wirbelentzündung. F. Neugebauer: 1) Kilka słów o powtarzaniu się obojnactwa wrzekomego w jednej i tej samej rodzinie. 2) Thrombus vaginae et vulvae. 3) Trzy rzadkie spostrzeżenia anomalij rozwojowych analogicznych. 4) Jeszcze 10 przypadków pozostawienia przypadkowego w jamie brzusznej ciał obcych przy operacyi używanych. 5) 17 cięć brzusznych o zejściu pomyślnem przy skręceniu szypuły nowotworów wewnętrznych narządów płciowych kobiety. 6) Z kazuistyki szpitalnej. 7) Jedyne w swoim rodzaju spostrzeżenie z dziedziny wrodzonych anomalij zewnętrznych narządów płciowych u kobiety. 8) Ein interessanter Fall von zweifelhaftem Geschlecht eines erwachsenen als Frau verheiratheten Scheinzwitters.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Od 7-go do 23-go lipca r. b. odbędzie się w Wrocławiu szereg wykładów i ćwiczeń praktycznych dla lekarzy w instytutach i klinikach uniwersytetu, z osobistym udziałem wszystkich profesorów zwyczajnych, oraz upoważnionych przez rząd profesorów nadzwyczajnych: pp. Hassego, Ponficka, v. Mikulicza-Radeckiego, Flüggego, Filehne, Küstnera, Uhthoffa, Wernicke, Kasta, Hürthlego, Richtera, Neissera, Lessera, Partscha, Czernyego Kümmla, Sterna i ich asystentów. Będą uwzględnione wszystkie działy medycyny praktycznej i teoretycznej, tak przez wykłady kliniczne z demonstracyami, jak i przez kursa praktyczne z ćwiczeniami technicznemi, — wreszcie przez demonstracye doświadczalne z wykładami, a także ćwiczeniami. Ścisły program wykładów, oraz bliższe warunki będą wkrótce dokładnie ogłoszone i na żądanie wysyłane.

Wszelkie zapytania prosimy adresować do niżej podpisanego sekretarza.

Komitet wykonawczy:

v. Mikulicz-Radecki, prezes. *Filehne,* vice-prezes.

A. Neisser, sekretarz. (Breslau XVI, Fürstenstrasse, 112).

Rok XLI. Kraków, 29 Marca 1902. Nr. 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O wrodzonym wadliwym rozwoju narządów płciowych męzkich, powikłanym z histeryą.

I. Zanik prącia, jąder i moszny. II. Brak jądra prawego, lewostronne śródpowłoczne zatrzymanie jądra lewego w przewodzie pachwinowym *(retentio inguinalis integumentalis)* i brak zupełny moszny.

Podał

Dr. Stanisław Szuman.

Pracę niniejszą, traktującą o niedokształceniu narządu płciowego męzkiego, poprzedzam kilku uwagami historycznemi [1]), odnoszącemi się do nauki o prawidłowym rozwoju zarodkowym tegoż narządu.

Rozpowszechnionem zdaje się być mniemanie, zwłaszcza w piśmiennictwie francuskiem, jakoby Albrecht Haller był pierwszym badaczem, który stwierdził pierwotny zarodkowy rozwój jąder w jamie brzusznej. Zapatrywaniu temu z badaczy francuzkich hołduje mianowicie Le Dentu (por. Weil *l. c.* str. 12). Tymczasem znajdujemy w tejże samej wartościowej pracy przytoczonego uczonego niemieckiego, że już badaczom starożytnym nie było obcem, iż jądra zwierząt, a mianowicie małp, przebiegają cały szereg faz utworowych w jamie brzusznej, zstępując do moszny dopiero w okresie późniejszym. Galenowi np. znany był przewód *(meatus)*, umożliwiający przejście jąder do moszny; nie obcy był mu także służący ku temu przepust brzuszny *(porus)*. Badacze starożytni hołdowali jednakże błędnemu przekonaniu, że przewód wymieniony tak u małp, jak i u człowieka trwa przez całe życie. Mniemanie to zostało zaprzeczone dopiero przez Douglasyusza. Dalsze badania na tem polu w wieku XVI i XVII, a więc przed wystąpieniem Hallera, zawdzięczamy Fabricyuszowi, Hildanusowi, Mothowi, Hirschlowi, Smetyuszowi, Harveyowi i innym.

Przyznać jednakże należy A. Hallerowi tę wielką zasługę, że na podstawie swych głębokich badań anatomofizyologicznych pierwszy opisał szczegółowo i dokładnie jądrowód, jako wałek, napełniony w górnej części śluzem, mierzący mniejwięcej cal; zowie on go *vagina cylindrica*. Położenie i przeznaczenie „jądrowodu“ nie było obce Hallerowi. Podnosi bowiem, że bieży on od dolnego końca jądra zarodkowego przez ściany brzuszne ku okolicy sromnej i zaznacza dalej, że jądro zarodkowe przechodzi w późniejszych fazach swego rozwoju przez ten wałek, dążąc tą drogą do moszny. Wędrówkę jego ułatwia, zdaniem Hallera, ściąganie się mięśni brzusznych. W 13 lat po ogłoszeniu tej pracy A. Hallera, utwór ten opisuje J. Hunter, (któremu mylnie przypisują odkrycie jądrowodu), jako więzadło stożkowate, którego gruba, okrągła, zwrócona ku górze główka z jądrem i przyjądrzem jest spojoną, podczas gdy dolny jego koniec ma się gubić zdaniem tego uczonego w komórkowatej błonie moszny. Tenże sam badacz przyjmuje rodzaj wywinięcia jądrowodu przez zstępujące jądro, skutkiem którego przednia jego strona przemienia się na tylną, tworząc zarazem dolną i przednią część błony własnej *(tunica vaginalis)*. Sprawy zstępowania jąder nie opisuje Hunter bliżej; przeczy jedynie temu, jakoby mięsień dźwigający jądro miał je ściągać ku dołowi. Paletta twierdzi, że zstąpienie jądra do okolicy łonowej wywołane bywa czynnością powrózków białych (?), które przebiegłszy środek próżnego wałka (jądrowodu), osadzają się wreszcie w okolicy kości łonowej. Jako czynniki poboczne i dalsze przyjmuje tu Paletta oddechanie i ciążenie samych jąder jako takich.

Do autorów, którzy zajmowali się tem zagadnieniem w wieku XVIII i w początkach XIX należeli: Percival, Pott, Piotr Camper, Hildebrandt, Wrisberg, Girardi, Pancera, Tuminatti, J. Brugnoni i inni. Praca Vicq d'Azyra stanowi tu o tyle znaczny postęp, że on pierwszy badał jądrowód, o ile się zdaje w rozmaitych fazach zarodkowego rozwoju. Autor ten rozróżnia między innymi jądrowód i mięsień dźwigający jądro, jako dwa osobne utwory. Dalszym studyom nad zstępowaniem jąder oddawali się J. F. Meckel, B. W. Seiler, Rathke, Cooper, Curling, Donders, Robin, E. H. Weber, Cleland, Kölliker, Luschka, van der Lith, Le Dentu, Milne Edwards, Brücke, Kocher, Eichbaum, Gegenbauer, Bramann, i inni. Mecklowi mianowicie zawdzięczamy wielostronne i ważne zarazem spostrzeżenia. Określa on wielkość jąder w rozmaitych fazach ich rozwoju, opisuje osadzanie się jądrowodu, kształt, przebieg, połączenie jego z jądrami, oraz stosunek do mięśni brzusznych: wewnętrznego ukośnego i poprzecznego, zaopatrujących go we włókna. Dalej zastanawia się ten uczony nad rozwojem błony jądra własnej i opon, okalających je w mosznie, które biorą zdaniem jego początek swój z jądrowodu i z wyrostka otrzewnej. Wreszcie usiłuje Meckel wyjaśnić zagadnienie zstępowania jąder aż do pory zbliżenia się ich do okolicy pierścienia brzusznego, przyjmując jako czynnik pośredniczący ściąganie się jądrowodu. Nie kusi się jednak o wykrycie przyczyny ostatecznej, wyznając otwarcie, że jest ona niedocieczoną i nieznaną. B. W. Seiler opisuje jądrowód w porze ukończonego rozwoju, jako powrózek stożkowaty, biegnący od moszny ku dolnemu końcowi przyjądrza, okolony obydwoma płatkami krezki mudowej. Poruszenie się jądra z miejsca rozpoczyna się według niego

[1]) Zaczerpnąłem je głównie z dzieł Weila i Kochera.

z końcem trzeciego miesiąca. Osłonki jądra są według Seilera w jądrowodzie niejako preformowane i ułożone w nim porządkiem odwrotnym. Jądrowód, który, rozwinąwszy się zupełnie, okala wreszcie powrózek nasienny i jądro, jest niejako wyrostkiem utkania komórkowatego moszny i błony rozściągniętej skóry (*Hautaponeurose*). Do badaczy, którzy wciągnęli zwierzęta w zakres swych poszukiwań, należy Rathke. Studya jego dotyczą zstępowania jąder u przeżuwaczy i u świń. Według tego autora jądrowód tworzy się w porze zanikania nerki rzekomej w fałdzie otrzewnej. Jako przyczynę zstępowania jąder przyjmuje on skrócenie się jądrowodu. U zwierząt można zauważyć według niego długo przed zstąpieniem jądra woreczek opuszczający się z jamy brzusznej do moszny; u człowieka tworzyć się on ma rzekomo dopiero w czasie przesuwania się jądra przez przewód pachwinowy. Cooper zadaje w sprawie tej pytanie, czy zstępowania jąder nie ułatwia ciśnienie płynu, zawartego w ustroju płodu, na złączoną z jądrowodem otrzewnę? Zdaniem Curlinga jądra w swej wędrówce pociągają za sobą otrzewnę. Osobnego, poprzednio utworzonego woreczka, w któryby miały one wpadać niejako nagle i bezpośrednio, nie przyjmuje Curling. Jako czynniki powodujące zstępowanie jąder uważa on: 1) skracanie się jądrowodu, wywołane, jak sądzi, zmianami w komórkach pierwocin tego utworu; 2) czynność mięśnia dźwigającego jądro. Włóknom tego mięśnia, biorącym rzekomo początek swój z więzadła Pouparta i z mięśnia wewnętrznego ukośnego, przypisuje badacz ten czynność wprowadzania jąder w przewód pachwinowy, podczas, gdy włókna tegoż mięśnia, przyczepiające się do kości łonowej, przeciągają je według tego uczonego przez pierścień pachwinowy, a pęczki osadzające się u podstawy moszny przenoszą będące w mowie gruczoły na miejsce ostatecznego ich przeznaczenia. Donders, Milne Edwards i Kocher podzielają co do zstępowania jąder zapatrywania Curlinga. Robin twierdzi zaś, że czynnikiem powodującym zstępowanie jąder jest ciśnienie trzew, lub własna ciężkość jąder. (Por. Kocher *l. c.* str. 403, Weil *l. c.* str. 9). E. H. Weber uważa jądrowód jako pęcherz, okolony włóknami mięśniowemi. Część jego dolna torować ma jądrom drogę, opuszczając się niejako z przewodu pachwinowego w mosznę. Zstępowanie ich jest powodowane według Webera z jednej strony czynnością mięśni jądrowodu, wgłobiających górną część jego i ściągających go wraz z zawartością (jądrami) w przewód pachwinowy, z drugiej rozsuwaniem mięśni brzusznych przez wspomniany, płynem napełniony pęcherz. Wreszcie Weber przypisuje tu pewne znaczenie ciśnieniu cieczy otrzewnowej (*liquor peritonei*). Cleland w pracy swej dochodzi do wniosku, że zstępowanie jąder jest uwarunkowane 1) kurczeniem się jądrowodu; 2) zanikaniem utworów znajdujących się poniżej jąder, łączącem się jednocześnie z rozwojem bujniejszym utworów powyżej nich położonych. Podobnym do Clelanda zapatrywaniom hołdują Kölliker, Luschka i Gegenbauer.

Van der Lith sądzi, że mięśnie jądrowodu, biorące swój początek z mięśnia ukośnego wewnętrznego, ściągają jądra aż do pierścienia pachwinowego; dalszymi zaś czynnikami, wpływającymi na zstępowanie ich, są według tego autora różnice rozwoju tkanek sąsiednich, czynność mięśnia dźwigającego jądra i własna ich ciężkość.

Badania Brückego, wykonane na zwierzętach, doprowadziły tego fizyologa do następujących wniosków, odnoszących się tak do zstępowania jąder u zwierząt, jak i u człowieka: ściąganiu się jądrowodu nie przypisuje Brücke wyłącznego znaczenia; znaczniejszy wpływ wywiera tu raczej przedłużanie się naczyń krwionośnych i nerwów jąder, jako też okalających je części otrzewnej, dające jądrom możność opuszczania się ku dołowi. W pewnym stopniu oddziaływa tu także według Brückego ciśnienie wodne otrzewnej. Eichbaum skłania się do przekonania, że zstępowanie jąder następuje skutkiem przedłużenia się przewodu nasiennego, mianowicie w miejscu jego skrętu.

Najwięcej wartościową pracę XIX wieku na tem polu stanowią bez wątpienia badania doświadczalne C. Weila, nasamprzód z tej przyczyny, że badacz ten zastosował w nich wydoskonalone metody nowsze, rozkładając zawarte w substancyach stwardzających tkanki w położeniu ich naturalnem na serye cięć drobnowidowych, to w kierunku płaszczyzny czołowej, to strzałkowej, to poprzecznej. Praca Weila odznacza się dalej korzystnie i tem, że autor jej rozróżnia wyniki stwierdzone, u człowieka od znalezionych u zwierząt, podnosząc, że rozwój w mowie będących utworów jest u pierwszego daleko więcej zawiły, niż u ostatnich. Największą zaletą sposobu i metody badania Weila jest jednakże to, że rozciągnął on swe spostrzeżenia na cały szereg faz rozwoju układu płciowego u zarodków płci męzkiej i żeńskiej. W wynikach badania swego W. nie przedstawia niejako uchwyconych w pewnym okresie rozwoju przypadkowych czynników i sztucznych, błędnem doświadczaniem osiągniętych wytworów, jak to czyni przeważna część poprzedników jego, lecz daje pogląd jasny i przejrzysty na cały rozwój narządów wymienionych, uwzględniając wszędzie i zawsze przyczynowość całego szeregu zmian, wywołanych tym rozwojem. Nad wyraz ścisłe te badania rzucają światło pewne na niezmiernie subtelną siłę twórczą przyrody, która, jak w dziedzinach innych, tak i w tej rozwiązuje najtrudniejsze i najzawilsze zagadnienia ustrojowe, snując niejako w ewolucyi ciągłej i płynącej swoje nici, warunkujące istnienie całych przyszłych pokoleń w państwie jestestw organicznych. Badania C. Weila odnoszą się do 60 zarodków nie tylko ludzkich, lecz nadto obejmują cały szereg — owczych, bydlęcych i króliczych.

W szczegółowej części swej pracy opisuje Weil rozwój, zmiany kształtu, budowę i składniki drobnowidowe jądrowodu [2]) w rozmaitych fazach rozwoju, jako też stosunek jego do sąsiednich, okalających go tkanek. Taką samą dokładnością odznacza się w pracy tej opis tkanek, otaczających jądrowód i jądra, oraz następstw wywołanych wędrówką tych ostatnich. Przez wędrówkę rozumie ten badacz przesunięcie się jąder przez przewód pachwinowy i zsunięcie się ich aż do spodu moszny. Warunki, dające jądrom pewną swobodę ruchu i ułatwiające ich zstępowanie, są umożliwione zdaniem Weila z jednej strony długością krezki mudowej, oraz przewodów nasiennych i rozszczepianiem się obu płatków pierwszej [3]); z drugiej zaś strony rozciąganiem się wewnętrznego pierścienia pachwinowego, wywołanem zwiększaniem się objętości tkwiącej w nim części jądrowodu.

[2]) Niejako *analogon* do jądrowodu, co do budowy swej tworzy według Weila aż do 5. miesiąca więzadło okrągłe macicy.

[3]) Zapatrywaniu temu hołdował już poprzednio Seiler.

Nadto zalicza Weil do czynników etyologicznych różnice rozwoju tkanek okalających jądra i stojących z niemi w związku. Należą tu przedewszystkiem według W. sprawy zwyrodnienia górnej części jądrowodu, składającej się głównie z tkanki śluzowej. Sprawy te powodują zaś powstawanie szczelin pochłonnych, a szczeliny te, zlewając się z sobą, wytwarzają mniej lub więcej długi przewód. (Weil l. c. str. 38). Czynnikami zaś bliższymi, powodującymi wędrówkę jąder, są według Weila: 1) napięcie ścian brzusznych, wywołane ciśnieniem rozwijających się trzew,[4]) zwłaszcza wątroby; 2) ściąganie się jądrowodu. Ściągania się tego nie tłómaczy on jednakże czynnością fizyologiczną mięśni, jak to czynią Milne Edwards, Kocher i inni, lecz przyjmuje jako przyczynę jego sprawy zwyrodnienia. Skutkiem zwyrodnienia tego następuje według Weila niejako rozmięknienie i utrata substancyi jądrowodu, a w dalszem następstwie powolne zapadanie się utworu tego, pociągające za sobą jądra.

Jeżeli zastanowimy się chwilę nad głównymi celami dążenia naukowego badaczy na polu, o którem mowa, to uderzą nas dwie jakby nici czerwone, biegnące przez nie całymi szeregami wieków. Jedną z nich jest usiłowanie wykrycia powstawania, przyrody, istoty i budowy jąder, drugą zbadania znaczenia, przeznaczenia, budowy i biegu jądrowodu, będącego niejako pośrednikiem i przewodnikiem w dziwnej i tajemniczej wędrówce jąder (z okolicy nerki pierwotnej gdzie biorą swój początek w tak zwanem ciele Wolfa, przez miednicę i przewód pachwinowy aż do moszny, w której znajdują swe ostateczne umiejscowienie.

(Ciąg dalszy nastąpi)

[4]) Ciśnienie to powoduje zdaniem Weila zsuwanie się jąder do przewodu pachwinowego.

II. O przedoperacyjnem badaniu nerek, szczególnie w kierunku ich dostatecznej sprawności czynnościowej.

Napisał

Dr. M. W. Herman.

(Ciąg dalszy).

Chcąc się cystoskopem, a jeszcze więcej ureteroskopem, z korzyścią posługiwać, trzeba nabyć pewnej wprawy — więc z natury rzeczy ta metoda badania ograniczoną być musi do ciasnego koła specyalistów. I to się musi zapisać na niekorzyść tej metody. Lecz i specyalista stanąć może nieraz wobec przypadku, w którymby trzeba było i należało użyć cystoskopu, a okoliczności uboczne stają najlepszym chęciom w poprzek. Jako takie działać mogą: zwężenie cewki moczowej szczególniejszego rodzaju przerost gruczołu krokowego, dalej znaczne zmniejszenie pojemności pęcherza, jakie bardzo często widujemy w gruźlicy pęcherza, wikłającej np. gruźlicę nerek (i nie stanowiącej, sama przez się, przeciwwskazania do nefrektomii). W dalszym ciągu wymienić należy t. z. „pęcherz beleczkowany“, gdzie i najwprawniejszy ujścia moczowodów odszukać nie zdoła, podobnie jak i w przypadkach t. zw. „dośrodkowego przerostu pęcherza“. Niekiedy znów moczowody tak wchodzą do pęcherza, lub taki mają przebieg, że cewnika w nie wprowadzić nie zdolamy mimo ponawianych prób. Przypominam wreszcie przypadki gwałtownych krwotoków pęcherzowych lub nerkowych, skutkiem których treść pęcherzowa tak szybko mętnieje, że mowy niema o jakiemkolwiek oryentowaniu się w pęcherzu.

Nie wszystkie tu wyliczone przeszkody należą do bezwzględnych. Zwężenie cewki można usunąć; przeszkodę stawianą przez przerosły gruczoł krokowy pokonać, wybierając cystoskop o odmiennej krzywiźnie; pojemność pęcherza zwiększyć, znieczulając go kokainą lub antypiryną (5% roztwór), — o znieczuleniu ogólnem, zwłaszcza chloroformowem, przemilczam umyślnie, gdyż z zasady wobec zajęcia nerki używać się go nie powinno; — treść pęcherza utrzymać można przejrzystą, używając cystoskopu do irygacyi Güterbocka i td. Mimo to pozostanie dość jeszcze przypadków, w których absolutnie ureteroskopu użyć nie możemy. A nawet w przypadkach, nadających się do tego sposobu badania nasuwają się pewne wątpliwości i zastrzeżenia. Przeglądając piśmiennictwo z ostatnich paru lat zauważa się dwa obozy, stojące naprzeciw siebie: zwolenników i przeciwników ureteroskopii. W pierwszym obozie spotykamy nazwiska Albarrana, Caspra, R. Hölschera, G. v. Illyesa, L. Imberta, L. Juareza, M. L. Krepsa, Landaua, Manizera, Rydygiera, De Sarda i innych; w drugim F. V. Cantvella, E. Holländera, Israela, W. Meyera, Obalińskiego i in. Pomijając znaczenie lecznicze kateteryzowania moczowodów, przeciwnicy zarzucają głównie tej metodzie 1) możliwość zakażenia nerki dotychczas zdrowej, 2) wynik, mogący niekiedy zaprowadzić do mylnego rozpoznania. Zwolennicy ureteroskopii, opierając się na całych setkach badań (np. przed kilkoma laty Casper w ten sposób zbadał 700 chorych, a nie mniejsze liczby ma Albarran) twierdzą, że zarzut o możliwości zakażenia nerki zdrowej, jest wprawdzie możliwy, ale teoretyczny. Przeciwnicy też nie wiele mają faktycznych dowodów, boć trudno np. brać zupełnie poważnie i bezkrytycznie takie przykłady, w których rzekomo po ureteroskopii w kilka miesięcy występowała gruźlica nerki drugiej, podczas gdy w czasie badania jedna tylko nerka zdradzała zmiany chorobowe, — jak gdyby podobnych przypadków, w których wcale moczowodów nie cewnikowano, nie było znacznie więcej! Bądź co bądź z zarzutem tym liczyć się musimy i liczy się z nim, zwłaszcza w przypadkach gruźlicy narządu moczowego, L. Casper. Więc też przystępując do tego sposobu badania, trzeba ogromnie dbać o aseptykę. Przed badaniem pęcherz dokładnie przepłókać kwasem borowym i azotanem srebrowym, cystoskop oczyścić mechanicznie, cewniki (jedwabne) wygotować w nasyconym roztworze siarkanu amonowego i td. Wreszcie ograniczyć się można do cewnikowania tylko strony chorej, o ile tę dokładnie poprzednio oznaczyć było można, a mocz ze strony zdrowej zbierać przez cewnik, zaprowadzony do dokładnie przepłókanego pęcherza. Jeżeli teraz z cewnika pęcherzowego otrzymamy mocz zupełnie czysty, podczas gdy poprzednio mocz z pęcherza był mętny i podczas gdy równocześnie przez cewnik, tkwiący w moczowodzie, wypływa mocz mętny czy krwawy, nie mamy istotnej potrzeby kateteryzowania drugiego moczowodu. Jeżeli jednak i teraz przez cewnik pęcherzowy spływa mocz nieczysty, najprawdopodobniej zakażenie zajęło już i drugą nerkę; — odpada zatem zupełnie obawa zakażenia jej. Napisałem „najprawdopodobniej“, zdarzyć się bowiem może, że mimo zupełnego zdrowia nerki drugiej mocz

spływający z pęcherza będzie mętnym, gdyż obok cewnika, wprowadzonego do moczowodu strony chorej, część moczu ropiastego czy też krwawego przedostaje się do pęcherza. Więc gdy mamy takie wątpliwości, opłaci się sądzę zaryzykować bardzo wątpliwą ewentualność zakażenia dla niewątpliwych korzyści rozpoznawczych wynikających z równoczesnego kateteryzowania obu moczowodów. Tak sądzi wielu bardzo wybitnych chirurgów i urologów.

Drugi zarzut, czyniony ureteroskopii, opiera się na tem, że podczas wprowadzania cewnika uledz może skaleczeniu błona śluzowa moczowodu. Wówczas w moczu z najzdrowszej nerki znaleźć możemy krwinki czerwone. A obecność ich w moczu, choćby w małej liczbie, ma niekiedy decydujące znaczenie rozpoznawcze. Zarzut tedy zupełnie słuszny i usprawiedliwiony, — a oceniając go pamiętać o tem potrzeba, że nie należy stawiać rozpoznania z jednego objawu, że cewnik wprowadzać należy oględnie i że pierwsze krople spływającego moczu zbierać należy oddzielnie, a do badania użyć dopiero porcyi następnej. Dwóch pierwszych prawideł przestrzegać należy zawsze, gdy chodzi o rozpoznanie; trzecie zaś, gdy nam chodzi o badanie funkcyonalne nerek, pominąć możemy. Obecność krwi nie może w tym razie stać się powodem mylnego sądu. Na tem wreszcie miejscu poruszyć należy sprawę, jak długo trzeba cewnikować moczowody, badając sprawność czynnościową nerek? Chorzy bez szkody znoszą nawet kilkunastodniowe pozostawienie cewnika w moczowodzie. Chory, o którym pisze G. v. Illyés, był tak traktowany przez 44 dni. Wykażemy jednak poniżej, że do naszego celu wystarczy czas nieporównanie krótszy, — bo zaledwie kilkanaście minut.

Te jednak trudności techniczne w manipulowaniu ureteroskopem, które czynią go narzędziem specyalistów, jak nie mniej przypadki, w których metoda ta zastosowaną być nie może z przyczyn, któreśmy powyżej wyliczyli, a wreszcie obawa zakażenia, istniejąca może więcej w naszej wyobraźni, niż w rzeczywistości, której jednak milczeniem pominąć nie można, usprawiedliwiają razem wzięte dążenia do zbierania moczu z każdej nerki oddzielnie przez chwilowe sztuczne rozdzielenie pęcherza na dwie połowy, odpowiadające obu nerkom. Drogę tę wskazał w r. 1897 Alfred Neumann, podając mały, na 8 ctm. długi przyrządzik, który wprowadzony do pęcherza kobiety i przyciskany od pochwy do spojenia łonowego, dzielić ma pęcherz na dwie zamknięte połowy. W r. 1898 M. L. Harris podał inny, zrobiony na tej samej zasadzie, przyrząd, posiadający tę główną zaletę przed poprzednim, że równie łatwo zastosować go można u kobiet jak i u mężczyzn. Jest to jakby cewnik, złożony z dwóch połówek, które rozkładają się po wprowadzeniu przyrządu do pęcherza. Dźwignia łopatkowata, równocześnie wprowadzona do odbytnicy, względnie do pochwy, unosi tylną ścianę pęcherza w formie listwy pomiędzy ujściami moczowodów, (których oddalenie wynosi 3 ctm.), tak, że w pęcherzu tworzą się dwie torby, odpowiadające nerkom. W torbach tych nurzają się końce przyrządu połączonego z przyrządem ssącym i wyprowadzają na zewnątrz mocz osobno z prawej, a osobno z lewej nerki.

Te dwie próby nie rozwiązują sprawy z taką ścisłością, jakiej wymagać musimy, zachęcają jednak do dalszych poszukiwań na tej samej drodze. Przypadki, o których poprzednio wspomniałem, a w których kateteryzowanie moczowodów przy pomocy cystoskopu jest niemożliwem, zmuszają do dalszych prac w tym właśnie kierunku. Obecnie tak metodzie Neumanna, jak i sposobowi Harrisa zarzucać możemy, iż nie dają nam pełnej rękojmi, że podział pęcherza został rzeczywiście ściśle dokonany, ztąd dojść możemy do mylnych wniosków, do czego nadto przyczynić się może domieszka wydzielin patologicznie zmienionej błony śluzowej pęcherza.

Wszystko jedno, — czy tym, czy innym sposobem zdołaliśmy wreszcie rozdzielić wydzielinę nerek, stanęliśmy dopiero w punkcie, z którego rozpocząć możemy naprawdę ściśle i ważne badanie, czy obie nerki istnieją a w danym razie, czy nerka, jakkolwiek już nieco zmieniona, a pozostać mająca po wycięciu jednej, podoła swemu zadaniu? Dzięki kateteryzowaniu moczowodów i kilku jeszcze sposobom, podanym w ostatnich paru latach, na oba te pytania odpowiedzieć możemy ze ścisłością, do niedawna jeszcze nie przeczuwaną.

Zwrócono zatem przedewszystkiem uwagę na składniki prawidłowe moczu, których ilość może nam dać pewne pojęcie o pracy nerek. Przed innymi wspomnieć tu należy o moczniku. Uwagę chirurgów na możność oceniania pracy nerek z ilości mocznika zwrócił jeden z pierwszych J. Israel. Po wielu obliczeniach przyszedł do przekonania, że wówczas tylko myśleć można o nefrektomii, gdy ilość mocznika w moczu wynosi najmniej 15 grm., gdyż taką ilość jest w stanie wydzielić na dobę jedna nerka, znośnie jeszcze funkcyonująca. Kiedy jednak zważymy, że ilość mocznika zależna jest nie tylko od stanu nerek, ale i od sposobu odżywiania się, od stanu ogólnego badanego chorego i t. d. i gdy przypomnimy, że w zwykłych warunkach ilość jego waha się w szerokich granicach 24—92 grm., nie możemy zbytnio polegać na takiem obliczeniu. W każdym jednak przypadku, chcąc znaleźć jakieś poparcie dla swych wniosków i ze strony tej metody, należałoby — po uregulowaniu dyety w ten sposób, aby chory dziennie przyjmował około 100 grm. białka, — oznaczanie mocznika w dobowej ilości moczu powtórzyć w paru 2—3-dniowych seryach, w krótkich odstępach czasu, następujących po sobie. Oznaczenie to przy użyciu przyrządu i tablic Essbacha i ługu bromowego, nie przedstawia większych trudności. Brak jednak ścisłych wyników i konieczność powtarzania tej metody przez kilka dni, nie potrafiły zjednać dla niej w kołach chirurgicznych większej liczby zwolenników.

Niemal słowo w słowo to samo powiedzieć można o ilościowem oznaczeniu w moczu chlorków, siarkanów, fosforanów i t. d. o których przez chwilę myślano, że zdołają być owym szukanem wskaźnikiem stopnia energii czynnościowej nerek.

Również, jak dotychczas, prawa obywatelstwa w chirurgii nerek nie wyrobił sobie kwas hippurowy, jakkolwiek mógłby być doskonałym wykładnikiem pracy nerek, gdyż dawniejsze i nowsze prace zgodnie stwierdzają, iż właśnie nerka jest owem miejscem, a raczej narządem, w którym kwas ten powstaje syntetycznie, dzięki czynnemu współudziałowi nerek, z połączenia kwasu bedźwinowego i glikokolu. Prawidłowo kwas hippurowy pojawia się w bardzo małych ilościach w moczu, tak małych, że ilościowe jego oznaczenie trafia na wielkie trudności. Starano się przez podanie chorym bedźwinianu sodowego zwiększyć jego ilość; zdaje się

jednak, że i na tej drodze natrafić musiano na jakieś przeszkody, skoro głucho o nim w piśmiennictwie urologicznem. Lecz właśnie ta okoliczność, iż do syntezy tego połączenia koniecznym jest współudział miąższu nerkowego, i jak się zdaje zdrowego miąższu, wróżyć należy tej metodzie lepszą przyszłość i żywić wolno nadzieję, iż kiedyś kwas hippurowy będzie dobrym drogowskazem, w oznaczonym kierunku. Dziś wiemy tyle, że mała ilość kwasu tego, pojawiająca się w moczu mimo podania dużych ilości będźwinianu sodowego, stanowczo świadczy o niewydolności nerek.

Bouchard, Bernard i w. in. zastanawiali się nad tem, czyby nie można wnosić coś o czynności nerek ze stopnia toksyczności moczu, oznaczonego np. na króliku. Liczne badania nie pozostały wprawdzie bez pewnych korzyści i pożytków dla wiedzy naszej o trujących własnościach moczu w ogólności, nie przyniosły jednak żadnego praktycznego szczegółu w kierunku narazie nas obchodzącym.

Większem natomiast bezporównania wzięciem, a jak się zdaje i zaufaniem, cieszy się oznaczanie drobinowego zagęszczenia moczu przez zamrażanie *(kryoskopia)*. Metoda ta, znana w chemii od dawna, do kliniki wprowadzoną została przez v. Koranyego i w tym kierunku przez niego i jego uczniów systematycznie opracowana. Badania Koranyego i Lindemana wykazały, że w stosunkach prawidłowych punkt marznięcia moczu leży o 0·9° do 2·7° poniżej punktu marznięcia wody przekroplonej. Mocz, którego zagęszczenie drobinowe jest tak małe, że punkt marznięcia zbliża się do punktu marznięcia wody przekroplonej, wskazuje na niewystarczającą czynność nerek. Zaznaczyć tu jednak trzeba, że we wszystkich przypadkach znacznej niedokrewności, następnie w cierpieniach, połączonych z objawowem moczeniem nadmiernem *(polyuria)* i po obfitem użyciu płynów, mimo prawidłowo pracujących nerek, stwierdzić możemy, że Δ (taki bowiem znak obrano na oznaczenie punktu marznięcia moczu leży znacznie powyżej 1°.

Pomijając dłuższy wywód o uzasadnieniu i znaczeniu naukowem tej metody i o użyciu przyrządu Beckmanna, do tego celu przeznaczonego [3]), zauważyć należy, że metoda ta w celach chirurgicznych znalazła szerokie zastosowanie i została należycie uwzględnioną. Albarran ceni ją wyżej, aniżeli badanie chemiczne. Oznaczając Δ moczu, oddanego w przeciągu 24 godz., o ile ten zachował się jeszcze w stanie nierozłożonym, gdyż mocz, który ulega rozkładowi amoniakalnemu, nie nadaje się do tego sposobu badania, możemy rzeczywiście w sposób łatwy i prosty przekonać się o wydatności wspólnej pracy obu nerek. Obecność ropy, białka, krwi i t. d. nie wpływa na wynik i wnioski. Zrozumiemy jednak łatwo, że ani ta metoda sama przez się, ani też inne poprzednio wyliczone, jak nie mniej i te, o których poniżej wspomnimy, nie pouczają nas wcale o pracy wykonywanej przez każdą nerkę oddzielnie, o co głównie chodzi.

A przedewszystkiem powiedzieć się to musi o kryoskopii krwi (δ). Jak mocz tak i krew, badać możemy co do jej δ w przyrządzie Beckmanna. W tym celu przez nacięcie żyły, lub przez aspiracyę strzykawką, odciągamy z ustroju 20 sz. ctm. krwi i natychmiast wlewamy ją do naczynia w przyrządzie Beckmanna. Liczne badania z dziwną zgodnością podają, że $\delta = 0·56$, wskazuje na dostateczną pracę nerek. Trafiają się wahania, lecz w granicach bardzo nieznacznych od 0·55 do 0·57° Tu jednak znów pamiętać się godzi, że w razie utrudnionego krążenia krwi w przypadkach dużych guzów w jamie brzusznej, nie pomijając ogromnych nowotworów nerek, a dalej podczas napadu kolki w przebiegu kamicy nerkowej, zwłaszcza połączonej z bezmoczem, kryoskopia krwi mimo bezwzględnej czy też względnej wydolności nerek dać nam może liczby bardzo wysokie (np. 0·72°), które w innych warunkach stanowczo świadczą o niedostatecznej sprawności nerek.

(Dok. nast.).

[3]) Uczynił to bowiem już w »Przeglądzie lekarskim« z r. 1900 Nr. 24 i 25 Dr. Moraczewski

III. Przyczynek do terapii skazy moczanowej za pomocą t. zw. leczenia skombinowanego.

Podał

Dr. Franciszek Wobr

lekarz zakładu kąpielowego w Cieplicach trenczyńskich (latem) i stacyi klimatycznej Lussinpiccolo (w zimie).

Doświadczenie uczy, że skazę moczanową można nie tylko zmodyfikować, lecz i zupełnie usunąć, nawet wtedy gdy już poprzednio wystąpiły ostre napady dny.

Co do istoty i przyczyny skazy moczanowej — odsyłam czytelnika do specyalnych dzieł Garroda, Ebsteina, Roosego, Klemperera, v. Noordena, Kolischa, Neussera, Fütschera, F. Müllera, Pfeiffera, Mendelsohna, Mordhorsta, Horbaczewskiego, Cantaniego.

O przyrodzie tego zboczenia w przemianie materyi panuje zupełne zamięszanie pojęć w piśmiennictwie. Wszystkie teorye dopatrują jednakże wspólnie przyczynę tego cierpienia w t. zw. „Gichtstoff“.

Ze stanowiska lekarza kąpielowego zdrojów siarczanych (Theiopegen) główne zadanie racyonalnego leczenia skazy moczanowej powinno polegać na działaniu zapobiegawczem przeciw wytwarzaniu się tej *materia morbi*, nazwanej przez Klemperera *„geheimnissvoll und unbekannt“* — i na usunięciu jej z ustroju, gdy się już wytworzyła. Osiągnięcie tego celu jest problematem, który w niniejszej pracy zamierzam rozwiązać.

Jakkolwiek teorye [1]) o patogenezie skazy moczanowej są tak chwiejne i różne, to jednak codzienne doświadczenie poucza, że wszelkie zabiegi, dążące do podniesienia przemiany materyi, najkorzystniej wpływają na jej przebieg, że jedno, co jeszcze w leczeniu rzeczywiście jest pomocnem dla cierpiącego na dnę, to poprawa przemiany materyi. Z tego wynika, że przemiana materyi ulega zaburzeniu w skazie moczanowej, tj. że sprawy utleniania śródtkankowego są upośledzone, a zatem i zdolność krwi rozpuszczania kwasu moczowego jest obniżoną, czego następstwem jest, że osady kwasu moczowego gromadzą się tam, gdzie krążenie jest najsłabsze, a ciepłota kwi najniższą. Im wyższą bowiem ta ciepłota, tem większą jest jej zdolność rozpuszczania kwasu moczowego, — oraz im silniejsze przekrwienie tętnicze, tem szybciej unosi krew wytwory patologiczne. A ponieważ ciepłota krwi zależy wprost od procesów chemicznych ustroju, z tego wypadałoby, że przyczynę skazy moczanowej dopatrywać także należy w zmniejszonej produkcyi ciepła, albowiem energia wytwarzania ciepłoty pozostaje poniżej normy zdrowego organizmu.

Według badań Stekela u cierpiących na dnę rzecz się obraca około nabytego lub dziedzicznego zmniejszenia

[1]) Teorye służą według Leydena do ześrodkowania myśli; one powstają i idą w niepamięć, — podczas gdy fakta realnie stwierdzone i uznane za dobre — zawsze znajdą swoje uznanie.

wytwórczości ciepła, o czem łatwo można się przekonać przez dokładne mierzenie ciepłoty. Jäger utrzymuje, że przeciętna ciepłota dzienna w kiszce stolcowej wynosi 37·13° C; ciepłotę poniżej 37° C. nazywa Jäger wprost: *Collapstemperatur*. Według Landoisa *maximum* ciepłoty przypada na godzinę 5—8 wieczorem, co stwierdzają badania Bärensprunga, Jäger-Jürgensena. Autorzy ci znaleźli o tej godzinie przeciętną ciepłotę wahającą się w granicach 37·3° C a 37·5° C. U wszystkich pedogryków, których Stekel miał sposobność badać, ciepłota wahała się o tym samym czasie między 36·8 a 37° C., bardzo często nawet między 36—36·6° C., a w jednym przypadku znaleziono w pasze nawet 35·6° C. Także i ciepłota w kiszce stolcowej okazuje znaczne obniżenie w stosunku do prawidłowej. Przytem można zauważyć bardzo wielkie nieraz różnice między ciepłotą pachy a odbytnicy. Ciepłota ciała jest zawsze obniżoną, ciepłota odbytnicy czasami prawidłową.

Poniżej podaję tablicę maksymalnej ciepłoty, mierzonej w pasze (P) i odbytnicy (O), zebraną z kilku typowych pedogryków w przeciągu 14 dniowego spostrzegania:

Dzień obserwacyi	1 przypad. M. I. 44 l.		2 przypad. L. S. 68 l.		3 przypad. N. T 40 l	
	P.	O.	P.	O.	P.	O.
1	36·3	37·	35·6	36	36 4	35·1
2	36·8	37·1	35·8	—	36 3	—
3	36·3	36·6	36·	—	36·4	—
4	35·5	37·	35 9	—	36·4	—
5	36·1	36·6	35·9	—	36 5	36·9
6	36·1	36·5	35·8	36·3	36·4	—
7	36·7	36·8	35·9	—	36·1	—
8	36·2	37·	35.8	—	36·4	—
9	36·5	36·6	36·2	—	36·3	36·9
10	36·2	36 9	36·	—	36·4	—
11	36·6	36·8	35 9	—	36·4	37·
12	36·3	36 6	35·6	—	36·5	—
13	36·1	36·7	35·6	—	36.2	36 5
14	36·2	36·4	36·1	36·8	36·	36 4
Przeciętna ciepłota	36·3	36·75	35·8	36·5	36·3	36·9

Bardzo ciekawą jest ta obserwacya, jeżeli uprzytomnimy sobie, że skaza moczanowa bardzo rzadko występuje przed 40-tym rokiem życia. Ciepłota przeciętna przed tym rokiem waha się według Landoisa między 37·37° C (20 rok) a 37·1° C. (40 rok). Następnie szybko się zmniejsza między 40 a 50-tym rokiem, wynosząc przeciętnie 36·87° C. Obniżenie ciepłoty jest tutaj objawem fizyologicznym starości, następstwem zmniejszonej z biegiem lat produkcyi ciepła, co u cierpiących na dnę występuje w stopniu daleko wyższym.

W skutek tego fizyologicznego osłabienia wytwarza się niejako podłoże przygotowane dla choroby. Skąpe tylko wzmianki można spotykać w piśmiennictwie o stosunkach i zachowaniu się produkcyi ciepła u chorego na dnę. Teissier znalazł u takich chorych wyraźne znaki opóźniającej się przemiany materyi, mianowicie obniżoną znacznie ciepłotę, obecność moczanów we krwi, szczawianu wapniowego kwaśnego w surowicy i zmniejszoną toksyczność moczu.

Obniżenie produkcyi ciepła w skazie moczanowej pochodzi z braku wszystkich tych bodźców, które pobudzają jego wytwórczość, najczęściej z nieracyonalnego trybu życia, a nie wskutek nadmiernego przyjmowania pokarmów. Wiemy, że ciepłota ciała jest wynikiem wszystkich spraw chemicznych, toczących się w ustroju, a szczególnie w mięśniach. A ponieważ ludzie dotknięci skazą moczanową unikają najmniejszego ruchu, — odpada więc najważniejszy bodziec dla produkcyi ciepła, czego następstwem jest obniżenie się stałe ciepłoty krwi poniżej normy. Okoliczność ta nie może pozostać bez wpływu na ustrój: produkta wsteczne przemiany materyi gromadzą się coraz więcej, przychodzi do samozatrucia ustroju, które może się objawić w rozmaitej postaci, np. jako nieżyt żołądka, migrena lub inna jaka choroba. Na obwodzie, gdzie krążenie jest utrudnione, a krew wystawiona na znacznej przestrzeni na działanie zmiany ciepłoty świata zewnętrznego, — a więc na palcach, chrząstkach stawowych, bardzo skąpo unaczynionych, strąca się kwas moczowy i powoduje znane złogi moczanowe.

Jak w każdej chorobie, tak i tutaj, zaczyna się samoobrona ustroju, który za pomocą gorączki stara się przyspieszyć spalenie różnych trucizn. To też podniesienie ciepłoty towarzyszy nieraz zapaleniu w pojedynczych częściach ciała. Dlatego należy napad typowy dny, — przy którym pozostałe cząstki kwasu moczowego i ciał aloksanowych osadzają się na tych miejscach, gdzie miejscowo zachodzą zastoje i gdzie jest powolne krążenie, a prawdopodobnie odbywa się powolne życie komórek i niedostateczne utlenianie się śródtkankowe, jak sądzi Ritter, uważać za proces dobry, bo leczniczy dla podagry.

Na podstawie tego, co wyżej powiedziałem, należy starać się przeprowadzić rozwiązanie w mowie będącego problematu, tj. zapobiegania skazie moczanowej i właściwego jej leczenia przez uregulowanie produkcyi ciepła, o czem później mówić będę.

Najlepszem zapobieżeniem chorobom, wynikającym z zaburzeń w przemianie materyi, jest praca mięśniowa obok hidroterapii. Dlatego w Anglii, ojczyznie dny, uważają każdą czynność mięśniową za sport, a nie za pracę i jako taką wykonywują.

W leczeniu skazy moczanowej w jej różnych postaciach najlepsze oddają usługi: odpowiednia dyeta, czyste świeże powietrze, dużo ruchu, wprowadzanie do ustroju znacznej ilości płynów, najlepiej wód mineralnych alkalicznych, i ciepłe kąpiele.

A) Leczenie więc dny musi polegać w pierwszej linii na stosowaniu środków zapobiegawczych, tj. na zalecaniu takich przepisów, któreby zdołały ograniczyć tworzenie się kwasu moczowego, a podnieść utlenianie śródtkankowe.

B) Następnie wskazanymi są środki, rozpuszczające kwas moczowy, a temsamem usuwające go z ustroju.

C) Wreszcie wielką odgrywają rolę środki t. zw. objawowe, jak łagodzące ból i t. d.

ad A) Tutaj należy wziąć pod uwagę przepisy dyetetyczne, zabiegi hidro- i mechanoterapeutyczne, wreszcie odpowiedni strój i ograniczenie pracy umysłowej. Przy zalecaniu dyety należy doradzać pożywienie regularne i proste, któreby równoważyło o ile możności wydatki ustroju [2]).

Hidroterapia ze wszystkimi swoimi zabiegami, jak tusze, zawijania, parówka, — wreszcie kąpiele piaskowe i specyalnie miejscowo stosowane przyrządy gorącego powietrza, oddaje też bardzo dobre usługi [3]).

Z mechanoterapii zalecenia godne są: przechadzki, jazda na rowerze, szermierka, jazda konna, (t. zw. leczenie dny Palmerstona), dalej mięsienie i gimnastyka.

Odzież chorego na dnę powinna być zawsze ciepłą, ale lekką, by utrzymać czynność skóry w prawidłowym stanie; zaziębienie wskutek zastoju krwi i podniesionego parcia w naczyniach (zwłaszcza przy zajęciu nerek) może nagle sprowadzić zły obrót, — zupełnie tak, jak wysiłki umysłowe sprzyjają rozwojowi dny.

ad B) Ze środków, które kwas moczowy łatwo rozpuszczają i usuwają, należy z jednej strony uwzględnić właściwe „Anarthritica", z drugiej terapię kąpielową (tj. kąpiele i picie wód mineralnych), jako jedną całość. Rokrocznie pojawiają się nowe środki cudowne, rozpuszczające kwas moczowy, których wartość bardzo jest wątpliwą. (Mendelsohn, Klemperer).

Wszystkie „Anarthritica" (Antipodagrica) usuwają nadmiar ksantynów i kwasu moczowego z ustroju przez spotęgowanie z jednej strony procesów utleniania śródtkan-

[2]) Odsyłam w tym względzie do książki »Handbuch der Ernährungstherapie und der Diäthetik« von E. Leyden. Leipzig 1898.

[3]) Ciekawe wskazówki co do przemiany materyi w następstwie procedur hidropatycznych zawierają w sobie prace Dr. Strassera i Ritter-Mendelsohna.

kowego, z drugiej przez zwiększenie wydzielania moczu i zmianę kwasu moczowego w połączenia łatwiej rozpuszczalne. Około 48 przetworów używa sławy leku b. skutecznego w skazie moczanowej, a z tych szczególnie: lysydin, piperazin, urocedni, urosin, urosolvin, urotropin.

Podobnie niepewnem w skutkach jest leczenie dny wyłącznie tylko wodami i solami alkalicznemi. Słusznie pyta Minkowski, czy my zdołamy przez dowóz soli alkalicznych wywrzeć wpływ na alkaliczność kwi i soków tkankowych? Badania Freudberga wykazują, że w ustroju ludzkim istnieje bardzo dobrze urządzony przyrząd regulacyjny, który ma za zadanie utrzymać alkaliczność krwi na jednym i tymsamym stopniu. Jednakże wiemy z doświadczenia, że po wielkich dawkach soli alkalicznych ciepłota człowieka niegorączkującego spada, — a więc przychodzi do zwolnienia przemiany materyi [1]), a nawet nieraz do typowego napadu dny (Müller). Do picia używa się przedewszystkiem wód alkaliczno-słonych, które uchodzą za swoiste przeciwko skazie moczanowej, dalej wód słonych i alkalicznych.

Sposób i jakość wody, którą się ma zalecić, zależą od indywidualności danego przypadku, od objawów towarzyszących ze strony żołądka, nerek i wątroby. Szczawy alkaliczne, alkaliczno-słone, a przedewszystkiem ziemne, jak Vichy, Wildungen, Salvator, Bilin, są odpowiednie dla osób drażliwych, osłabionych i podupadłej energii nerwowej, u których nie wystąpił jeszcze żaden ostry napad dny i nie można jeszcze u nich wykazać złogów kwasu moczowego, a skaza moczanowa zdradza się tylko zaburzeniami w trawieniu, zajęciem błon śluzowych i znacznem zwiększeniem ilości kwasu moczowego w moczu.

Źródła alkaliczno-słone, jak Karlsbad i Maryenbad, są wskazane u osób pełnokrwistych, silnych, otyłych, żyjących w dobrych warunkach, u których dna nie rozwinęła się jeszcze typowo, lecz tylko zachowanie się moczu i potu, zaburzenia w trawieniu, wskazują na *status arthriticus;* dalej wskazanemi są źródła alkaliczno-słone dla osób, dziedzicznie obciążonych skazą moczanową, u których obawiamy się wybuchu dny w krótkim czasie; — dalej u ludzi dotkniętych przewlekłą postacią dny, gdy odżywienie chorego jest jeszcze dobre, a wystąpiły już objawy ze strony żołądka, jelit, wątroby i nerek.

Wody słone, jak Kissingen, Wiesbaden, należy polecać wtedy, gdy przy przewlekłej podagrze grozi ogólny uwiąd; gdy ciężar ciała spada szybko, siły znikają, trawienie znacznie podupada i rozwija się wysoki stopień drażliwości lub apatyi chorego.

Gdy u chorego na dnę wystąpią objawy ogólnej skazy, gdy pojawi się bladość, obrzęki stóp i t. d., wtedy wskazane są przedewszystkiem wody żeleziste, i to szczególnie szczawy alkalicznożeleziste, jak Francensbad, Elster, które łączą z korzystnym wpływem żelaza na krew działanie dwuwęglanu sodowego. (Kisch, Glax, Flexig, Fromm, Lichtenstern).

Obok dyetetycznego stosowania różnych szczaw zaleca się również kąpiele. Kąpiel jest osią balneoterapii, około której wszystko inne w życiu kąpielowem chorego się obraca i do niej stosuje. Ona stanowi najważniejszy czynnik leczenia.

Dla chorego na dnę wskazane są wszelkie rodzaje kąpieli. Już poprzednio wspomniałem, że zimne zabiegi hidroterapeutyczne i kąpiele morskie nadają się szczególnie jako leczenie zapobiegawcze i że należy je stosować nietylko śród krótkiego czasu sezonu kąpielowego, podobnie jak i kąpiele ciepłe, lecz na przemian przez rok cały. (Winternitz Buxbaum, Strasser). Szczególniejszego rozgłosu w terapii dny zażywa leczenie źródłami ciepłemi. Które jednak kąpiele są skuteczniejsze, czy zwykłe, czy też mineralne obojętne, lub słabo słonawe, lub wreszcie solankowe, czy też w końcu kąpiele termalne siarczane, lub kąpiele błotne (mułowe), — trudno stanowczo orzec. W szczególności jednak, zwłaszcza w leczeniu dny, — musimy stanowczo wystąpić przeciw zdaniu Glaxa [5]), jakoby wodom termosiarczanym, nie należało przypisać odrębnego stanowiska, większego wpływu na wymianę N, jak wodzie zwykłej, równie wysoko ogrzanej; wiemy bowiem, że wody siarczane mają rozmaity skład chemiczny i że zawierają jako stałe składniki połączenia siarki, a mianowicie: SH_2, SNa_2, SK_2, albo też siarczyn węgla. Długi czas było rzeczą niepewną, czy należy siarce, znachodzącej się w małych ilościach (0·01 w litrze), w ogóle jaki skutek leczniczy przypisać; nowsze jednak badania (H. Schudka) wykazały, że małe, ale przez dłuższy czas stale zużywane ilości siarki, wywierają wybitny wpływ na układ naczyniowy na nerwy i mięśnie, jak również na skórę i na narząd trawienia. Zastosowanie i użycie siarki wód siarczanych w skutkach swoich nie stosuje się do maksymy „im więcej tem lepiej“ — i że „wiele pomaga wiele“, ale przeciwnie, doświadczenie poucza nas, że ilości małe, ale przez dłuższy okres czasu stale używane, są stanowczo zdolne pobudzać energię życiową poszczególnych narządów. A ponieważ zbawienny wpływ term siarczanych, z powodu wielkiej zawartości w nich soli i wskutek korzystnego działania na przemianę materyi w ogólności, jest już uznany, przeto właśnie należy źródłom siarczanym (Theiopegen) przypisać odrębne stanowisko względem innych źródeł [6]).

(Dokończenie nastąpi).

[1]) Tak dobre wyniki po wodzie karlsbadzkiej, Vichy i innych wodach zależą nie tyle od działania samych wód, ile od wzmożonej pracy fizycznej (ruch, gimnastyka), od stosownej dyety i od kąpieli mineralnych.

[5]) Lehrbuch der Balneotherapie von Prof. Dr. J. Glax 1897 str. 243 i 245.

[6]) Patrz Beissel, Stiffl, Pronke, Marchisco, Pohl, Astrie, Reumont, Schulz.

IV. Wyciągi.

Dr. Ossipow. **O zmianach chorobowych u zwierząt w układzie nerwowym ośrodkowym, wywołanych nakłóciem lędźwiowem.** (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1902, 19. Band). Przypuszczając z góry, że obniżenie ciśnienia w przewodzie mózgowo-rdzeniowym, wywołane wypuszczeniem cieczy mózgowo rdzeniowej przez nakłócie lędźwiowe, musi wpłynąć na naczynia, wywołać następowe przekrwienie i łatwo wynaczynienia, stara się autor doświadczalnie udowodnić, że nakłócie lędźwiowe, tak często obecnie stosowane, właśnie wywołuje łatwo powyższe objawy i przez to nie jest zabiegiem obojętnym. Nakłócie lędźwiowe stosuje się albo w przypadkach, gdzie istnieją pewne wskazania i osiąga się wyniki najczęściej dodatnie, jak w ostrem zapaleniu surowiczem opon, ostrem wodogłowiu; lub też bez wyników, n. p. w wodogłowiu przewlekłem, guzach mózgowych, ropniach, ropnem zapaleniu mózgu, a również w chorobach ostrych zakaźnych, chorobach nerwowych i umysłowych, a nawet w mocznicy.

Do doświadczeń swoich używał autor psów i wykonywał nakłócie lędźwiowe zwykłym sposobem, jużto raz, jużto kilka razy w odstępie 1—2 dni, dalej w odstępach tygodniowych, wyciągał płyn strzykawką lub ustami, a nadto kontrolował wyniki na osobnym psie, którego w uśpieniu eterowem bez nakłócia zabijał. U wszystkich psów badał autor rdzeń i mózg drobnowidowo, jak również oznaczał ciśnienie i ilość wypuszczonej cieczy mózgowo-rdzeniowej. W tych wszystkich doświadczeniach znajdował przy sekcyi znaczne przekrwienie naczyń mózgowych i rdzeniowych, szczególnie wyraźne w części lędźwiowej i górnej grzbietowej rdzenia, przekrwienie naczyń na podstawie mózgu, rdzenia przedłużonego i wypukłości półkul mózgowych. Przekrwienie to trwało przeszło siedm dni.

Na skrawkach mikroskopowych istota szara rdzenia była różowo zabarwiona, ostro odgraniczała się od substancyi białej i zawierała szczególnie w okolicy tylnych rogów liczne, gołem już okiem dostrzegalne wynaczynienia. Znachodziły się one głównie na wysokości 11—12 korzonka nerwowego lędźwiowego i na wysokości od 5-go piersiowego do 3-go szyjnego. Nadto dwa razy znalazł autor krwotok śródoponowy rozległy w rdzeniu.

Same komórki zwojowe rdzenia okazywały również zmiany drobnowidowe, począwszy od ustawienia się odwodowo jądra, nagromadzenia się substancyi chromatynowej na obwodzie jądra, zatarcia się ziarniny Nissla, aż do zaniku samych komórek i włókien osio-

wych. Te same zmiany znaleziono u psów, u których użyto aspiracyi, z tym nadto dodatkiem, że krew znajdowała się w przewodzie środkowym rdzenia aż do przewodu Sylwiusza. U psa, u którego raz tylko zrobiono nakłócie, znaleziono tylko przekrwienie bez wynaczynień. Z doświadczeń swoich wyciąga autor następujące wnioski: Wypuszczenie cieczy mózgowo-rdzeniowej przez nakłócie lędźwiowe wywołuje trwałe przekrwienie naczyń oponowych i substancyi mózgu i rdzenia. Przy kilkakrotnem nakłóciu lędźwiowem może przyjść do wynaczynień, a nawet do zmian odżywczych w samych komórkach nerwowych. Użycie aspiracyi jest niebezpieczne, bo łatwo sprowadzić może poważne krwotoki do przewodu środkowego rdzenia.

Nakłócie lędźwiowe nie jest tedy zabiegiem obojętnym i powinno być ograniczone do tych przypadków, gdzie powiększone ciśnienie cieczy mózgowo-rdzeniowej zagraża wprost życiu chorego. Przeciwwskazane jest w stwardnieniu tętnic, tętniakach, ostrych i przewlekłych chorobach układu ośrodkowego nerwowego, przy których niema wyraźnych objawów podwyższenia parcia cieczy. Stosowane przy udarach mózgowych w celu rozpoznania obecności krwi w komorach, nie może dać pewnych wyników z powodu łatwej możności uszkodzenia naczyń i tem samem już wywołania krwotoku. Nakłócia, połączonego z aspiracyą, nie należy nigdy wykonywać. Dla celów rozpoznawczych dokonane, nie przedstawia innego niebezpieczeństwa, prócz możliwości zakażenia, skaleczenia naczynia, lub korzonka nerwowego. *Dr. Stanisław Gólski.* (Kr. kl. ch. w.).

Schilling. **Zapalenie błoniaste kiszek i zapalenie śluzowe okrężnicy.** (*Centralblatt für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten* 1902, Nr. 3). Na podstawie dat, zebranych w piśmiennictwie bieżącem, zastanawia się autor nad istotą zapalenia śluzowego okrężnicy. Zapatrywania autorów na istotę tej choroby różnią się znacznie: jedni widzą w napadowo występujących bólach jelitowych, połączonych z wydzielaniem obfitej ilości śluzu, wyraz nerwicy jelitowej, inni uważają napady na następstwo nieżytu kiszek, odznaczającego się zwiększonem wydzielaniem śluzu. Za pierwszem z tych zapatrywań przemawiaćby mogły spostrzeżenia Schütza, ogłoszone w roku 1900, wykazujące ścisły związek między napadami kolki jelitowej i wydzielaniem śluzu, a płaczem nerwowym chorych. W czasie rozpraw XIII-go międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Paryżu były te cierpienia jelit przedmiotem dość żywej wymiany zdań. Boas przychylał się zdawał do zdania, że odróżnianie dwóch odrębnych chorób: zapalenia błoniastego jelit i zapalenia śluzowego okrężnicy nie jest bezwarunkowo konieczne. Czysta postać kolki jest bardzo rzadka. Przyjmować ją wolno tylko wtedy, gdy dokładne badanie chorego wykaże brak jakichkolwiek zmian zapalnych w jelitach (nieżytowych), a stwierdzi objawy nerwicy. W podobny sposób wyrażał się także Mannaberg. Mathieu uważa kolkę jelitową za nerwicę miejscową, nie przecząc bynajmniej, że często wikła się ona z nerwicami ogólnemi. Nie brak jednak i w ostatnich czasach autorów, którzy sprawę kolki łączą ze sprawą nieżytową, przyjmując, że jest ona następstwem kurczowego zaciskania się jelit, spowodowanego drażnieniem nieprawidłowej, obficie ze śluzem zmięszanej treści jelitowej. Należą tu między innymi Ewald, Westphalen, Jach itd. I oni wszakże przyjmują dla wytłómaczenia napadowych bólów tło nerwowe. Leczenie zwracać się powinno bądź to przeciw nieżytowi, bądź uwzględniać więcej układ nerwowy. Unikać należy środków ściągających, leków silnie przeczyszczających i mięsienia. *L. K.* (Kr. kl. I.).

Penzoldt. **Wodowstręt.** (*Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts* 1901, Z. 36). Wobec bajecznych opowiadań o wodowstręcie zwierząt i ludzi, powinien lekarz czuć się powołanym do szerzenia w tych sprawach jasnych i naukowych zapatrywań. Do zakresu tych przesądów należy rozpowszechnione mniemanie, że wodowstręt może powstać samoistnie np. u psa z powodu upału, pragnienia, niezadowalnianego popędu płciowego itd.: nigdy jednak nie udało się nikomu wywołać wścieklizny u zwierzęcia przez zastosowanie tych sposobów, a jeżeli w wolnej dotychczas od wścieklizny okolicy pojawi się ona nagle u psów, to dochodzenie zawsze przekonało, że została wywołana przez ukąszenie wściekłych zwierząt. Także należałoby przeczyć możności zakażenia się zarazkami, które miały przetrwać dłuższy czas w ziemi lub na sprzętach, gdyż powietrze i światło niszczą bardzo prędko jad wścieklizny, a wilgoć i gnicie osłabiają go już po kilku tygodniach. Prawie wszystkie zwierzęta ssące mogą zapadać na wściekliznę, która przez pokąsanie rozpowszechnia się, przechodząc na inne gatunki zwierząt. Ponieważ zwierzęta wściekłe po największej części ukrywają się, łatwo zrozumieć, że wścieklizna często w początku bywa nierozpoznana, dopóki wściekły pies nie rozszerzy jej wśród większej liczby zwierząt. W miastach padają ofiarą pokąsania głównie psy, koty i okrzyczane, jako roznosiciele zarazy, szczury, a po wsiach prócz tego wilki, lisy, kuny itd. Długi okres wylęgania (przeciętnie 60 dni) również wiele się przyczynia, że zaraza często się zawleka w oddalone okolice i tam nagle wybucha. Bardzo fatalnym jest również szczegół, że psy w okresie zwiastunowym (1—3 dni), kiedy choroba niewątpliwie jest już zaraźliwą, nie okazują często żadnych podejrzanych objawów chorobowych. W $^{9}/_{10}$ przypadków przyczyną udzielania się choroby ludziom są psy; $^{1}/_{20}$ przypada na koty, a tylko $^{1}/_{20}$ na resztę zwierząt. Ludzie przenoszą ją tylko raz na tysiąc przypadków. Wogóle powiedzieć można, że wśród równych warunków niebezpieczeństwo tam jest większe, gdzie jest dużo psów, a przepisy policyjno-sanitarne nie są dostatecznie, lub wcale nie są przestrzegane. W sztucznie wywołanych przypadkach wścieklizny u psów następuje wyjątkowo samoistne wyleczenie, które możemy przeto i wobec przypadków zakażonych na innej drodze uważać za możliwe. Choroba polega na ostrem zapaleniu różnych odcinków ośrodkowego układu nerwowego, a zwłaszcza rdzenia pacierzowego, lecz histologiczne wykazanie zmian cechujących wymaga wiele czasu i wprawy.

Skłonność do zakażenia się wścieklizną jest u ludzi ogólna, chociaż nie wszyscy, pokąsani przez wściekłe psy, zapadają na wodowstręt. Najniebezpieczniejsze są ukąszenia przez wilki, po których śmiertelność wynosi 60—90%. Przyczynę większego niebezpieczeństwa pokąsań w twarz i ręce, niż np. w ramiona i kończyny dolne należy upatrywać w tem, że zarażająca ślina na obnażonych częściach ciała dostaje się do rany w większej ilości, niż na miejscach pokrytych odzieżą; lecz nie pozostają zapewne bez wpływu i obfite unerwienie twarzy i rąk, jakoteż bliższe znajdowanie się twarzy od mózgu. Za najkrótszy okres wylęgania choroby u ludzi można przyjąć 11 dni, który autor w jednym przypadku stwierdził. Oznaczenie okresu wylęgania dłuższego, niż rok, należy brać z zastrzeżeniem, a w przypadkach, w których okres wylęgania miał rzekomo trwać kilka, a nawet kilkadziesiąt lat, należy przypuścić, że w czasie między ukąszeniem a wybuchem choroby nastąpiło zakażenie przez jakieś niepozorne ukąszenie lub polizanie zranionej skóry. W $^{1}/_{5}$ przypadków występuje choroba w drugim miesiącu, a prawie w $^{9}/_{10}$ w przeciągu pierwszych trzech miesięcy po zakażeniu. U dzieci i wobec rozległych obrażeń okres wylęgania jest przeciętnie krótszym. Pociąg do kąsania u chorych na wodowstręt zdarza się wprawdzie, ale nieregularnie i rzadko skierowuje się przeciw drugim, najczęściej zaś przeciw własnej osobie. Za przyczynę wystąpienia formy porażennej u ludzi uważać można bądź silne zakażenie, bądź też wyjątkowe usposobienie, gdyż niektóre znane przypadki dotyczyły ludzi z usposobieniem neuropatycznem, lub chorych na padaczkę. Możność pomięszania wodowstrętu z inną chorobą zachodzi szczególnie w przypadkach lęku wścieklizny, (*lyssophobia*, *tetanus hydrophobicus*), ostrego obłędu opilczego itd., zwłaszcza jeśli poprzedzało ukąszenie: P. sądzi, że przypadki rzekomego wyleczenia wodowstrętu należały właśnie do „lęku wścieklizny“ u osób histerycznych.

Co się tyczy zapobiegania, to autor poleca ścisłe przestrzeganie przepisów policyjno-sanitarnych, tyczących się psów. Podatek od psów ma być wysoki i nie powinien być niższy na wsi, gdzie niebezpieczeństwo zarażenia jest większe. W razie wybuchu epidemii powinien być powszechnie umówiony międzynarodowy obowiązek donoszenia o tem sąsiednim krajom lub powiatom. W otoczeniu czterech kilometrów od miejsca, w którem wściekły pies się zjawił, należy psy zamknąć, lub prowadzić je na smyczy w kagańcu, względnie należy wybić wszystkie wolno uganiające się psy i koty. Bardzo ważną jest kontrola sprzedaży psów z okolic nawiedzonych wścieklizną. W Niemczech są już widoczne korzyści przepisów zapobiegawczych, gdyż przypada tam jeden wściekły pies na 100.000 mieszkańców, podczas gdy we Francyi jeden na 30.000, w Austryi na 27.000, na Węgrzech na 15.000. Naśladowania godnem jest wydrukowanie na kwitach podatkowych od psów w Bawaryi pouczenia, jak postępować należy w razie wybuchu wścieklizny. Każda rana z ukąszenia przez psa ma być natychmiast doszczętnie oczyszczona przez odpływ krwi i wymycie środkami przeciwgnilnymi, a psa należy wziąść pod dozór przez dni ośm. Jeżeli po tym okresie pies jest zdrowy, człowiek pokąsany niema się czego obawiać. Natomiast jeżeli w okolicy zdarzyły się przypadki wścieklizny, każde ukąszenie psa, jakoteż ukąszenie innego zwierzęcia czworonożnego jest wielce niebezpieczne, nawet gdyby na razie nie było żadnych objawów podejrzanych u kąsającego zwierzęcia. Wtedy ranę trzeba przypalić i odkazić, a zwierzęcia nie zabijać, lecz obserwować w bezpiecznem zamknięciu przez weterynarza lub policyę, a gdy zwierzę zachoruje, należy bezzwłocznie udać się do zakładu szczepień ochronnych przeciw wodowstrętowi. W razie wybuchu choroby u człowieka uważa P. trwałe uśpienie chloroformowe za najbardziej humanitarny, choć ciężki do przeprowadzenia środek,

bo nieszczęśliwi chorzy pozostają wtedy w stanie odurzenia aż do śmierci. Może z czasem powiedzie się leczyć tę straszną chorobę i po jej wybuchu osłabionym jadem wodowstrętu, lub surowicą uodporniającą. *Dr. J. Fels.*

Dr. Hirschfeld i dr. Tobias. **Przyczynek do nauki o białaczce pochodzenia szpikowego.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift* 1902, Nr. 6). Dwa opisane przypadki były badane bardzo wyczerpująco klinicznie, a drugi prócz tego anatomicznie. Wielokrotne badania krwi wykazały, że odsetkowy stosunek różnych postaci ciałek białych w ciągu choroby podlegał wielkim wahaniom; najstalszą okazała się względna ilość wielojądrzastych neutrofilów; ilość myelocytów w pierwszym przypadku wahała w granicach 6.42% do 23.00% (wykonano 16 badań krwi), w drugim w granicach 1.5% do 30.3% (wykonano 21 badań). W drugim przypadku nekroskopia wykazała: *lymphoma multiplex lienis, hepatis et renis dextri*, w długich kościach prawie zupełny zanik szpiku, w innych kościach szpik w postaci białej miękkiej masy. Prócz tego była tu rzadko spotykana kombinacya gruźlicy prosówkowej z białaczką. Przypuszczać należy, że albo w przebiegu białaczki rozwija się gruźlica, wkraczając do ustroju drogą bliżej nieznaną, albo też skryta gruźlica ujawnia się podczas białaczki. Wpływ gruźlicy na krew zaznaczył się tem, że w początkach choroby ciałek białych było 426.000, w końcu zaś 283.000. W obu przypadkach poszukiwano pierwotniaków, opisanych przez Löwita. Autorowie widzieli twory, podobne do pasorzytów Löwita, najczęściej w wielkich jednojądrzastych ciałkach, ale uważają je nie za pasorzyty, lecz częściowo za strąty barwikowe, częściowo za produkty rozpadu pierwoszczy lub jądra, zaś twory w małych jednojądrzastych ciałkach za zniekształtnione ziarenka komórek tucznych. W narządach krwiotwórczych pasorzytów Löwita nie znaleziono. Wstrzykiwania wyciśniętego soku ze śledziony, gruczołów chłonnych i szpiku kostnego według przepisu Löwita u 12 królików nie dały charakterystycznych zmian we krwi i narządach, jedynie hiperleukocytozę. *Dr. Z. Czaplicki.*

Dr. M. Klimmer. **Czy istniejąca kontrola mleka jest dostateczna i jak ją wykonywać należy, by odpowiadała wymaganiom higieny?** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 1901, 54, 413, l. II.). Kontrola mleka targowego pod względem sanitarnym jest policyjna i ma za zadanie chronić odbiorców przed oszustwami co do jakości mleka, oznaczając mianowicie odsetkowo ilość tłuszczu; lecz pod względem społecznym zbyt mało chroni od chorób zakaźnych, powstałych często po użyciu mleka zanieczyszczonego rozmaitymi zarazkami. Szkodliwość mleka zależy tak od znajdujących się w niem drobnoustrojów chorobotwórczych, jak i szkodliwych zdrowiu przetworów chemicznych, które mogą się znajdować bądź w mleku, względnie wymionach krów w chwili udoju, bądź też mogą być domięszane z zewnątrz po udoju.

Wydzielanie się mleka szkodliwego dla ustroju ludzkiego może być spowodowane przez: 1) choroby zakaźne krów, dające się przenieść na człowieka, jak perlica, zaraza pyskowo-racieczna, wąglik, wścieklizna; 2) przez takie choroby zakaźne krów, które jako takie na ustrój ludzki się nie przenoszą, ale zwiększając ilość bakteryi w mleku, wywołują zmiany w jego składzie chemicznym. Do tych należą: *a*) zaraza płucna v. księgosusz; *b*) choroby wymion; *c*) choroby gorączkowe wogóle, a w szczególności choroby przewodu pokarmowego; wreszcie 3) wydzielanie się z mlekiem trucizn chemicznych, zawartych w paszy.

Do przyczyn, które czynią mleko szkodliwem po udoju, należą domieszki: I) istot żyjących, jak saprofity, wywołujące kiśnienie mleka, lub też bakterye chorobotwórcze: duru, cholery, płonicy, błonicy itd. II) nieczystości, w postaci wszelkiego brudu, kału itd.

Zapobieżenie szerzeniu się chorób zapomocą mleka jest obowiązkiem państwa; niższe organa policyjne, a nawet chemicy i bakteryologowie, nie są w możności doraźnie wykryć wszystkich szkodliwości mleka na targowicy; z tych to powodów w Zurychu, Stokholmie, Budapeszcie i innych miejscowościach zaprowadzono instytucyę inspektorów weterynarzy do badania krów dojnych, ich żywienia, jakoteż przyrządzenia i przechowywania mleka w zakładach mleczarnianych. Przez zaprowadzenie odpowiedniej kontroli byłyby dozorowane 1) wszelkie choroby wewnętrzne krów i choroby wymion, a mleko od takich krów na czas trwania choroby byłoby od sprzedaży wykluczone; 2) wszystkie krowy winny być szczepione tuberkuliną i badane klinicznie na perlicę: *a*) krowy okazujące kliniczne objawy perlicy winny być wykluczone od dostarczania mleka, z obór usunięte i oddane na rzeź za odpowiedniem wynagrodzeniem ze skarbu państwowego; *b*) krowy, reagujące na szczepienie, a jednak nie okazujące objawów klinicznych perlicy, musiałyby być oddzielone od zdrowych a mleko od nich sprzedawane tylko po przegotowaniu, lub też z wyraźną deklaracyą, że tylko w formie przegotowanej może być używane; 3) przy wybuchu zarazy pyskowej i racicznej aż do jej wygaśnięcia, sprzedaż mleka z takiej obory wzbroniona: 4) mleko od krów chorych na wąglik, księgosusz, wściekliznę lub cierpienia wymion powinno być do sprzedaży niedopuszczone; również mleko od krów, leczonych silnymi lekami, jakoteż od krów gorączkujących lub chorych na zaburzenia w przewodzie pokarmowym, a tylko wyjątkowo może być przez weterynarza dozwolone; 5) siara ma być przez 6 dni po ocieleniu i parę dni przed ocieleniem od sprzedaży wykluczona; 6) krowy mają być w odpowiednio przepisany sposób karmione i czyszczone, z szczególnem uwzględnieniem wymion, ogona, lędźwi, podbrzusza i nóg; 7) osobom, cierpiącym na choroby, które mogłyby przez użycie mleka być przeniesione na konsumentów, lub osobom, stykającym się z takiemi chorobami, wstęp do obór i mleczarń ma być wzbroniony, w razie przeciwnym mleko od sprzedaży należy wykluczyć; 8) ręce osób, dojących krowy, przed udojem mają być należycie oczyszczone; osoby z wyrzutami skórnymi lub ranami na rękach od dojenia winny być wykluczone; 9) obora ma być jasna i dobrze przewietrzana; 10) mleko po udoju ma być jak najprędzej ze stajni wyniesione i wyzięblone; 11) miejsca przeznaczone do przechowywania mleka nie mogą być używane na mieszkanie, względnie na sypialnie; 12) naczynia należycie oczyszczone po każdem użyciu nie mogą służyć do innych celów. Przechowywanie mleka w naczyniach mosiężnych, miedzianych, cynkowych, żelaznych i glinianych ze złą, lub zawierającą ołów, popękaną polewą czy emalią powinno być wzbronione; 13) dodawanie przetworów chemicznych do mleka dla jego konserwacyi jest wzbronione; 14) każde gorzkie, nienaturalnie zabarwione, zepsute, skiszone mleko od użycia należy wykluczyć; 15) powyższe postanowienia rozciągnąć należy w odpowiednim stopniu na ser, masło, śmietanę, wogóle, na nabiał.

Odpowiednio wykonywana przez inspektorów-weterynarzy kontrola obór i mleczarń ma być częsta, a nie rzadziej jak co 14 dni. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Leonard Guthrie. **Leczenie porażenia połowiczego.** (*The Lancet*, 19 października 1901). Autor powstaje przeciwko bierności lekarzy w przypadkach świeżych porażeń: zazwyczaj podaje się leki wewnętrzne (jodek potasu, strychnina i t. p.), lecz same porażenia, jako takie, pozostawia się własnemu losowi, bądź z obawy nowego udaru, bądź też w przekonaniu o bezużyteczności wszelkich zabiegów leczniczych w tym okresie.

Na mocy długoletniego doświadczenia wypowiada G. przekonanie, że zupełne zaniedbanie leczenia pogarsza ciężkie przypadki, a opóźnia wyzdrowienie w porażeniach lekkich (przyczyna choroby nie odgrywa tu żadnej roli — czy to będzie krwotok do miąższu mózgowego, czy zator lub zakrzep w naczyniu).

Szkodliwe następstwa, które w porażeniach należy mieć na oku, aby im zapobiedz, są następujące: zrosty w stawach, stężenie i zanik mięśni. Zrosty w stawach zaczynają powstawać bardzo wcześnie, w pierwszym lub drugim tygodniu cierpienia; od samego więc początku należy stosować leczenie zapobiegawcze, np. bierne ruchy wszystkich stawów po kolei.

Nieprawidłowe położenia członków należy poprawiać, gdyż stać się mogą nawykowemi i utrwalić się.

Przy przykurczeniach niektórych mięśni należy wzmocnić odżywienie i energię słabszych antagonistów.

Miesienie, bierne ruchy, w mniejszym stopniu elektryczność należy w tym celu stosować. Zabiegi te nietylko zapobiegają zanikom mięśni z nieużycia, lecz prawdopodobnie zastępują też miejsce bodźców prawidłowych i działają pobudzająco na neurony.

W przypadkach lekkich nieraz zdolność ruchów powraca, lecz chorzy tego nie uświadamiają i pozostają bezsilnymi jak i przedtem; oprócz pobudek psychicznych (obawa prób ruchu i t. p.) gra tu często rolę rzeczywiste zapomnienie, jak należy wykonać pewne ruchy dowolne. Ważnem jest tedy nauczyć chorego na nowo ruchów, a osiąga się to przez połączenie ruchów biernych i ćwiczeń czynnych.

Ruchy odzyskują się zazwyczaj w pewnym określonym porządku: noga poprawia się prędzej, niż ręka: części wyżej położone członków (udo, bark) prędzej, niż niżej leżące tak, że rozginacze palców (szczególnie mięśnie odwodzące i prostujące palca wielkiego ręki) powracają do normy ostatnie. Przy uczeniu ruchów przedewszystkiem należy zwrócić uwagę na członki, które poprawiają się pierwsze. Brak koordynacyi i ogólną słabość członków, które już odzyskały zdolność ruchów, należy leczyć ćwiczeniami i przyrządami mechanicznymi. Wogóle ważną jest rzeczą odnaleźć zakres, w którym chory może być czynny i zmusić go do tego wykonawstwa. *St. Kudzki* (Ptbg.).

Kobler. **Wałeczki i białko w moczu przy parciu stolca.** (*Corresp. Med. Press. Internat. Med. Magazine* Oct. 1901). Autor stwierdził białko i wałeczki w moczu u cierpiących na za-

parcie stolca. Ten nieprawidłowy skład moczu może trwać kilka dni i następnie nagle znika po oddaniu stolca.

Wallenstein drogą doświadczalną wywoływał niedrożność jelit u zwierząt przez zamknięcie otworu stolcowego; wyniki były takie same: po 24-godzinnem zamknięciu jelita odchodowego w moczu świnek morskich dawały się spostrzegać wałeczki i wystąpiło białko; w moczu psów wystąpiły wałeczki, nader obficie, lecz białka nie było. Badania histologiczne wykazały, iż nabłonek istoty rdzennej nerek znajdował się w stanie silnego zwyrodnienia tłuszczowego. *St. Rudzki* (Ptbg.).

Knapp. **Nowy sposób oznaczania kwasu mlekowego.** (*New-York Med. Journ. Internat. Med. Magaz.* Październik 1901). Autor zaleca następujący sposób do badania treści żołądkowej na obecność kwasu mlekowego. Do naczynia z podziałką nalewa się 1 cent. sześc. przesączonej treści żołądkowej; dodaje się eteru do 5 cent. sześc.; mięszaninę wstrząsa starannie, żeby zapomocą eteru wyciągnąć całą zawartość kwasu mlekowego, mogącą się znajdować w soku żołądkowym. Następnie do probówki z 2 cent. sześc. rozczynu żelaza ostrożnie po ścianie wlewa się wyciąg eterowy: w razie obecności kwasu mlekowego, na granicy dwóch płynów powstaje rażąco odbijający od nich pierścień kanarkowo-żółty, a czasami występuje on dopiero po paru chwilach: probówkę najlepiej jest ustawić na białem tle, przyczem badający staje plecami do światła. Próba powyższa jest modyfikacyą odczynu Straussa, lecz ma być czulszą i wymaga mniejszej ilości eteru i soku żołądkowego. *St. Rudzki* (Ptbg.).

Szyrokich. **W sprawie przedostawania się zawartości żołądka do jelit.** (*XI-ty Zjazd przyrodników i lekarzy rosyjskich w Petersburgu. Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 3). Doświadczenia S., przeprowadzone na psach w pracowni prof. Pawłowa (Petersburg), wykazały, że przedostawaniu się pokarmu z żołądka do jelit u psów towarzyszą znamienne ruchy; ruchy te zresztą mogą występować i naczczo, powtarzają się co 1—1½′, trwają 19—20 minut i dłużej. Bulion, woda, wyciąg Liebiga, rozpuszczony w wodzie, ślina, sok żołądkowy i białko jaja kurzego, rozcieńczone nawpół z wodą i inne bodźce chemiczne nie wywołują same przez się tych skurczów żołądka, jeśli wymienione substancye były wprowadzone do żołądka w jego stanie spokojnym i bez zwrócenia uwagi psa; 0,3% rozczyn dwuwęglanu sodowego, wprowadzony do dwunastnicy, wywołuje odruchowo te ruchy żołądka nawet naczczo. Toż samo działanie ma i sok trzustkowy. Wymienione ruchy skurczowe żołądka ustają w razie wprowadzenia do dwunastnicy soku żołądkowego w ilości 20—30 sz. ctm. Tak zwane pozorne karmienie nie wywołuje prawidłowych skurczów czczego żołądka. *Witold Orlowski* (Ptbg.).

Dr. Th. Panzer. **Przyczynek do nauki o odporności alkaloidów roślinnych podczas gnicia.** (*Zeitschrift f. Untersuch. d. Nahr. u. Genussmittel* Nr. 1, 1902). Przy sposobności badania wnętrzności dwóch samobójców, którzy odebrali sobie życie przez zażycie morfiny, miał autor sposobność przekonać się o zachowywaniu się morfiny podczas gnicia wnętrzności. W jednym przypadku przedmiotem badania był żołądek wraz z treścią, część jelita cienkiego, jelito grube, nerki, wątroba i mocz; w drugim przypadku żołądek wraz z treścią, górny odcinek jelita cienkiego, wątroba i nerka. W obu przypadkach sądowo-lekarskich znaleziono znaczne ilości morfiny. Resztki przedmiotów badanych, niezużytych przy badaniu sądowo-lekarskiem, pozostawiono w kubku lekko nakrytym przez przeciąg sześciu miesięcy w cieplocie pokojowej. Przez ten czas wnętrzności uległy bardzo daleko idącemu procesowi gnicia, a po upływie sześciu miesięcy poddał autor zgniłe wnętrzności badaniu chemicznemu celem wykrycia morfiny. W obu przypadkach otrzymał kryształki białe, które, jak bliższe badanie wykazało, były morfiną. Badania zatem autora wykazały, że w wnętrznościach, uległych gniciu przez przeciąg sześciu miesięcy, morfina nie rozkłada się, że ją można z nich uzyskać i wykryć, jednakowoż sposób jej wydzielenia z takich substancyj jest wielce utrudniony. *Dr. Ig. L.*

Mieczysław Halpern. **W sprawie leczenia tętniaków aorty zapomocą podskórnych wstrzykiwań żelatyny.** (*Księga jubileuszowa Dunina*). Po przedstawieniu teoretycznej strony tej metody, stosowanej w ostatnich latach przez licznych lekarzy, autor opisuje własne dwa przypadki tętniaków aorty, w których stosował wstrzykiwania żelatyny metodą Lanceraux. Pierwszy chory dostał cztery wstrzyknięcia 2% roztworu żelatyny wyjałowionej w odstępach tygodniowych; pierwsze trzy po 200 ctm³, ostatnie z 100 ctm.; opuścił on szpital bez żadnej poprawy. Drugi chory otrzymał 9 wstrzyknięć w dwóch seryach, ogółem 34 grm. żelatyny; tętniak mimoto stale się powiększał, co stwierdzono zapomocą radyoskopii kilkakrotnie dokonanej. Oprócz własnych przypadków autor wspomina o również niepomyślnym wyniku stosowania żelatyny przez Dra Rzętkowskiego w przypadku tętniaka aorty u chorego na oddziale Dra Dunina. *Z. Czaplicki.*

Kavolevsky i Moro. **Dwa przypadki ogólnego zakażenia noworodków prątkiem okrężnicowym.** (*Klin. therap. Wochs.* Nr. 50). W opisanych dwu przypadkach zakażenia prątkiem okrężnicowym noworodków, zakończonych śmiercią, przeprowadzono bardzo dokładne badania krwi, badania bakteryologiczne i histologiczne. Objawy jednej i tej samej choroby w obu przypadkach bardzo się różniły. W pierwszym przypadku objawy zakażenia ogólnego były nieznaczne, brak było żółtaczki i krwawień; w drugim objawy te były dominujące. Na podstawie przeprowadzonych badań przekonano się, że zakażenie ogólne sprowadziło *bacterium coli commune.* Jako odróżnienie od choroby Winkla podnoszą pojawianie się prawdziwego moczenia krwawego, a nie hemoglobinuryi brak w nerkach zawałów hemoglobiny. *P.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Thigenol, nowy przetwór siarkowy, wyrabiany przez fabrykę F. Hoffmann-La Roche i Spkę w Bazylei, zastosował Prof. Dr. A. Jaquet z Bazylei w leczeniu rzeżączki w postaci 2% wstrzykiwań trzy razy dziennie; leczenie trwało około 22 dni, poczem nie było już ani wypływu, ani gonokoków. Takie wyniki otrzymał Jaquet w przypadkach rzeżączki świeższej, — w przypadkach przewlekłych stosował tigenol naprzemian z innym środkiem ściągającym, i tu działanie tigenolu było wybitne.

Jaquet zastosował też tigenol w cierpieniach skóry (wyprыski, świerzb), bądź czysty, bądź w postaci 20% maści, lub też jako ciasto (*Thigenoli 4·0, Zinc. oxyd, Amyli aa 3·0, Glycerini, Aquae aa 1·0, Ungti glycerini 8·0*). Wyniki były zadowalniające i na podstawie ich twierdzi J., że tigenol dla swych własności wchłaniających i uśmierzających świąd, powiększy obok ichtyolu i naftalanu zbiór środków, używanych w leczeniu chorób skórnych. *G.*

Fersan stosować można ze skutkiem nawet wobec cierpień żołądka i uzyskać dobre wyniki, jak to wnioskować można z badań dokonanych przez Bassa (*Centralblatt für die gesammte Therapie* Nr. 5, 1902), gdyż środek ten przechodzi przez żołądek w stanie nierozłożonym. W tych przypadkach najlepiej podawać fersan w proszku (w opłatku), lub w kołaczykach z czekoladą, a dawka 15 grm. na dzień wystarcza, aby wywołać właściwe żelazu podrażnienie narządów wytwarzających krew.

Elischer. **O zastosowaniu chlorku heroiny w ginekologii.** (*Die Heilkunde* 1902, Nr. 1). Autor stosował heroinę do tamponów w rozczynie 1 : 1000. Działanie tego leku miało być znakomite w sprawach zapalnych trąbek, otrzewnej miednicy małej i w wysiękach. Po jednorazowem użyciu ustępowały bóle z początku na 3—4 godzin, później na czas coraz dłuższy, aż do czterech dni tak, że przez ten czas stosować można było inne leczenie, jak obciążanie, tampony z ichtyolem, a nawet mięsienie. Heroina usuwa także przykre bóle przy raku, nie nadającym się do operacyi, ale tylko na czas krótki, najwyżej 12—15 godzin i tylko przy raku części pochwowej. Objawów zatrucia, t. j. ogólnego osłabienia, jakoteż i miejscowego pieczenia, nie zauważył. *P.*

Dr. Silberstein. **O nowym przetworze chininy.** (*Ärztliche Centralzeitung* Nr. 50. 1901). Z kory chinowej przyrządzane bywają dwa przetwory: *extr. chinae aquosum*, zawierające niewiele alkoloidów i *extr. chinae spirit.* o składzie niestałym. Aptekarz Nanning uzyskał zapomocą własnego sposobu przyrządzania przetwór, zawierający stale około 5% alkaloidu, istoty gorzkie kory i kwas chinogarbnikowy w stanie rozpuszczonym. Przetwór ten łączy więc własności chiny z własnościami środków gorzkich. Z przetworu tego podaje się 20 kropli na czczy żołądek, poczem zauważyć można pobudzenie łaknienia i ustępowanie wymiotów u ciężarnych. Zazwyczaj wyciąg Nanninga poleca się podług następującego wzoru: *Rp. Acidi muriatici, Pepsini aa 2,0, Extr. chinae Nanning 30. M. D. S. Trzy razy po 15 kropli.* *K.*

Dr. Bolen. **O usuwaniu niestrawności występującej podczas zażywania rtęci i jodu.** (*Therap. Monatshefte*, grudzień. 1901). Wiadomo, jak łatwo zapadają na niestrawność chorzy kiłowi, poddający się leczeniu rtęcią lub jodem. Stanom tym towarzyszą zwykle zgagi, uczucie pełności i gniecenia w żołądku, przyczem występuje brak łaknienia, nieraz potęgujący się aż do zupełnego wstrętu do jedzenia. W tych przypadkach *extractum chinae Nanninga*, podawane w winie trzy razy dnia po 10—15 kropli oddawało autorowi dobre usługi, co przypisuje on zmniejszeniu podniesionej zwykle kwasoty żołądka. Gorzki smak tego przetworu zostaje złagodzony przez podawanie w wodzie, w winie (Portwein). *K.*

Dr. Guitmann i Dr. L. Kardos wykazali na materyale szpitala w Peszcie, że fersan nietyle działa na wzmożenie ciężaru ciała, jak raczej na szybkie podniesienie się ilości hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi. Największa ilość doświadczeń, dokonanych przez tych autorów, odnosi się do niedokrewnych dziewcząt między 17 a 22 rokiem życia, u których fersan, zawierający obok żelaza fosfor, znakomite oddał wyniki. Do podobnego wniosku dochodzi także Dr. Kaeser, który podawał błedniczym fersan i poleca go jako środek łatwo wessalny, pobudzający łaknienie. *R.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 26 lutego 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przewodniczący przedstawia uchwałę Komitetu Towarzystwa, ażeby zaprosić koll. prof. Ciechanowskiego i doc. Łepkowskiego do Komitetu budowy domu Towarzystwa lek. Uchwalono.

III. Na wniosek Komitetu uchwalono odbyć dnia 19 marca posiedzenie, poświęcone sprawie wodociągowej.

IV. Przyjęto w poczet członków Towarzystwa kol. Filipa Eisenberga i Grzegorza Grzybowskiego.

V. Dla ułatwienia przystąpienia do Towarzystwa uchwalono na wniosek Komitetu ewentualny rozkład wpisowego na cztery raty, płatne w pierwszym roku.

VI. Kol. Górski okazuje i objaśnia przyrząd Zawadzkiego, służący do aspiracyi i do infuzyi.

W dyskusyi kol. prof. Rosner wyraża obawę co do używania przyrządu tego do infuzyi do naczyń krwionośnych z powodu znacznego ciśnienia i braku manometru, albowiem może się tu dostać powietrze. Kol. Zoll sądzi, że możnaby przyrządu tego użyć do przepłókiwań żołądka. Kol. Górski sądzi, że manometr jest zbyteczny, gdyż można siłę prądu dozować palcem, a bańki powietrza można usunąć przez podniesienie rurki; kol. prof. Rosner jednak temu oponuje, gdyż w ten sposób powietrze usunąć się nie da; kol. prof. Ciechanowski sądzi, że manometr można dodać, a zaciski zrobić od zewnątrz zamiast kulek, umieszczonych wewnątrz rurki.

VII. Kol. Dobrowolski demonstruje preparat, otrzymany przy operacyi ciąży zamacicznej. Preparat pochodzi z chorej, której przebieg choroby śledzono w klinice dwukrotnie. Poraz pierwszy zgłosiła się do kliniki 15/II 1899 r. l. p. k. 94(30) i podała w wywiadach, że zawsze była przedtem zdrową, miesiączkowała zupełnie prawidłowo, nie rodziła, nie roniła, a ostatnią, zupełnie prawidłową regularność miała na 5 miesięcy przed zgłoszeniem się do kliniki. Po ustaniu regularności nie czuła się w ciąży, przed przybyciem do kliniki nie czuła ruchów płodu. Na dzień przed przybyciem do kliniki uczuła nagle gwałtowny ból w dolnej części brzucha, omdlała i stała się nagle ogromnie bladą; wymiotów, mdłości nie miała. Przedmiotowo stwierdzono u osoby wybitnie niedokrewnej prawdopodobne objawy ciąży w sutkach i na sromie, a prócz tego rozlany, ograniczający się opór w brzuchu, sięgający z miednicy małej aż po pępek, mało bolesny, miękki. Wewnętrznie: sklepienie tylne i boczne znaleziono znacznie wypuklone, macicy jako takiej nie udało się wśród istniejących możliwych warunków do badania odnaleźć. Stan chorej nie wymagał natychmiastowej operacyi, wobec czego chorą pozostawiono do dalszej obserwacyi i leczenia zachowawczego. Rozpoznanie brzmiało: Krwistek pozamaciczny na tle ciąży zamacicznej. Po sześciu tygodniach leczenia krwistek ustąpił, a badanie wykazało wtedy obok macicy powiększonej, przesuniętej ku tyłowi i stronie lewej, od przodu i strony prawej guz wielkości główki noworodka o granicach ścisłych, zbity, nierówny. Guz ten uważano za trąbkę rozszerzoną wytworami ciąży pozamacicznej. Chorej zaproponowano wówczas zabieg operacyjny, na który chora się na razie nie zgodziła i opuściła klinikę. Przez dwa lata po opuszczeniu kliniki chora czuła się zupełnie zdrową, poczem wystąpiły bóle w podbrzuszu, podrażnienie otrzewnej, które to objawy ustąpiły po odpowiedniem leczeniu w domu. Na miesiąc przed przybyciem do kliniki wystąpiły u chorej bóle dołem brzucha, dreszcze, gorączka.

Zgłosiła się do kliniki ponownie 27/I 1902 l. p. k. 63 (21); stwierdzono gorączkę o typie gorączki przerywanej, ogólne wyniszczenie, guz w podbrzuszu wielkości główki noworodka, z otoczeniem ściśle pozrastany; od szczytu silne zrosty łączą go z jelitami, tworząc nad guzem jakby dach. Zbitość guza jest dosyć twarda, wyraźnego chełbotania wykazać nie można. Powierzchnia guza nierówna, okazuje liczne przewężenia okrężne. Na podstawie tego badania rozpoznano otok trąbkowy na tle ciąży zamacicznej. Przystąpiono przeto do zabiegu, i z uwagi, że o wyjęciu całkowitem guza ani drogą jamy brzusznej, ani drogą pochwy nie można było myśleć bez uszkodzenia sąsiednich narządów, postanowiono ograniczyć się do nacięcia ropnia drogą pochwy. Dokonano przeto kolpotomii przedniej, guz nakłuto trójgrańcem i wydobyto cuchnącą ropę w średniej ilości, poczem przy pomocy kleszczyków Chrobaka, zrobiono w ścianie guza otwór, drożny wygodnie dla palca. Palec, wprowadzony do wnętrza guza, napotkał w nim prócz miazgi rozpadowej jakieś kości. Ten wynik badania nasunął chwilowo myśl, czy też w danym przypadku nie istnieje zropiały torbiel skórzakowy? Postępowanie zwykłe wyłuszczenia całego domyślanego torbiela było ze względów technicznych bez obrażenia sąsiednich narządów niemożliwem, wobec czego postanowiono treść guza usunąć, a ściany jego wszyć w otwór kolpotomijny. Przy pomocy tępej łyżeczki i kleszczyków polipowych usunięto treść guza, którą stanowiły kości ciała płodu 5-miesięcznego, które obecnie prelegent okazuje. Po wypróżnieniu tych wytworów ciąży zamacicznej, torbę wszyto w otwór kolpotomijny i założono setony.

Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy i chora po operacyi w 4 tygodnie opuściła klinikę zupełnie uleczona. *(Streszczenie własne).*

Kol. Cercha. Odnośnie do przypadku zejścia ciąży zamacicznej, przedstawionego przez kol. Dobrowolskiego, przychodzi mi na pamięć analogiczny przypadek, spostrzegany przed 13 lub 14 laty w klinice krakowskiej. Mieliśmy do czynienia z guzem, leżącym poza macicą i objawami ropienia tego guza. Rozpoznanie wahało się również między torbielem skórzakowym ropiejącym, a ciążą zamaciczną z ropieniem zawartości worka. Szybko natura wytworzyła sobie drogę na zewnątrz przez tylne sklepienie pochwy i tędy wyszły kostki długie i płaskie płodu. Jamę zatamponowano gazą i przepłókiwano rozczynem kwasu borowego; w ten sposób nastąpiło wyleczenie. Dziś sprawa ciąży zamacicznej, jej rozpoznanie i leczenie stoi daleko jaśniej, zwłaszcza we wczesnym jej okresie, to też należy to cierpienie obecnie do bardzo częstych; i dawniej nie było ono bardzo rzadkiem, tylko rozpoznanie przed katastrofą, czyli przed zejściem, nie było tak dokładnem, albo wcale rozpoznania nie było. Dziś lekarz, nauczony doświadczeniem, pilnie obserwuje i bada chorą i często stawia rozpoznanie wcześnie i radzi albo leczenie radykalne, tak jakby miał przed sobą nowotwór złośliwy, albo przygotowuje się do natychmiastowej chirurgicznej pomocy, jeżeli uważa, że w razie katastrofy, t. j. pęknięcia lub poronienia, leczenie zachowawcze miejsca mieć nie może. Dawniej inaczej bywało. Ciąży zamacicznej we wczesnym okresie nie rozpoznawano tak często i z tą dokładnością. Najczęściej dopiero katastrofa pęknięcia lub poronienia do jamy brzusznej, połączone z znacznym wewnętrznym krwotokiem, wyjaśniały groźne położenie, niestety często już późno, i nawet w takiej chwili jeszcze rozprawiano, czy należy użyć drogi operacyjnej. Co do zajścia ciąży zamacicznej, to tak dawniej, jak dziś zapatrywania są więcej do siebie zbliżone. Leczy się te przypadki, jak długo można, zachowawczo, dziś *residua gravidit. extrauter.*, dawnie *haematocele*. Dziś jednak, gdy krwawienia się ponawiają, postępujemy radykalnie, dawniej zaś dawaliśmy lód i makowiec i to trwało miesiące, czasem i dłużej. Że leczenie zachowawcze daje dobre wyniki, chociaż trwa długo, mogę wnosić z obserwowanych i leczonych przypadków w praktyce kąpielowej. Mam ich 23—25, gdzie cierpienie było niewątpliwie następstwem zejścia ciąży zamacicznej, za czem przemawiały objawy i przebieg choroby, spostrzegane przez doświadczonych lekarzy, a badanie w chwili objęcia chorych i zmiany przedmiotowe za tem cierpieniem przemawiały. Wszystkie chore po odbyciu leczenia opuszczały zakład ze znacznem polepszeniem, kilka nawet już po jednorazowem leczeniu od 8—10 tygodni prawie wyleczone. Że leczenie takie jest żmudne, to prawda, bo n. p. miałem takie chore, które trzy razy rok po roku odbyły leczenie, a jeszcze sprawa nie ustąpiła zupełnie. Z ropieniem guza nie miałem do czynienia, natomiast podrażnienia, zwłaszcza w okresie miesiączkowym, nie należą do rzadkości. Przypadki spostrzegane w Krynicy należały do tych, gdzie zejście ciąży zamacicznej nastąpiło we wczesnym okresie. Przypadek kol. Dobrowolskiego i mój, w których nastąpiło ropienie, należą do tych, gdzie zejście ciąży nastąpiło w tym okresie, gdy płód nie może już uledz

rozpuszczeniu, lecz ulega z czasem innym zmianom wstecznym, jak: mumifikacyi, ropieniu lub osadzaniu się soli nieorganicznych *(litopedion)*. *(Streszczenie własne)*.

VIII. Kol. Rosner przedstawia niezwykły przypadek ciąży zamacicznej. Chodzi tu o pacyentkę, która po kilku latach bezpłodnego małżeństwa zaszła w ciążę. W dwa miesiące po ustaniu miesiączki przebyła jakieś zaburzenia, połączone z bólem w dolnej części brzucha, poczem jednak objawy ciąży trwały dalej, sutki wydzielały klej i brzuch powiększał się znacznie. Z końcem września 1901 r. spodziewała się rozwiązania. Już 17 września ustały jednak ruchy płodu, które dotąd bardzo wyraźnie i boleśnie odczuwała, poczem zaczęły ustępować objawy ciąży, brzuch począł się zmniejszać, sutki zwiędły. Przez trzy przeszło miesiące trwał ten stan i pacyentka nadaremnie oczekiwała porodu dziecka nieżywego, wreszcie z końcem grudnia 1901 r. zgłosiła się do mnie.

Badanie wykazało: Osoba dobrze odżywiona, okazuje w sutkach i na powłokach zmiany podobne, jak u kobiet, które rodziły, sutki mianowicie wiotkie, z których wycisnąć można krople zagęszczonego pokarmu, brzuch zaś miękki, poorany licznemi t. zw. porodowemi bliznami. W brzuchu można było wyczuć dwa guzy, z których jeden naśladował wielkością, położeniem, kształtem i zbitością macicę ciężarną w 6-tym m. ks., drugi leżał powyżej, a więc ponad pępkiem. Ten drugi guz podłużny leżał poprzecznie i nieco ukośnie od strony lewej i góry na dół i na stronę prawą, od śledziony ku kiszce ślepej. Był on dość wązki, bo zaledwie na dłoń szeroki. Ruchomość jednego i drugiego guza była mała, bolesność żadna, zbitość górnego niejednakowa, największa w lewym, górnym końcu. Badanie przez pochwę nie pozwalało na pewno określić, gdzie leży macica i jak jest duża. Rozpoznanie brzmiało: Ciąża zamaciczna z rozwojem płodu w jamie brzusznej po pęknięciu trąbki. Zaraz po przyjęciu chorej wykonałem laparotomię, która potwierdziła w zupełności rozpoznanie. Płód otoczony owadnią, zupełnie już wód pozbawioną, stanowił guz górny. Główka płodu leżała po stronie lewej w górze, nóżki w okolicy kiszki ślepej. Płód zlepiony był silnie z kiszkami tak, że trzeba było milimetr za milimetrem oddzielać go od otoczenia. Przy preparowaniu tem zaszła potrzeba odcięcia wyrostka robaczkowego, które wykonano w zwykły sposób. Pępowina prowadziła od płodu do guza, leżącego niżej, który naśladował macicę, był jednak powiększoną lewą trąbką zawierającą łożysko. Pępowina wchodziła do tego guza przez otwór, powstały po przerwaniu trąbki. Guz usunięto w zwykły sposób razem z łożyskiem. Macica mała leżała w przodozgięciu. Przebieg pooperacyjny zgoła niczem niezakłócony. Chora po 17 dniach opuściła zakład. Następuje demonstracya płodu i guza trąbkowego.

W dyskusyi kol. Dobrowolski przytacza podobne przypadki z kliniki położniczej krakowskiej, a kol. Cercha zwraca uwagę na ciekawy przebieg ciąży w opisanym przypadku.

IX. Kol. Dr. Piotrowski przedstawił trzy przypadki rzadkich przeszkód porodowych ze strony miękiego przewodu rodnego. Przypadek pierwszy dotyczył pierwiastki z całkowitem zarośnięciem wejścia do pochwy *(atresia hymenalis)*, w której to przegrodzie znajdowały się dwa maleńkie otworki, drożne dla cienkiego zgłębnika, przez które odpływała krew miesiączkowa i którędy nastąpiło zapłodnienie. Prócz przegrody tej znajdowała się w pochwie przegroda druga, znacznie cieńsza, która miała mały otworek w środku. Zdaniem kol. Piotrowskiego przegroda druga musiała być całkowitą, a przedarła się dopiero pod naciskiem zatrzymanej krwi miesiączkowej, wywiady bowiem zapatrywanie to potwierdzają, gdyż na pół roku przed pojawieniem się miesiączki miała silne bóle dołem, w chwili zaś pojawienia się miesiączki uczuła, jak jej coś w dole pękło, poczem odpłynęła krew barwy czekoladowej.

W przypadku drugim przegroda znajdowała się w $^2/_3$ wysokości pochwy, była nabyta po owrzodzeniach, powstałych w pochwie przy ostatnim porodzie. Bliznowate to zwężenie przy badaniu przedstawiało się jako przegroda cienka i łatwo ciągliwa, zdawało się więc, że przy porodzie się rozciągnie; tymczasem zwężenie to pękło pod naciskiem główki, powstał krwiak sromu i tak znaczna utrata krwi, że poród musiano ukończyć przez wymóżdżenie. Kleszcze założyć się przez zwężenie pochwy nie dały, wygniecenie zaś sprowadzało jeszcze większą utratę krwi i wzrost krwiaka.

W przypadku trzecim przeszkoda porodowa była w przewodzie szyjki, gdzie znajdował się guz wielkości pięści, zamykający w całości przewód; po wyjęciu guza pokazało się iż był to włókniako-mięśniak. Przez uzyskany po wyjęciu guza otwór wprowadzono rękę do jamy macicy, wykonano obrót dziecka i urodzono płód żywy. Przypadek ten, bardzo ciekawy ze względu na zachowanie się macicy i dalszy przebieg, zastrzegł sobie kolega Piotrowski do demonstracyi na później. *(Streszczenie własne)*.

W dyskusyi kol. Cercha zapytuje, jaki był wynik badania przy wypisaniu chorej ze szpitala i zaznacza, że zwężenie w dwóch przypadkach było następowe, nabyte. Kol. prof. Rosner, opierając się na badaniach Nagel Feitha sądzi, że niema wielkiej różnicy między zwężeniem wrodzonem a nabytem, z wyjątkiem jeżeli części rodne są zdwojone.

Po odpowiedzi kol. Piotrowskiego posiedzenie zamknięto.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 5 marca 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki zagaja zebranie i wita w serdecznych słowach zebranych nauczycieli i nauczycielki; zainteresowanie się tych sfer odczytami z zakresu higieny jest najlepszym dowodem potrzeby tych odczytów.

I. Kol. prof. Bujwid mówił: »O zadaniach higieny szkolnej« (Rzecz przeznaczona do druku).

II. Kol. Jan Landau wygłosił odczyt p. t.: »Szkoła a choroby zakaźne«. (Rzecz przeznaczona do druku).

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 9 marca 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

Kol. Eugeniusz Piasecki (ze Lwowa jako gość) wygłosił odczyt p. t. »Współczesna gimnastyka wobec fizyologii i higieny« (z demonstracyą ćwiczeń). (Rzecz przeznaczona do druku w »Przeglądzie lek.«)

W dyskusyi zabierali głos: koll. Dr. Landau, Dr. Rowiński, kol. prof. Klecki i prelegent.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 12 marca 1902.

Przewodniczący kol. prof. Nowak.

Kol. Bier mówił: »O zadaniach lekarza szkolnego«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierali głos kol. Dr. Kwaśnicki i P. Drozdowski.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 16 marca 1902.

Przewodniczący kol. prof. Nowak.

Kol. prof. Wicherkiewicz wygłosił odczyt p. t: »Wpływ szkoły na rozwój chorób ocznych.« (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierali głos: koll. Dr. Majewski, Dr. Landau Jan. i P. Drozdowski.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie zmiany ustawy o organizacyi służby zdrowia w gminach.

(Uchwała galicyjskiej krajowej Rady zdrowia według referatu Dra Józefa Merunowicza).

(Ciąg dalszy).

C. k. kraj. Rada zdrowia sądzi, iż w tem, co wyżej powiedziano, należycie udowodniono korzyści organizacyi gminnej służby zdrowia w innych krajach, wykazano, że i u nas, mimo bardzo niedostatecznej liczby lekarzy gminnych i okręgowych, już teraz widoczne są dobroczynne skutki tej instytucyi, pozostaje więc tylko wykazać, w czem leży przyczyna, że w kraju naszym organizacya ta tak powoli postępuje, a dalej należy się zastanowić, jakich środków należy użyć, ażeby osiągnąć cel zamierzony.

Lekarze okręgowi w Galicyi niezadowoleni z swego zakresu działania, z niedostatecznego dotychczas rozwoju ich działalności i ze swego położenia finansowego, zebrali się w dniu 10 listopada 1900 r. we Lwowie i po przeprowadzeniu obszernej dyskusyi upoważnili komitet z trzech do opracowania na podstawie powziętych uchwał projektu zmiany ustawy z d. 2 lutego 1891 (dz. u. i rozp. kraj. l. 17). Komitet ten składający się z lekarzy okręgowych doktorów: Wiktora Nattera, Juliana Ustrzyckiego i Józefa Bednarskiego wywiązał się ze swego zadania i w grudniu roku 1900 wniósł do wydziału krajowego umotywowany projekt zmiany ustawy wspomnianej, a w marcu r. 1901 dodatkową zmianę do §§. 11 i 10 ustawy.

Projekt ten lekarzy okręgowych, przesłany c. k. namiestnictwu przez wydział krajowy, można w ogólnych zarysach streścić w następujący sposób:

1. Lekarzy okręgowych mianuje wydział krajowy z pośród terna, przedstawionego przez wydział powiatowy.

2. Po jednorocznej nienagannej działalności lekarza okręgowego zostaje on już na mocy ustawy samej stabilizowany na tej posadzie, chyba że będzie pisemnie uwiadomiony, dla jakich powodów nie może być stabilizowany.

3. Pobory lekarzy okręgowych mają być tak uregulowane. że część lekarzy pobiera 1000 kor., drudzy 1200, reszta 1400 kor., wszyscy pobierają dodatek aktywalny po 200 kor. rocznie, a nadto cztery pięciolecia po 200 koron.

4. Wszelkie pobory lekarzy okręgowych mają być wypłacane z funduszu krajowego.

5. Po 25-ciu latach służby zyskuje lekarz okręgowy prawo do emerytury według normy dla urzędników krajowych, wdowa zaś i sieroty mają prawo do pensyi już po 5-ciu latach stałej służby lekarza okręgowego.

6. Na pokrycie kosztów podróży urzędowych pobiera lekarz okręgowy ryczałt, jednak niemniej jak 600 kor. rocznie, a nadto pobiera dyety i kilometrowe za niesienie pierwszej pomocy przy wybuchu choroby zakaźnej, przy oględzinach zwłok w wątpliwych razach co do przyczyny śmierci i przy niesieniu pomocy w nagłych wypadkach.

7. Prawo dyscyplinarne nad lekarzami okręgowymi wykonuje komisya, składająca się z marszałka powiatu, c. k. starosty i c. k. lekarza powiatowego.

8. Każdy lekarz okręgowy ma prawo żądać w roku 14 dni urlopu, a zastępca jego pobiera z funduszu krajowego wynagrodzenie w stosunku do poborów lekarza stałego.

9. Przy obsadzeniu w drodze konkursu posad opróżnionych pierwszeństwo mają lekarze okręgowi już w służbie stałej będący, a po otrzymaniu tej posady nie tracą oni poprzednio nabytego prawa stabilizacyi.

10. Obowiązkowe objazdy okręgu mają się odbywać tylko dwa razy do roku.

11. W każdym powiecie ma być ustanowiona komisya zdrowotna, do którejby wchodzili wszyscy lekarze okręgowi.

12. Lekarze okręgowi mają każdego roku w jednym okręgu szczepić, jeżeli nie we własnym, to w innym, a do komisyi w sprawach sanitarnych, objętych §§. 3 i 4 ustawy państwowej z 30-go kwietnia 1870 (dz. pp. 68), nie c. k. lekarze powiatowi, lecz lekarze okręgowi mają być wzywani za osobnem wynagrodzeniem od stron, względnie ze skarbu państwa.

W końcu żądają lekarze okręgowi w swej petycyi unormowania opieki nad ubogimi i przyznania tym lekarzom prawa zapisywania lekarstw na koszt funduszów publicznych (t. j. państwa i kraju) ubogim chorym, dotkniętym chorobą zakaźną, chociażby jeszcze nie mieli wezwania ze strony władzy politycznej leczenia tych chorych na koszt publiczny.

Zdaniem c. k. krajowej Rady zdrowia, w projekcie tym lekarze okręgowi zbyt mało zwracają uwagi na możność rozwinięcia swej działalności leczniczej, a głównie starają się o rozszerzenie swych czynności w kierunku wykonywania policyi sanitarnej. A ponieważ na tem polu nie spodziewają się poparcia ze strony wydziałów powiatowych, domagają się zcentralizowania całej instytucyi lekarzy okręgowych w wydziale krajowym, tak dalece, że chcą przyznać wydziałom powiatowym jedynie prawo przedstawienia terna do nominacyi lekarza okręgowego i częściowe prawo wykonywania władzy dyscyplinarnej nad nim przez marszałka w komisyi dyscyplinarnej.

Jeżeli się zważy, że w ostatnich ośmiu latach jedynie za inicyatywą wydziałów powiatowych i głównie z funduszów zebranych staraniem tychże wydziałów wybudowano nowe budynki szpitalne dla już istniejących szpitali w Tarnopolu, Sokalu i Śniatynie (razem na 210 łóżek), że utworzono nowe szpitale i wybudowano dla nich nowe budynki w powiatach cieszanowskim, przemyślańskim, husiatyńskim, gorlickim, kałuskim, dolińskim, krośnieńskim, skałackim, turczańskim tak, iż przeszło 600.000 kor. w ośmiu latach wydano na budowę szpitali, że się nadto zebrało staraniem wydziałów powiatowych dość już znaczne fundusze na budowę szpitali w Bóbrce, Kosowie, Starym Samborze, Trembowli i w. i., trudno wydziałom powiatowym zaprzeczyć należytego zrozumienia potrzeb sanitarnych ludności. Odebranie więc tym wydziałom wpływu na rozwój gminnej służby zdrowia byłoby zdaniem kraj. Rady zdrowia wielkim błędem. Przeciwnie, należy pójść za tą wskazówką, w jaki sposób wydziały powiatowe chcą ułatwić ludności swych powiatów zasięganie pomocy lekarskiej i poczynić takie urządzenia sanitarne, aby nietylko w szpitalach ludność mogła o ile możności jak najłatwiej, najtaniej i jak najlepiej otrzymać pomoc lekarską.

Lekarz dzisiejszy nie może wozić ze sobą przyborów do badania ginekologicznego, okulistycznego, odczynników chemicznych, wzierników, narzędzi chirurgicznych, środków opatrunkowych, a gdyby nawet miał to wszystko przy sobie, bardzo często w mieszkaniu chorego brak najniezbędniejszych warunków badania, leczenia lub opatrunku. Kończy się więc najczęściej na przepisaniu recepty, której bardzo często nasz wieśniak do apteki nie zaniesie, a jeżeli przyniosą mu lekarstwo na koszt funduszów publicznych do domu, można często przy następnej wizycie zobaczyć lekarstwo nietknięte.

Dlatego każdy lekarz gminny i okręgowy powinien mieć kosztem gminy lub powiatu urządzony lokal ordynacyjny, opatrzony w niezbędne przyrządy do badania chorych, do leczenia i opatrywania ran według zasad nowoczesnej nauki. W takiem ambulatoryum będzie lekarzowi nierównie łatwiej nieść pomoc większej ilości chorych, ale nawet w wielu razach tylko w takim lokalu niesienie pomocy lekarskiej będzie jedynie możliwem. Gdyby nie wiedzieć, jak często odwiedzał on gminy swego okręgu, to straci bardzo wiele czasu i sił na podróże, a przecież będzie mógł co najwięcej odwiedzić w jednym dniu dwie lub trzy gminy, podczas gdy inne gminy z jego pomocy nie będą mogły korzystać. Jeżeli zaś będzie wiadomo, że codziennie jest on o pewnych stałych godzinach w lokalu ambulatoryjnym, wtedy mogą wszyscy chorzy z chorobami chronicznemi z całego okręgu codziennie być u lekarza. Do wyjazdu do chorych gorączkowych i nie możliwych do transportu pozostanie lekarzowi jeszcze dość czasu w ciągu dnia.

Niezbędną jest jednak rzeczą, aby w naszym kraju, podobnie jak we wszystkich innych, została uregulowaną w drodze ustawowej opieka nad ubogimi, ażeby było postanowionem, kogo za ubogiego uważać i do jakich świadczeń obowiązane jest dla takich ubogich społeczeństwo, względnie gmina, powiat lub kraj. W dzisiejszych stosunkach najlepsze chęci lekarza gminnego i okręgowego rozbijają się o ten brak opieki nad ubogimi.

Podróże urzędowe lekarza okręgowego powinny ograniczyć się do dwóch odwiedzin w roku każdej gminy swego okręgu i na ten cel powinien on pobierać ryczałt, łatwo obliczyć się dający dla każdego okręgu. Wszystkie inne podróże na wezwanie gmin lub obszarów dworskich powinny być osobno płatne w sposób, który powinno oznaczyć rozporządzenie wykonawcze do krajowej ustawy sanitarnej.

Krajowa Rada zdrowia sądzi, że pierwsze urządzenie lokalu ambulatoryjnego dla lekarza gminnego lub okręgowego nie powinno kosztować więcej nad 400 koron, a koszta dalszego utrzymania jego będą zależały od tego, czy gmina lub powiat posiada odpowiedni lokal własny. A ponieważ już na zasadzie §. 18 obecnie obowiązującej ustawy gminy, utrzymujące własnych lekarzy, są obowiązane utrzymywać lokale na pomieszczenie chorych bez przytułku, można niewielkim kosztem przez rozszerzenie tych lokali utworzyć ambulatorya dla chorych przychodzących. Bądź co bądź wydatek będzie nieznaczny, a korzyść dla chorych ogromna, i nie można wątpić, że wydziały powiatowe, tak jak chętnie budują szpitale, tem chętniej urządzą lokale ambulatoryjne. Wobec zakorzenionego u naszego ludu wstrętu do leczenia szpitalnego, leczenie ambulatoryjne znajdzie u ludu zaufanie i chętne poparcie pieniężne w wydziale powiatowym także przez członków włościańskich.

Dlatego też kraj. Rada zdrowia nie może przychylić się do wniosku lekarzy okręgowych, aby odjąć wydziałom powiatowym wpływ na instytucyę lekarzy okręgowych i podporządkować ją całkowicie pod wydział krajowy. Na to trudniej się tembardziej zgodzić, — o czem lekarze okręgowi w swym projekcie zapomnieli, — że przecież na zasadzie tej samej ustawy istnieje obecnie w kraju 76 lekarzy gminnych, którzy podlegają wyłącznie naczelnikom gmin i którzy nie żądają zmiany w tym kierunku: gdyby stosunek ten został zmieniony wbrew obopólnemu życzeniu, w takim razie mogłaby nawet ucierpieć tylko rzecz sama.

Jesteśmy z całem uznaniem dla działalności wydziału krajowego około rozwoju krajowych zakładów leczniczych, ale każdy przyzna, że gdyby to zależało wyłącznie od wydziału krajowego, nie byłoby powstało w ośmiu ostatnich latach dwanaście szpitali prowincyonalnych, nadto jeden gminny (w Jarosławiu kosztem 300.000). Gminy i powiaty znają i czują najlepiej swe potrzeby sanitarne i im łatwiej na zaspokojenie tych miejscowych potrzeb zbierać dobrowolne datki i ofiary.

Wydziałowi krajowemu pozostaje prawo zatwierdzania nominacyi tych lekarzy, do których płacy potrzebną jest subwencya z funduszu krajowego, stosownie do postanowień obowiązującej krajowej ustawy sanitarnej.

Ażeby zaś te nieliczne wydziały powiatowe, które mimo dziesięcioletniego okresu nic dotychczas nie zdziałały dla organizacyi gminnej służby zdrowia, zniewolić do działania, należałoby w ustawie oznaczyć jakiś termin, po którego upływie wydział krajowy w porozumieniu z c. k. namiestnictwem będzie miał prawo ustanowić okręg sanitarny, rozpisać konkurs i na koszt funduszu powiatowego zamianować lekarza okręgowego. Takie postanowienie znajdujemy w ustawie normującej gminną służbę sanitarną w Austryi Górnej, że jeżeli reprezentacya gminna nie zamianuje lekarza w terminie oznaczonym przez wydział krajowy w porozumieniu z c. k. namiestnictwem, w takim razie obie te władze w porozumieniu mianują lekarza gminnego, względnie okręgowego. W ustawie styryjskiej (§§. 11 i 12) znajduje się postanowienie, że jeżeli do roku od wezwania wydziału krajowego gmina ani sama dla siebie, ani wspólnie z innemi gminami nie ustanowi lekarza, w takim razie wydział krajowy wraz z namiestnictwem postanawiają, w jaki sposób ma być w tej gminie urządzoną gminna służba zdrowia.

Z całym naciskiem zaznaczyć należy, że w żadnej ustawie o urządzeniu gminnej służby zdrowia w krajach koronnych, reprezentowanych w austr. Radzie państwa, niema — z jedynym wyjątkiem Galicyi — postanowienia, że tworzenie okręgów sanitarnych postępować będzie stopniowo, w miarę rozporządzalnych sił lekarskich i z uwzględnieniem sił finansowych powiatów i kraju, że Sejm krajowy uchwali na wniosek wydziału krajowego, uczyniony w porozumieniu z c. k. namiestnictwem, ile okręgów sanitarnych ma być utworzonych w następnym roku, i że pomnożenie liczby okręgów zależy od dalszych uchwał Sejmu (§. 4 ustawy naszej). W ciągu lat dziesięciu zostało utworzonych 128 okręgów, niespełna 13 przeciętnie w roku, podczas gdy we wszystkich innych krajach koronnych, w których tylko organizacya została wprowadzoną, dokonano jej odrazu; rozumie się obsadzono posady w miarę rozporządzalnych sił lekarskich, tak np. w Styryi z 309 okręgów sanitarnych w roku 1896 jeszcze ⅓ część, t. j. 104 nie było obsadzonych, w Austryi Dolnej 27 na 463, w Austryi Górnej 18 na 246.

Dlatego byłoby i u nas bardzo pożądanem, aby nie oglądano się zbyt trwożliwie na siły finansowe kraju, gdy chodzi o wydatek na lekarzy okręgowych, bo nasuwa się pytanie, czy może właśnie dlatego jesteśmy tak biedni, że nie dbamy o zdrowie, że wolimy ponosić bardzo znaczne koszta pogrzebów, niż koszta organizacyi służby zdrowia w gminach. Wyżej wykazaliśmy liczbami, jak daleco zmniejszyła się śmiertelność w Galicyi w stosunku do ludności w ostatniem 10-leciu (1890—1900), t. j. iż spadła z 32·7‰ do 27·59‰. Tu podajemy, że gdyby w roku 1900 była taka sama śmiertelność, jak w roku 1890, t. j. 32·7‰, umarłoby 238.546 osób, ponieważ zaś umarło tylko 201.310, więc o 37.236 mniej tak, iż w ciągu jednego roku przez zmniejszenie się śmiertelności kraj miał o 37.236 mniej pogrzebów. (Dokończenie nastąpi).

Kilka uwag nad okólnikiem c. k. Namiestnictwa, odnoszącym się do sprawy tłumienia chorób kiłowych w powiatach nadworniańskim i kosowskim.

W przedostatnim numerze „Przeglądu lekarskiego“ przeczytałem okólnik c. k. Namiestnictwa do lekarzy, w sprawie tłumienia chorób „syfilitycznych“ w powiatach kosowskim i nadworniańskim. Sprawę nizkiego wynagrodzenia lekarzy Szanowna Redakcya już w dopisku napiętnowała, dlatego rozwodzić się nad nią nie będę; ze swej strony dodam tylko, że wątpię bardzo, czy znajdą się „desperaci“, którzyby za tak mizerną płacę zechcieli pełnić tak trudne i odpowiedzialne zadanie.

Pragnę zastanowić się nad pytaniem, czy sposoby, podane w okólniku do zwalczania rozpowszechnionej na obszarze dwóch powiatów kiły, wogóle do celu doprowadzić mogą.

Osobiście okolicy tej nie znam, a tem samem i stopnia oświaty ludności tam mieszkającej; z tego jednak, że choroby weneryczne szerzą się tam gwałtownie i trwają od dłuższego czasu, wnosićby należało, że to lud biedny, ciemny, zaniedbany umysłowo i moralnie, i chyba wyjątkowo szukający porady lekarskiej. Zaznaczam to wyraźnie, gdyż w dalszym ciągu moich wywodów będzie to potrzebne.

Niewiem, kto układał okólnik, sądzę jednak, że napewno nie był to syfilidolog. Ażeby leczyć ze skutkiem ludność, dotkniętą epidemicznie chorobami wenerycznemi, a zdrowych dotychczas uchronić od zakażenia, na to potrzeba przedewszystkiem odosobnić chorych od zdrowych, i leczyć tych chorych w urządzonych na ten cel szpitalach lub oddziałach dla chorób wenerycznych. Do zbadania rozmiaru epidemii i oddzielenia chorych należy wydelegować Komisyę, w skład której powinien koniecznie wchodzić doświadczony specyalista, a po dokonaniu tej czynności należy zarządzić skierowanie chorych jak najprędzej do oddziałów wenerycznych, na ten cel urządzonych. Nie znam warunków miejscowych i dlatego nie będę się zastanawiać nad tem, ile takich szpitali i gdzie urządziéby należało; to tylko wiem, że za pieniądze takie rzeczy zrobić się zawsze dadzą, a pieniędzy tych szczędzić nie należy, jeśli mamy rzeczywistą pomoc przynieść ludności tych powiatów. Nigdzie nie wspomniano w okólniku o jakimkolwiek szpitalu, a natomiast czyta się ciągle o objazdach peryodycznych o bezpłatnem leczeniu chorych „syfilitycznych“ w miejscu siedziby i td., zupełnie tak, jakby obmyślano plan wielkiej kampanii, a nie zaopatrzono wojska w najniezbędniejszą broń i inne warunki skutecznej walki. Dlaczego uważam leczenie chorych wenerycznych w szpitalu za *conditio sine qua non* stłumienia chorób wenerycznych, domyśleć się łatwo, a zapatrywanie moje potwierdzi każdy lekarz, zajęty jakiś czas w oddziale chorób wenerycznych lub w klinice. W krakowskim powiecie, gdzie tak wyrobnicy, jak i wieśniacy pod względem poziomu umysłowego stoją niewątpliwie znacznie wyżej, niż ludność wspomnianych powiatów, nie leczy się chorób wenerycznych, a w szczególności kiły, ambulatoryjnie, a tylko w szpitalu, względnie w klinice, a to z dwóch względów: raz, aby chorób tych nie udzielali zarażeni otoczeniu, a powtóre, że nie ma się najmniejszej rękojmi, że leczenie takie chory w domu przeprowadzi należycie i w celu kontroli będzie się zgłaszał w dniach oznaczonych. Wiemy, że rtęć w leczeniu kiły jest mieczem obosiecznym, że czasem po wtarciu małej ilości szaruchy występują groźne objawy zatrucia, które chory nieinteligentny uważa za objawy kiły i wciera maść dalej, pogarszając swój stan. Znane są nawet przypadki zejścia śmiertelnego. Czy chorzy we wspomnianych powiatach będą mogli u siebie w domu przeprowadzić z korzyścią leczenie wcieraniami, czy będą starali się o utrzymanie czystości jamy ustnej, czy będą ciemne i brudne mieszkania przewietrzać, czy będą się należycie odżywiać przy leczeniu rtęcią i zkąd wezmą środków na to dobre odżywienie ci biedacy? Pytania te zostawiam bez odpowiedzi, bo tylko jedna być może.

Pozostają jeszcze wstrzykiwania podskórne i głębokie przetworów rtęciowych. Pominąwszy, że przy tem leczeniu należy również zachowywać wspomniane przepisy, a nadto ze strony lekarza trzeba pewnej technicznej wprawy, aby nie wywołać u chorych ropni po wstrzyknięciu, nie odważyłbym się ludu wiejskiego leczyć tym sposobem. Rozejdzie się zaraz wieść, że chorych „kłują“, że im wstrzykują pod skórę „truciznę“ i lwia część w ten sposób leczonych, podczas objazdów lekarza ukryje się, a druga odważniejsza stawiać będzie opór lekarzowi, a opór ten, jak doświadczenie podczas innych epidemij uczy, nie zawsze będzie bierny: leczenie zaś pod grozą bagneta i powagą pikelhauby pożytku nie przyniesie, a spowoduje tylko rozgoryczenie ludu do władzy. Podczas tłumienia cholery mieliśmy liczne tego przykłady.

Jedynie niektóre przypadki kiły trzeciorzędnej późnej możnaby leczyć ambulatoryjnie i to te, gdzie wystarcza leczenie przetworami jodowymi. Nadto, jak wiemy, jad tych zmian późnych nie przedstawia dla otoczenia niebezpieczeństwa przenoszenia choroby.

Spodziewać się należy, że prócz kiły i przypadki rzeżączki będą tam dość liczne: wiadomo, że choroby weneryczne, jeśli gdzie grasują, to wszystkie razem. Czy chorzy na rzeżączkę potrafią na własną rękę w domu robić wstrzykiwania, zachować przepisy dyetetyczne, a w danym razie położyć się do łóżka, gdy przyjdą powikłania choroby?

Pozostaje więc tylko leczenie w szpitalach. Jak te szpitale urządzić, to jest rzeczą władzy i zaproszonych do narady specyalistów; należy dać ludowi to, co mu się należy i nie żałować przytem pieniędzy. Na lekarzy takich szpitali nie potrzeba zdaniem mojem koniecznie specyalistów: wystarczy jeden specyalista na powiat, który będzie objeżdżać i zwiedzać szpitale, ordynować leczenie i kontrolować przebieg choroby. Drugi specyalista, jeśliby tamten był pracą przeciążony, powinien od czasu do czasu ze specyalną komisyą objeżdżać gminy i badać ludzi, uznanych przy poprzednim

objeździe za zdrowych, już choćby z tego względu, że okres utajenia kiły trwa dosyć długo, że zmiany ogólne dają dość długo na siebie czekać.

Ale też działalność lekarzy i leczenie w szpitalach powinny się rozciągnąć na kilka lat, jeśli mamy plon zebrać z pracy. Należałoby sporządzić dokładny spis chorych, zakażonych kiłą, a po pierwszem leczeniu szpitalnem peryodycznie ich badać i w razie nawrotu choroby poddać ich znowu leczeniu szpitalnemu.

Gdyby się na razie nie dało ze względów technicznych stworzyć szpitali dla wenerycznych we wspomnianych powiatach, lub gdyby do urządzenia ich trzeba dużo czasu, to najprostszem byłoby skierowanie tych chorych do szpitali krajowych, gdzie już łatwiej w istniejącym budynku szpitalnym oddział taki utworzyć, czy rozszerzyć; transport chorych będzie kosztować o wiele mniej, niż objazdy lekarskie w owych gminach, a co najważniejsza, że tego rodzaju poważne wzięcie się przyniesie korzyść chorym.

Uwagami memi chciałbym zwrócić uwagę nie tylko lekarzy, ale i władzy, by pieniędzy nie trwoniono tam, gdzie z góry przewidzieć można, że akcya podjęta przez władze w sposób podany w okólniku na nic się nie przyda. *Dr. Żydłowicz.*

W sprawie nowego rozporządzenia c. k. Namiestnictwa przy szczepieniu ospy.

Dnia 20 marca b. r. wysłało Towarzystwo samopomocy lekarzy następujące pismo do c. k. Namiestnictwa we Lwowie:

„C. k. Namiestnictwo we Lwowie poleciło lekarzom galicyjskim reskryptem z dnia 21 stycznia 1902 L. 141863, aby już w bieżącym roku przeprowadzili szczepienie ospy przy ścisłem przestrzeganiu zasad aseptyki, podanych przez Paulego, dodając że „rozumie się samo przez się, iż wydatki na narzędzia i przybory do postępowania tego potrzebne ponieść mają z własnych funduszów", oraz żądając, aby reflektujący na szczepienie przedłożyli pisemne oświadczenie, że zastosują się do wymaganych warunków.

Wobec tego zwróciło się wielu członków Towarzystwa samopomocy lekarzy do Wydziału z prośbą o przedstawienie Wysokiemu c. k. Namiestnictwu, że zastosowanie się na koszt własny do tego słusznego w zasadzie rozporządzenia, obciąża w wysokim stopniu lekarzy, którzy przy dzisiejszem zbyt małem wynagrodzeniu za szczepienie nie byliby po prostu w stanie temu podołać.

Czyniąc zadość życzeniom tym w myśl obowiązków, nałożonych na nas przez § 3 statutu Towarzystwa, ośmiela się Wydział Tow. samopom. lek. przedłożyć w imieniu swych 400 galicyjskich członków następującą prośbę Wysokiemu c. k. Namiestnictwu:

1. Aby podobnie, jak krowianki, dostarczano lekarzom szczepiącym eteru siarczanego i opatrunków, jakich wymaga reskrypt.

2. Aby dostarczono im jednorazowo aparatów, zestawionych według Paulego, które przy masowem zamówieniu w fabryce krajowej wypadłyby taniej, niż sprowadzane pojedynczo od Odelgi w Wiedniu.

3. Aby uwzględniając, że zmienione w ten sposób postępowanie przy szczepieniu wymagać musi więcej czasu, większej staranności, a nawet w wielu razach odpowiedniej asysty, podwyższono lekarzom dotychczasowe zbyt niskie wynagrodzenie za szczepienie.

4. Aby zwolniono lekarzy od obowiązkowego przedkładania ścisłego chronologicznego planu szczepienia w poszczególnych miejscowościach".

Kraków, dnia 20 marca 1902 r.

Dr. Adam Langie m. p. Sekretarz Towarzystwa — *Prof. Dr. H. Jordan m. p.* Prezes Towarzystwa.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 27 marca.

* Towarzystwo lek. krakowskie odbyło d. 19 b. m posiedzenie zwyczajne, na którem zapadła doniosła uchwała rozpoczęcia druku »Słownika lekarskiego«. Tow. lekarskie położyło raz jeszcze nacisk, ażeby Komisya terminologiczna w sprawach wątpliwych i zasadniczych oparła się na opinii Akademii Umiejętności. Druk »Słownika« w 1500 egzemplarzach rozpocznie się zaraz po Świętach wielkanocnych.

Następnie uchwaliło Towarz. lekar. poprzeć u rządu i u Koła polskiego projekt »Towarz. samopom. lekarzy«, zmierzający do przymusowego ubezpieczenia lekarzy.

Posiedzenie zakończył odczyt kol. prof. Bujwida p. t.: »Woda i wodociągi krakowskie«. Ożywiona, ściśle naukowa dyskusya, wyjaśniająca wszystkie zarzuty higieniczne i techniczne, nie powinna zostawić w umysłach członków zgromadzenia najmniejszej wątpliwości co do wielkiego znaczenia wodociągów krakowskich dla zdrowia mieszkańców naszego miasta.

* (R) Towarzystwo lekarskie lwowskie odbyło d. 14 b m. wspólnie z Tow. pedagogicznem, higienicznem, Tow. nauczycieli szkół wyższych i Tow »Sokół« posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. dr. Piasecki wygłosił odczyt: »O reformie wychowania fizycznego«.

Na posiedzeniu zwyczajnem dnia 21 b. m. kol. prof. dr. Beck demonstrował przyrząd projekcyjny w zastosowaniu do fizyologii.

* Niektóre wiedeńskie czasopisma lekarskie wypowiedziały już swoje zdanie o projekcie przymusowego ubezpieczenia lekarzy w Austryi, wniesionym do rządu i do parlamentu przez krakowskie Towarzystwo samopomocy lekarzy: »Allgemeine Wiener Medic. Zeitung« pisze: »petycya krak. Tow. samopomocy lekarzy zasługuje na to, ażeby była najdojrzalej i najpoważniej rozważoną przez władzę, a wszystkim Izbom lekarskim rakuskim przypada naglący obowiązek poparcia jej«. Redakcya »Medicinisch-chirurgisches Zentralblatt« oświadcza: »witamy jak najżywiej tę inicyatywę krak. Towarz. samopomocy lekarzy i mamy nadzieję, że wszystkie Izby lekarskie monarchii do niej się przyłączą«.

* Kursa farmakognozyi wraz z toksykologią, chemii, medycyny sądowej i higieny dla pp. kandydatów do egzaminu rządowego w terminie wiosennym b. r. rozpoczną się d. 4 kwietnia.

* Starostwo krakowskie uprasza pp. lekarzy, ażeby o przypadkach chorób zakaźnych w powiecie nie donosili do magistratu m. Krakowa, lecz wprost do starostwa, a to głównie w celu zyskania na czasie.

* Lekarze powiatowi: Dr. Wład. Czyżewicz i Dr. Miecz. Marynowski mianowani starszymi lekarzami powiatowymi.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich otrzymali 1) w Uniw. Jagiellońskim: Józef Wachowicz, Aron Silberman i Saul Turnheim. 2) w Uniw lwowskim: Maryan Gąsiorowski, Paweł Skrowaczewski, Kazimierz Orzechowski, Juliusz Hupert, Aleksander Zawadzki i Adam Greliński.

* Na rzecz »Towarz. samopomocy lekarzy« złożył kol. Steinberg 20 koron, jako nieprzyjęte honoraryum od kolegi-lekarza.

* Byli asystenci śp. M. Nenckiego: Dr Dzierzgowski i mag. weterynaryi Wyżnikiewicz mianowani zostali: pierwszy zarządzającym oddziałem higieny w Instytucie medycyny doświadczalnej w Petersburgu, drugi — kierownikiem oddziału badań nad dżumą w forcie Aleksandra II-go w Kronsztacie.

* Ministeryum oświaty wystosowało do wszystkich krajowych władz szkolnych rozporządzenie, polecające ciału nauczycielskiemu szkół ludowych, aby przy każdej nadarzającej się sposobności pouczało młodzież o szkodliwości dla zdrowia używania wyskoku. Jednocześnie zarządzono kroki celem ułożenia w tej sprawie broszury, przeznaczonej dla młodzieży.

* W ciągu jesieni tegorocznej odbędą się w Brukseli dwa Zjazdy doniosłego znaczenia, mianowicie: w sierpniu odbędzie się międzynarodowy Zjazd »dla polepszenia losu ociemniałych«, w szczególności zaś roztrząsane będą pytania, tyczące się przyczyn ślepoty i ich zwalczania, dalej — sposobu uczenia i wogóle kształcenia ociemniałych wreszcie — pytania co do wyboru najodpowiedniejszego dla nich sposobu zarobkowania. Drugi Zjazd odbędzie się od 1 do 6 września i dotyczyć będzie doniosłej sprawy zapobiegania chorobom kiłowym i wenerycznym.

* Zjazd południowo-niemieckich laryngologów odbędzie się w Heidelbergu d. 19 maja b. r.

* IV-ty międzynarodowy Kongres ginekologiczny i położniczy odbędzie się w Rzymie od 15 do 21 b. r. pod przewodnictwem Pasquali i Pestalozzi.

* Powszechnie zwrócono uwagę, że podczas Międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Paryżu Komitet gospodarczy w przyjęciach członków Zjazdu był nadzwyczaj wstrzemięźliwy. Nic też dziwnego, że ma, dziś kłopot z nadwyżką, która po spłaceniu wszystkich wydatków wynosi okrągłe 40.000 franków. Narazie postanowiono z odsetków od tej sumy przeznaczać co 3 lata po 3.000 fr. każdemu z następnych Zjazdów międzynarodowych, na cel, który później się będzie oznaczać.

* Rosyjskie czasopisma lekarskie zawierają ogłoszenia »rosyjskiego instytutu dla konsultacyj lekarskich w Berlinie« o mających nastąpić w letniem półroczu b. r. bezpłatnych odczytach w tymże instytucie wyłącznie dla lekarzy rosyjskich. Prelegentami mają być najpierwsze

powagi berlińskiego uniwersytetu, mianowicie: Boas, Bagiński Landau, Lassar, Ewald, Leyden, Eulenburg, Mendel, Bergmann i Posner. Jeden z czytelników rosyjskich wiedeńskiej »Klinisch-Therapeutische Wochenschrift« wzywa redakcyę tego tygodnika do wypowiedzenia swego zdania ze stanowiska etycznego o tych kursach dla lekarzy rosyjskich. Redakcya zwróciła się do wszystkich wymienionych profesorów z prośbą o udzielenie wyjaśnień w tej sprawie. Że wszystkich zapytanych odpowiedział tylko jeden, a z jego listu wynika, że ogłoszenia w rosyjskich dziennikach nastąpiły z ich wiedzą i wolą. Redakcya »Klin.-Therap. Wochenschrift« Nr. 11 czyni uwagę, że jest to rzecz poniżająca dla całego stanu lekarskiego, ażeby tak wybitne powagi zarządzały odczyty w instytucie bez wszelkiego znaczenia naukowego i to jeszcze w tak przejrzystym celu, a kończy następującą ironiczną apostrofą do lekarzy praktycznych: »wy uznojeni pionkowie, walczący o chleb powszedni, których za bylejakie wykroczenie przeciw etyce zawodowej okładają karami Izby lekarskie, idźcie do tych nowoczesnych Aten nad Spreą i uczcie się od książąt naszego stanu nie tylko jak się naukę robi, lecz i jak się ją spienięża.

Mianowania i odznaczenia. Prof. Albert Hoffa mianowany został kierownikiem instytutu ortopedycznego w Berlinie. Doc. Kimla mian. został nadzw. prof. patolog. anatomii w czeskim uniw. w Pradze. Czasowym zastępcą Kaposiego został doc. Kreibich. Dr. Schattenfroh mian. prof. nadzw. higieny w Wiedniu. Docenci wiedeńscy: Mannaberg i Fronz otrzymali tytuł prof. nadzwyczajnych.

Nekrologia. Dr. Ludwik Ziembicki, lekarz pułkowy, zmarł w Abbazyi, licząc l. 40. Dr. Jarisch, prof. dermatologii w Gracu, zmarł w 52 r. życia. Oprócz licznych monografij z zakresu histologiczno-dermatologicznego, wydał bardzo cenny podręcznik: »Lehrbuch der Hautkrankheiten«. Jako lekarz i nauczyciel zażywał zasłużonej sławy.

Bibliografia:

Dr. I. H. Spiegelberg (Monachium) **Wesen und Behandlung der Krämpfe im Kindesalter.** (*Würzburger Abhandlungen.* Nakładem Stubera (Kabitsch) w Würzburgu).

Jakkolwiek w broszurce tej (o 28 stronicach) nie znajdujemy nic nowego, to jednak powinna się ona dostać w ręce lekarzy, gdyż omawia w formie systematycznej i starannie opracowanej ten zbyt często w wieku dziecięcym występujący objaw. Autor dzieli drgawki na objawowe i czynnościowe. Pierwsze bywają spowodowane przez zmiany organiczne w układzie nerwowym ośrodkowym lub obwodowym, w drugich zaś zmian tych brak. Następnie autor omawia patogenezę i objawy pojedynczych postaci chorób, występujących z drgawkami, a wreszcie ich leczenie. Co się tyczy leczenia to nie mógłbym się zgodzić z autorem, że sposobu Flechsiga, tj. kombinacyi bromu i makowca, u dzieci stosować nie wolno ze względu na niebezpieczeństwo zatrucia; doświadczenie moje, nabyte przy stosowaniu tego sposobu, przemawia przeciwnie za tem, że dzieci znoszą dobrze makowiec, nawet względnie w znaczniejszych dawkach, lecz stopniowo podawanych i stopniowo zwiększanych. *Dr. Jan Landau.*

— *Gazeta lekarska* Nr. 12. Rzętkowski: O cytotoksynach. Mieczyński: Kilka uwag krytycznych w sprawie dokonywania embryotomii. H. Cybulski: O użyciu żelatyny, jako środka hemostatycznego w krwotokach płucnych.

— *Medycyna* Nr. 12. Goldflam: Dalsze uwagi nad porażeniem astenicznem, wraz z wynikiem badania pośmiertnego jednego przypadku. (Dr. E. Flatau) (dok.).

— *Kronika lekarska* Nr. 6. Eichler: Przypadek pierwotnego zapalenia opon mózgowych z zejściem pomyślnem.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 3. Bądzyński: O składzie chemicznym wódek sprzedawanych w Galicyi na podstawie rozbioru prób nadesłanych z 48 powiatów.

— *Przegląd felczerski* Nr. 6. M.: Znaczenie krocza dla kobiety i pielęgnowanie go przy porodzie. L.: »Antraks« i »karbunkul.« R.: Aseptyka i antyseptyka. Tchórznicki: Wycieczka higienistów do Przasnysza (dok.). Freilich: Masaż (c. d.). Krawczyk: W kwestyi felczerskiej. Maciejewski: Z praktyki felczerskiej.

— *Lékařské rozhledy* Nr. 3. V. Kučera: Poznamky k elektrotherapii (c. d.). Jirásek: Neuritis multiplex při tuberkulose, simulujici hemiplegii, v jednom případě kombinovaná s neuritidou civu bloudiného (dok.). Prettner: O experimentální tuberkulose a jejim léčeni (dok.)

— *Časopis lékařů českých* Nr. 12. Piťha: O therapii asphyxie u děti novorozených (c. d.). Procházka: O následcich mrtwice (dok.). Stock: O fersanu.

— *La Presse médicale* Nr. 22. Gérard Marchant: Leczenie przetok prostniczo-śródkroczowych i prostniczo-pochwowych przez zniżenie przetoki prostniczej. Oddo i Audibert: Porażenie okresowe rodzinne. — Nr. 23. Tuffier: Tętniak łuku aorty, podwiązanie worka tętniczego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 11. De Grazia: Serodyagnostyka gruźlicy. Hirschfeld i Alexander: O dotychczas nie spostrzeganym stanie w jednym przypadku ostrej (szpikowej ?) białaczki. Rosenheim: Przypadek samoistnego rozszerzenia przełyku bez zwężenia anatomicznego. Cassirer: O zesztywnieniu kręgosłupa pochodzenia mięśniowego (dok).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 12. Mars: Kilka uwag nad wycinaniem macicy przez pochwę z uwzględnieniem metody Döderleina. Várady: Badania nad źreniczym odruchem czuciowym. Vieg: Uwagi nad jednym przypadkiem żółtego zaniku wątroby i razem występującemi zaburzeniami umysłowo-nerwowemi. Decastello: O doświadczalnem przeszczepianiu nerek.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 12. Scagliosi: Badanie układu nerwowego w pyskowej i racicowej zarazie. Kaminer: O toksynemii. Joseph i Trautmann: O gruźlicy brodawkowatej skóry. Frommer: O zastąpieniu jodoformu węglem. Karewski: O niedrożności jelit z powodu kamieni żółciowych (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 11. Amann: O całkowitem wycięciu drogą laparotomijną zupełnie pękniętej macicy. Heidenhain: Barwik anilinowy, jako środek strącający białko. Schulz: Uwagi nad kwasem krzemowym. Cahen: O chirurgicznem leczeniu kurczów żołądka. Groth: Przypadek osobliwego zwężenia w jelicie cienkiem. Schlechtendahl: Zgorzel płuc po wciągnięciu (aspiracyi) kłosa żytniego. Gossner: Plamica krwotoczna w przebiegu gruźlicy narządu rodowego.

Redakcya otrzymała. Stępkowski: 12 przypadków otwarcia jamy otrzewnej przez cięcie brzuszne z powodu przewlekłych chorób przydatków macicy. L. Korczyński: O wpływie przypraw korzennych na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka. Goldbaum: Kilka uwag krytycznych w sprawie rozpoznawania raka żołądka.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 5 Kwietnia 1902. Nr. 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Szwedzki i niemiecki system gimnastyki wobec fizyologii i higieny.

(Streszczenie wykładu, wygłoszonego w Tow. lekar. lwow. dnia 6 grudnia 1901 r.).

Podał

Dr. Eugeniusz Piasecki.

Bezkrytyczne zaufanie do systemu gimnastyki Jahna, panującego dziś w środkowej Europie, silnie zachwiało się w ostatnich czasach w świecie lekarskim. Ten prąd nowy odbił się w naszem piśmiennictwie przekładem słynnego dziełka A. Mosso[1], zawierającego dosadną krytykę gimnastyki niemieckiej. Szkoda tylko, że wnioski praktyczne turyńskiego fizyologa nie są tak jasne, jak część krytyczna. Wskazuje on nam fizyologię, jako podstawę do stworzenia nowego systemu ćwiczeń cielesnych. Zgoda, lecz pedagogia nie może czekać, nie mogą również czekać lekarze, szukający w gimnastyce tyle cenionego środka higienicznego.

Tylko mglisto daje do poznania Mosso, co jawnie wypowiada Marey[2], że w swobodnych zabawach i sportach leży przyszłość wychowania fizycznego. Tak ze stanowiska zdrowotnego jak i wychowawczego w zdaniu tem musimy dopatrywać wiele słuszności. Chód i bieg, te podstawowe pierwiastki zabaw i sportów, działają korzystniej na serce, płuca i wymianę materyi, niż wiele ewolucyj gimnastycznych. W grach ruchowych ćwiczenia te są podane w postaci jaknajbardziej pociągającej. Obfitość zmian sytuacyi kształci bystrość umysłu, obcowanie zaś wzajemne uczestników oddziaływa korzystnie na popędy społeczne[3].

Mimo to wszystko trudno dziś stanąć wyłącznie po stronie metody angielskiej, której rzecznikami są Marey i Mosso. Tak ze stanowiska higieny (rozszerzenie klatki piersiowej), jak i estetycznie ważny postulat energicznego przeciwdziałania zgarbionej postawie młodzieży, tylko w małym stopniu da się osiągnąć przez swobodne gry. Naturalny, popędowy charakter ruchów przy grach pozwala też wątpić o tem, czy mogą one wystarczyć dla wyrobienia estetycznie poprawnych ruchów. Wreszcie grom brakuje pewnych postaci ruchu (skok, spinanie i t. d.), mogących przydać się w życiu praktycznem.

Te luki ćwiczeń swobodnych (gier) powinny wypełniać ćwiczenia metodyczne (gimnastyka). Zraziwszy się do systemu Jahna i identycznego prawie z nim systemu francuskiego, zaczęto, zwłaszcza we Francyi, Belgii i Danii[4], oglądać się za innym. Wynikiem było przyjęcie za podstawę we wszystkich wspomnianych krajach systemu, złożonego z gier ruchowych, oraz z gimnastyki szwedzkiej (systemu Linga). Gdy jest rzeczą prawdopodobną, że wkrótce Niemcy, a za nimi Austrya, zostaną odosobnione w swem zupełnem zapoznawaniu systemu gimnastyki szwedzkiej, wydawało mi się wdzięcznem zadaniem poznanie metody Linga u samego źródła.

Przyswoiwszy sobie dostatecznie język szwedzki, studyowałem rzecz tę tak w Instytucie centralnym w Stockholmie, jak w szkołach tamtejszych. Poznanie oryginalnego piśmiennictwa tego przedmiotu dopełniło reszty. Dziś rzec mogę, że wnioski moje nie opierają się na „wrażeniach“ z podróży, lecz na poważnem studyum.

Nie tu miejsce na obszerne rozwodzenie się nad przedmiotem, nie należącym ściśle do zakresu nauk lekarskich. Pozwolę sobie tylko na skreślenie w ogólnych zarysach równoległego zestawienia systemu niemieckiego ze szwedzkim.

Najpopularniejszym zarzutem przeciw gimnastyce niemieckiej jest jej charakter atletyczno-akrobatyczny. Produkcya nadmiaru siły i zręczności, w życiu niepotrzebnego, a dla zdrowia zupełnie obojętnego, to karygodne marnowanie czasu, któryby można wykorzystać lepiej, dbając raczej o najważniejsze narządy wewnętrzne, niż o mięśnie.

Bezdroża, na jakie nas wiedzie atletyczno-akrobatyczna gimnastyka niemiecka, są jednak czemś więcej, niż rzeczą zbyteczną, trwonieniem czasu i energii. Przypatrzmy się przedewszystkiem licznym ćwiczeniom siłowym, z powodu których czynię systemowi niemieckiemu zarzut rozwijania atletyzmu. Charakteryzują się one wyładowaniem znacznej ilości pracy w krótkim czasie zapomocą ciągłego nieprzerwanego wysiłku, w którym główną rolę odgrywają mięśnie kończyn górnych. Ztąd szczególne upodobanie do tych ćwiczeń u tych, dla których z pobudek bezwiednych czy rzekomo naukowych idealnym celem jest „silne ramię“. Ponieważ kończyna górna nie jest połączona z kręgosłupem tak silnym pierścieniem kostnym, jakim jest dla nogi miednica, silny punkt oparcia musi być dla tych wysiłków wytworzony sztucznie; dzieje się to odruchowo zapomocą t. z. „zaparcia tchu“, które w mniejszym lub większym stopniu towarzyszy każdemu ćwiczeniu siłowemu. Po głębokim oddechu i zamknięciu głośni klatka piersiowa ulega ustaleniu przez skurcz wszystkich mięśni wydechowych, tworząc w ten sposób twardy, silnie nadęty balon.

Jak niezbędnym jest ten akt dla wykonania krańcowych wysiłków, tak przedstawia jednak niemiłe następstwa z punktu widzenia zdrowotnego. Nietylko bowiem zupełnie powstrzymuje lub (w mniejszych stopniach) przynajmniej mocno zakłóca czynność oddechową, lecz wzmaga w wysokim stopniu ciśnienie w jamie piersiowej i brzusznej, po-

[1] A. Mosso: Wychowanie fizyczne młodzieży. Lwów.

[2] Travaux de la Commission de Gymnastique. Paris.

[3] Dr. E. Piasecki: Wpływ ćwiczeń cielesnych na rozwój psychiczny młodzieży. »Wiedza i Życie« 1899, XII.

[4] Congrès international de l'éducation physique. Paris 1900.

wodując często bądź wypadki doraźne, bądź powoli rozwijające się schorzenia.

Już z teoretycznego punktu widzenia wydaje się prawdopodobnem, że częste, znaczne i nagłe zwiększanie ciśnienia w pęcherzykach płucnych może wywołać rozedmę płuc. Potwierdza to statystyka, wykazująca bardzo często rozedmę u ludzi, których zawód zmusza do dźwigania ciężarów.

Wzmożenie ciśnienia w jamie piersiowej sprowadza w czasie wysiłku utrudniony odpływ krwi żylnej do serca i wzrost znaczny ciśnienia w żyłach, a spadek ciśnienia w tętnicach, tem silniejszy, im zaparcie tchu było zupełniejsze; po wysiłku następuje nagłe podwyższenie ciśnienia w układzie tętniczym. Te zmiany tłómaczą nam z łatwością pochodzenie nieszczęśliwych wypadków, uznanych za następstwo wysiłku. Lagrange[5]) przytacza wypadki krwotoków mózgowych i płucnych, pęknięcia żył rdzenia z następowem porażeniem obu kończyn dolnych; wreszcie zdarzało się nawet pęknięcie serca. Wzmożenie ciśnienia w jamie brzusznej daje często powód do przepuklin.

Prócz tych niebezpieczeństw nagłych, doraźnych, częste wykonywanie ćwiczeń siłowych prowadzić może powoli, niejako zdradziecko, do zmian trwałych w stanie odżywienia mięśnia sercowego. F. A. Schmidt[6]) tłómaczy to przypuszczeniem, bardzo prawdopodobnem, że w czasie „zaparcia tchu“ nadmiernie wzmożone ciśnienie w jamie piersiowej zacieśnia tętnicę wieńcową serca, odżywiającą ten narząd. Dzieje się to w chwili, gdy olbrzymia praca, mająca być wykonaną, stawia właśnie kilkakroć wzmożone wymagania sile serca. Następstwem tego bywa aż nazbyt często, choć nieraz po upływie szeregu lat, osłabienie serca, zwyrodnienie mięśnia sercowego i rozszerzenie jam sercowych. „Często miałem sposobność“, mówi F. A. Schmidt *(l. c)*., „badać słynnych atletów...; przeciwieństwo między więcej niż silnie umięśnioną górną częścią ich ciała a słabem, leniwo uderzającem sercem, czyniło prawie zawsze smutne wrażenie“.

Wiem, że na to wszystko zwolennicy ćwiczeń siłowych mają gotową odpowiedź, iż przytoczone fakty są tylko wynikiem „przesady“, która przecież i przy ćwiczeniach szybkościowych (cyklistyka, bieg szybki i trwały i t. p.) może ujemnie oddziaływać na serce. Jest to obrona zupełnie chybiona. Atleta nawet najumiarkowańszy musi swe serce i płuca w czasie wysiłku postawić w najniedogodniejszych warunkach, wymagając od nich równocześnie wzmożonej pracy; nie dzieje się tak przy biegu, spinaniu się na szczyty gór, lub jeździe na kole, gdzie klatka piersiowa może swobodnie rozszerzać się i odpowiedzieć w ten sposób wzmożonym potrzebom.

Nie „przesada“ ani „jednostronność“ jest tu winną, lecz sama istota ćwiczeń siłowych. Dowodu na to dostarczyli (1897) psychologowie paryscy, A. Binet i N. Vaschide[7]), poszukując związku danych cielesnych z rozwojem umysłowym młodzieży. Badania te, wykonane na 80 uczniach, wykazały, że (wbrew dotychczasowemu mniemaniu) ćwiczenia siłowe działają w kierunku wprost przeciwnym na rytm serca, niż reszta ćwiczeń cielesnych. Oto słowa tych autorów, notujące niespodziany wynik doświadczenia ze spinaniem na linie, (nie całe 3 metry długiej):... „Gdy tylko dziecko zstąpiło z liny, tętno jego przedstawiało zwolnienie przerażające i nigdy z własnej inicyatywy nie bylibyśmy się odważyli na uczynienie podobnego doświadczenia,... gdyby ono nie stanowiło części zwykłej lekcyi gimnastyki. Tętno po zejściu z liny uderza 57 razy na minutę, co czyni ubytek około 30 uderzeń... Co więcej, jest ono bardzo nieregularne co do rytmu i natężenia tak, że na 10 uderzeń 3 są silne, reszta zaznacza się bardzo słabo“.

Przytoczone wyżej przypuszczenie o ucisku na tętnicę wieńcową serca tłómaczy wcale nieźle to zachowanie się tego narządu. Ważniejszym jednak od wyjaśnienia jest wniosek praktyczny: ćwiczenia siłowe należy według możności usunąć z wychowania fizycznego młodzieży.

I oto, gdy gimnastyka niemiecka obfituje w ćwiczenia podobne (mocowania, zapasy, cały szereg ćwiczeń przyrządowych), — system Linga unika ich zupełnie. Szwedzi znają długotrwałe i energiczne skurcze mięśni kończyn górnych, lecz wykonywają je zawsze w sposób zabezpieczający swobodę oddechu. Co więcej u nich każde prawie ćwiczenie jest zarazem ćwiczeniem oddechowem, t. j. daje odpowiednie warunki i fazy do połączenia z głębokim wdechem i wydechem.

Ćwiczenia zręcznościowe gimnastyki niemieckiej, dla których uczyniliśmy jej zarzut akrobatyki, nie są tak szkodliwe, jak siłowe. Nie można jednak pominąć faktu, że bardzo znaczna ich część (wiele przewrotów, kołowrotów i t. d.) odbywa się w postawie skulonej, co oddziaływa szkodliwie na już i tak zaniedbane trzymanie się naszej młodzieży.

Drugą wadą, wspólną ćwiczeniom siłowym i wielu zręcznościowym systemu Jahna, jest ich działanie kongestyonujące. Nauka szkolna przez sam siedzący tryb życia przebywanie w źle przewietrzanych klasach, częste wzruszenia (obawa złej noty), wreszcie przez pracę umysłową, zwiększa napływ krwi do głowy. Działanie to ma wiele niedogodności zdrowotnych; między innemi stanowić ma jeden z czynników, przyczyniających się do wywołania i wzmożenia krótkowzroczności.

Gimnastyka przy rozumnym rozkładzie pracy mięśniowej dałaby się znakomicie użyć dla równoważenia tego szkodliwego wpływu. Tymczasem nasza gimnastyka czyni coś wręcz przeciwnego. Znany już akt zaparcia tchu przy ćwiczeniach siłowych utrudnia odpływ krwi od głowy; w ćwiczeniach zręcznościowych powtarza się z wielkiem upodobaniem zwieszenie głową w dół, które też nieuchronnie sprowadza wybitne przekrwienie w naczyniach głowy.

Trzecią wreszcie wadą ćwiczeń siłowych i zręcznościowych jest niekorzystny ich wpływ na umysł młodzieży. U pewnej części młodzieży ćwiczenia te, jako posiadające powab niezwykłych czynów, wysuwają się na pierwszy plan całej gimnastyki i zasłaniają sobą właściwy cel ćwiczeń cielesnych. Odznaczenie się cudami siły i zręczności, — oto cel gimnastyki dla młodzieży, zbałamuconej tym niewłaściwym doborem ćwiczeń. Sława Pytlasińskich, a nie sława koryfeuszów wiedzy, nie daje spać niektórym młodocianym adeptom nauki. Inni, poważniej myślący, zniechęcają się do gimnastyki, nie mogąc dopatrzeć się w niej rozumnego celu.

(Dok. nast.).

[5]) Lagrange: Physiologie des exercices du corps Paris 1888.
[6]) Dr. F. A. Schmidt: Unser Körper. 1899.
[7]) A. Binet et N. Vaschide: Année psychologique, vol. IV (1897.)

II. O wrodzonym wadliwym rozwoju narządów płciowych męzkich, powikłanym z histeryą.

I. Zanik prącia, jąder i moszny. II. Brak jądra prawego, lewostronne śródpowłoczne zatrzymanie jądra lewego w przewodzie pachwinowym (*retentio inguinalis integumentalis*) i brak zupełny moszny.

Podał

Dr. Stanisław Szuman.

(Ciąg dalszy).

Po tych kilku uwagach historycznych, które dotyczą fizyologicznego rozwoju narządu płciowego, przechodzimy do anomalij jego, a mianowicie do zboczeń okresu zarodkowego. Rozróżniamy tu za Kocherem zboczenia utworowe i anomalie położenia. Pierwsze mogą się odnosić tak do objętości jak i do kształtu jąder i utworów, będących z niemi w związku i mogą się znaczyć zarazem bądźto rozwojem szczątkowym narządów płciowych, bądźto zupełnym ich zanikiem; wreszcie mogą zachodzić jedno — lub obustronnie. Drugie, czyli anomalie położenia, mogą być trwałe lub przemijające i zachodzić w trzech głównych postaciach. W pierwszej, zwanej przełożeniem jąder, (*inversio testis*) jądra odbyły drogę prawidłową aż do moszny, odznaczają się jednak położeniem nieprawidłowem w tej ostatniej, zwracając przyjądrze i sieć nie ku tyłowi, lecz ku jednej ze stron bocznych, lub ku przodowi. Postać drugą charakteryzuje błędny kierunek wędrówki jąder. Rozróżniamy tu położenie łonowe (*ectopia pubica*), udowe (*ect. cruralis*), udowo-mosznowe (*cruro-scrotalis*) śródkroczne (*perinealis*) — odnośnie do tego, czy znajdujemy jądro, umiejscowione naprzeciw kości łonowej, czy w zgięciu udowem, czy w fałdzie pomiędzy moszną a udem, czy wreszcie w okolicy międzykrocza. Do postaci trzeciej należą wreszcie te przypadki, gdzie jądra zatrzymują się w jakiemkolwiekbądź miejscu prawidłowej swej drogi. Anomalię ostatnią zowiemy „zatrzymaniem się jąder“ (*retentio testis*). Do kategoryi tej zaliczamy głównie dwa rodzaje zatrzymania, mianowicie brzuszne i pachwinowe. (Por. Kocher *l. c.* str. 409—415, Englisch *l. c.* str. 544—546, Strohe *l. c.* str. 4—5, 9, 12—13).

Zanik prącia opisują Nélaton, Rizet i in. (por. Podrazki *l. c.* str. 5—6). W przypadku, spostrzeganym przez pierwszego z tych autorów, nie było i śladu prącia. U 23 letniego pacyenta, badanego przez Rizeta, który nie miał zarostu i posiadał umięśnienie wątłe z niedorozwojem prącia, nie większego jak u chłopca jednorocznego, łączył się zanik obu jąder. Niedorozwój ten narządów płciowych datował się od dzieciństwa [5]). — Inną samodzielną grupę anomalij narządów płciowych stanowią guzy wrodzone. Tu należą teratomy jąder, mające według Alberta pewne podobieństwo do torbieli skórzakowych, lub złożonych — jakby z pęcherzy, opatrzonych wysłaniem, przypominającem bądźto skórę, bądźto błonę śluzową. Ostatnie zawierają przytem treść śluzowatą. Pomiędzy poszczególnymi pęcherzami mieszczą się tkanki: tłuszczowa i łączna, nabłonek płaskokomórkowy, włosy, chrząstki, kości, gruczoły rozmaitego rodzaju: mleczny i tarczykowy, zawiązki jelitowe, barwik siatkówki niekiedy prążki mięśniowe i substancya nerwowa. Verneuil tłómaczy powstawanie tych guzów wrodzonych zamknięciem zarodka zapłodnionego w zarodku drugim; Lebert i Paget umiejscowieniem nieprzynależnem (*Heterotopia*). (Por. Albert *l. c.* str. 549. Tom III i Kocher *l. c.* str. 392—393).

Według Wilmsa torbiele skórzakowe jąder i jajników powstają, podobnie jak zarodek sam, z trójblaszkowego zawiązku pierwotnego; odznaczają się jednakże najbujniejszym rozwojem blaszki zewnętrznej. Do charakterystycznych cech i znamion ich należy ułożenie i stosunek tkanek, przypominający porządek ich prawidłowy, oraz rozwój najsilniejszy okolicy głowy i przedniej strony ciała. Wilms uważa utwory te jako wrodzone pasorzyty szczątkowe (*rudimentäre Parasiten*) narządu płciowego. Zapatrywaniom podobnym hołdują Marchand, Hanau, Kappeller Merttens, Répin, Kockel i inni (Por. Marchand. *l. c.* str. 506—509 i Wilms: München. Med. Wochschr. 1896, str. 956, Ref. v. von Notthaft).

Autorowie, zajmujący się sprawą etyologii anomalij narządu płciowego podają cały szereg przyczyn i powodów, wywołujących te nieprawidłowości. Znaczna ich część ma być pochodzenia wrodzonego i polegać bądźto na zmianach przypadkowych, bądź na niedokształceniach warunkowanych wstrzymanym rozwojem, wynikającym z nikłości zawiązku lub ze słabości twórczego popędu. (Por. Kocher *l. c.* str. 411—417 i Marchand str. 451—452). Do pierwszych zaliczają Kocher, Wood, Godard, Le Dentu i inni zlepienia otrzewnowe, nieprawidłowe położenie trzew i fałdów otrzewnowych, przyczepy skórne, przyczepy jądra, bądźto w jego położeniu pierwotnem, bądź wśród jego wędrówki, nieprawidłowy przyczep jądrowodu i inne; te ostatnie nieprawidłowości mogą być wywołane wadami kształtu narządów moczo-płciowych, lub wreszcie stosunkiem nienależytym pomiędzy nimi a otoczeniem. (Wilson, Lisfranc, Lallemand, Curling, Godard, Hunter, Brugnoni, Tuffier, Münchmeyer, Silberberg, Delasiauve, Birch-Hirschfeld, Jordan, Marsch, Pommer Lenhossek, Finotti, Küster, Rudolphi, Klebs, Sué, Berthold, Barkow, Cramer, Mayer, Wrany-Obolońska, Schmorl, Vrolik, Heppner i inni). Tu należą przypadki wierzchniactwa (*epispadiasis*), spodziectwa (*hypospadiasis*), przełożenia pęcherza i t. p., dalej zbytnia długość krezki mudowej, za wielka objętość przyjądrza, krótkość przewodu nasiennego, wązkość kanału pachwinowego, niedostateczna działalność mięśnia dźwigającego jądro lub rozwój niedostateczny moszny.

Godard, Le Dentu, Gosselin, Otto i inni przypisują tu pewne znaczenie etyologiczne dziedziczności. Gosselin przytacza rodzinę, w której dziad, ojciec i wnuk byli wnętrami (*cryptorchis*); Otto opisuje zdrożność jąder u dwu braci. Według Strohego znanym jest z literatury cały szereg przypadków, w których ojciec i syn cierpieli na wnętrostwo jednostronne. Goubaux, Follin i Pargoué zwrócili uwagę na dziedziczność zboczenia tego u zwierząt. (Por. Kocher *l. c.* str. 417, Strohe *l. c.* str. 19).

Więcej znanemi niż etyologia wadliwego rozwoju narządów płciowych są zaburzenia następcze tej nieprawidłowości, a zwłaszcza jej postaci, zwanej zdrożnością jąder pachwinową. (Ravoth, Kocher, Curling, Bramann, Szymanowski, Wernher, Strohe i inni). Ogólną

[5]) Wrodzone anomalie narządów płciowych żeńskich, jak zarośnięcie, połączone z brakiem zupełnym części płciowych zewnętrznych, brak jajników i t. d. opisują Marchand i inni (Por. *l. c.* str. 574).

i najgłówniejszą przyczyną zaburzeń tych jest utrudniony ruch jąder w kanale pachwinowym. Jako powody bliższe należy uważać za Strohem chodzenie, bieganie, jazdę konną lub na rowerze, pływanie, gimnastykę, spółkowanie, przywodzenie i odwodzenie, zginanie i wyprężanie, oraz cały szereg czynników innych, jak ciągnienie i tarcie jąder, tkwiących w kanale pachwinowym. — Zaburzenie następcze najczęściej tu zachodzące stanowi zanik jąder. Kocher rozróżnia zanik tłuszczowy i uwiąd włóknisty. Pierwszy bywa wywołany nieprawidłowem odżywianiem, podczas gdy przyczyną drugiego są według mniemania tego badacza prócz zaburzeń odżywczych i sprawy zapalne. Niedostateczne odżywianie zaś powodowane jest według Kochera z jednej strony zboczeniem biegu i położenia naczyń krwionośnych, z drugiej wymienionem już zahamowaniem ruchu jąder w kanale pachwinowym. Innego zapatrywania jest Finotti (Strohe *l. c.* 17—18). Autor ten, na podstawie badań drobnowidowych, które wykazały zwyrodnienie kanalików mudowych, upatruje w pierwotnem zaburzeniu utworowem przyczynę tak umiejscowienia jąder w kanale pachwinowym, jak i ich zaniku.

Innem, nie mniej ważnem i w wielu przypadkach bardzo niebezpiecznem powikłaniem wymienionej zdrożności jąder są przepukliny pachwinowe z warunkującym je lub towarzyszącym im zbiorem przypadów. Strohe twierdzi, że powstawanie przepuklin tych ułatwia przedewszystkiem rozszerzenie kanału pachwinowego, wywołane przebywającem w nim jądrem. Rozszerzenie to umożliwia bowiem przejście doń trzew lub sieci. Jako dalszą przyczynę powstawania przepuklin pachwinowych w przypadkach odnośnych uważa Strohe pozostanie otworem wyrostka pochwowego *(procesus vaginalis)*. Wyrostek ten bowiem nie zarasta nigdy [6], jak to zgodnie poświadczają spostrzeżenia chirurgów, poczynione przy operacyach na osobnikach, dotkniętych w mowie będącą zdrożnością jąder. Pewne znaczenie w powstawaniu przepuklin tego rodzaju przypisuje Strohe także własnemu ciążeniu jąder. Wisząc do pewnego stopnia swobodnie na powrózku nasiennym w niezamkniętym wyrostku pachwinowym mogą one ściągać zdaniem jego ku dołowi tak trzewa, jak i sieć. Do dalszych następczych zaburzeń przepuklin, o których mowa, należą uwięźnienia tak ich samych, jak i jąder, zbaczających z drogi fizyologicznej. Englisch sądzi że jedną z najgłówniejszych przyczyn tych uwięźnień jest wzmożona czynność tłoczni brzusznej. Przebiegają zaś one, według niego, Valettea, Scarenzioa, Strohego i innych wśród bólów daleko gwałtowniejszych, niż te, które występują przy uwięźnieniach przepuklin prostych. Bóle te rozpromieniają się w jamie brzusznej, ku okolicy lędźwiowej i udowej, łącząc się zarazem z gwałtownymi objawami zapalenia otrzewnej, wielką wrażliwością na ucisk i zwracaniem wymiocin kałowych. Radziej łączą się ze zdrożnością jąder w kanale pachwinowym zapalenia tak ich samych, jak i przyjądrza. Zapalenia te okazują niejednokrotnie charakter daleko groźniejszy, niż zapalenia jąder prawidłowo umiejscowionych. Do kategoryi tej należą przypadki Sedillota, Socina, Hamiltona, Lückego, Follina, Rolleta, Velpeaua, Larreya, Arnauda, Curlinga, Soltmanna i innych. (Por. Kocher str. 421—422, Strohe *l. c.* 12).

[6]) Wyjątek stanowią tu jedynie te przypadki, w których zamyka on się skutkiem zrostów, spowodowanych obrażeniami urazowemi.

Wielkie niebezpieczeństwo, grożące osobom posiadającym jądra zatrzymane, stanowi skłonność tych jąder do złośliwego zwyrodnienia. O smutnym tym fakcie przekonują nas dostatecznie zestawienia z piśmiennictwa, wykonane przez rozmaitych autorów. I tak Szymanowski [7]) Kahlden, Kocher, Otton, Marlier, Godard, Boekel, Düttscke, Johnson, Schädel, Langenbeck, Pirogoff i wielu innych opisują przypadki raków i mięsaków (rozpadające się co do swej istoty zasadniczej i co do swych tkanek ustrojowych na włókniste, śluzowe i ziarniste) u osobników dotkniętych pachwinową zdrożnością jąder. (Por. Kocher str. 359, 383, 423 i Strohe str. 16—17). Podzielać tu należy pod względem etyologicznym, jak słusznie zaznacza Strohe, zdanie Virchowa, że narządy wystawione swem położeniem na rozliczne urazy, okazują wielką skłonność do schorzeń, przebiegających pod postacią nowotworów. Z drugiej strony zwraca Cohnheim uwagę i na to, (Strohe *l. c.* 16), że rozwój jąder zahamowany zatrzymaniem usposabia je do zwyrodnień złośliwych. — Co do zmian gruźliczych w jądrach pachwinowych, to zapatrywania autorów rozchodzą się pod tym względem najzupełniej; podczas gdy Larrey i Robert opisują przypadki tego rodzaju, R. König zaprzecza im najzupełniej. Tego samego zdania zdaje się być i Englisch, który twierdzi, że gruźlica narządów płciowych, a w szczególności jąder, zachodzi prawie wyłącznie i jedynie przy ogólnem zakażeniu gruźliczem ustroju. (Por. Kocher *l. c.* str. 422, Strohe str. 17. Englisch str. 556—557).

W rozprawie naszej zastanawialiśmy się dotąd nad całym szeregiem zawikłań ustrojowych, łączących się z nieprawidłowościami narządów płciowych, ale i zboczenia przyrody czynnościowej towarzyszą niejednokrotnie przytoczonym schorzeniom. Jeśli rozpoczniemy tu rzecz od funkcyi jąder, jako najważniejszego czynnika ustrojowego przyrządu płciowego, to uczeni w zapatrywaniach swych na zaburzenia tych funkcyi dzielą się na dwa obozy: Kocher i Finotti n. p. (por. Kocher *l. c.* str. 431 i u Strohego str. 17—18) podnoszą częste stwierdzenie braku plemników w nasieniu *(azoospermia)* u wnętrów, dotkniętych następczym zanikiem jąder; Monod, Arnaud, Pelikan, Taylor i inni nic o braku tym wiedzieć nie chcą, przytaczając na poparcie swego zapatrywania przypadki, w których wnętry spłodzili potomstwo nawet w małżeństwie powtórnem.

Spostrzeżenia Möllera, Immingera i Beigla odnoszą się do zwierząt. Badacze ci znaleźli w zupełnie prawidłowo rozwiniętych jądrach buhajów i ogierów, dotkniętych wnętrostwem, obfitą ilość plemników. — Inny należący tu rodzaj zaburzeń czynnościowych narządu płciowego charakteryzuje się niemożnością wytrysku nasienia. Kocher rozróżnia dwa jej rodzaje: postać pierwsza tem się odznacza że osobnik nie miewa nigdy wytrysku nasienia („aspermatyzm trwały“ Schulza), podczas gdy w postaci drugiej wytryski nasienia następują lecz tylko wśród pewnych warunków; i tak zachodzą one jako zmazy nocne, a brak ich zupełnie przy spółkowaniu (aspermatyzm czasowy). (Kocher *l. c.* str. 432—435). Monod i Arnaud tłómaczą utrudnienie lub niemożność wytrysku nasienia i wynikająca z nich

[7]) Dzielny ten i zdolny chirurg nasz, któremu zawdzięczamy wartościową monografię o jądrach pachwinowych, był sam dotknięty tem zboczeniem i padł ofiarą złośliwego mięsaka jąder.

niepłodność stwardnieniem przyjądrza, wywołanem zbyt bujnym rozwojem tkanki łącznej i zamknięciem kanalików, wywodzących nasienie. Stwardnienie to powoduje w miąższu zdaniem ich następcze sprawy zwyrodnienia, które wiodą z czasem do zaniku całego jądra. Przypadki Pillieta i Bardelebena —(badacze ci znaleźli u wnętra jednostronnegozwyrodnienie włókniste jadra z najzupełniejszym brakiem miąższu prawidłowego) potwierdzają wyżej przytoczone teorye.

Przejdźmy obecnie do innej grupy zachorzeń, do cierpień przyrody nerwowej, wikłających się z pachwinowem zatrzymaniem jąder. Nasamprzód wzmienić nam tu wypada rwy, powstające w następstwie urazów. Soltmann, któremu zawdzięczamy spostrzeżenia tu należące, opisuje te rwy, jako zaburzenia występujące zwłaszcza w wieku chłopięcym. Cechują się one przedewszystkiem przerywanymi bólami jąder, dochodzącymi do tak wysokiego stopnia, że chłopcy na nie cierpiący popadają w omdlenie. — Osobną grupę zaburzeń następczych stanowi wzmożona pobudliwość ruchowa, wywołana niejako odruchowo (Soltmann) nagłemi zmianami położenia zdrożonego jądra. Tu należą kurcze czasem ograniczonej i określonej postaci, to znowu odznaczające się rozpierzchłą, ogólną przyrodą. Do ostatnich zaliczamy przypadki Besançona, Griffita, Soltmanna, Strohego, i Köllikera, przebiegające w postaci to drgawek dziecięcych, to pląsawicy, to charakteryzujące się cechami histerycznych, padaczkowych lub wreszcie histero-epileptycznych przypadów. Ciekawemi są tu spostrzeżenia Soltmanna, Strohego i Köllikera młodszego, którzy stwierdzili, jak podają, że z usunięciem zatrzymania jądra objawy padaczkowe ustają najzupełniej. Inne, zachodzące u wnętrów cierpienia nerwowe, jak mimowolne moczenie, nerwowość, niedomogę nerwową i td. opisują F. König, Besançon, Kölliker i inni.

Lecz nie dość na tem. Z wadliwym rozwojem i zwyrodnieniem narządu płciowego łączą się nie tylko, jak z poprzedzających uwag wynika, zaburzenia w pewnych określonych dziedzinach ustrojowych, ale niejednokrotnie występują tu zboczenia przyrody ogólniejszej. Do nich należy zatarcie się typu męzkiego. Rizet i Maestre de San Juan opisują przypadki, gdzie u osobników dorosłych, których jądra nie przechodziły wielkości bobu, a prącie mierzyło tylko 4—4$^1/_2$ ctm., włosy na brodzie i okolicy sromowej były albo słabo bardzo rozwinięte, albo brakowało ich najzupełniej. Ciało zaś całe wyróżniało się budową i wejrzeniem więcej kobiecem. W przypadkach Curlinga, Legoisa, Le Dentu były sutki niezwykle silnie rozwinięte, a w przypadku Urdyego wydzielały w pewnych okresach ciecz podobną do mleka. (Por. Kocher str. 407). Inny przypadek dotyczący mężczyzny z typem zbliżonym do żeńskiego *(pseudohermaphroditismus masculinus)*, opisuje Delageniere. Lekarz ten poddał pacyenta, uchodzącego za kobietę, laparotomii, chcąc usunąć nękające go bóle, wycięciem rzekomej macicy i jej przyczepów. W miejsce jednakże żeńskich narządów płciowych znalazł w okolicy pierścieni pachwinowych utwory podobne do jąder. Badanie drobnowidowe rozstrzygnęło sprawę tę na korzyść ostatnich. (Strohe *l. c.* str. 4 i 5). Besançon rozróżnia tu dwa typy wnętrów: do typu pierwszego zalicza te osobniki, których jądra odbyły wędrówkę aż do kanału pachwinowego (włączając tu także wnętrów jednostronnych), do drugiego zaś osobniki z śródbrzusznem umiejscowieniem jąder. Pierwsze mają według niego wejrzenie budowę i popęd płciowy męzki, nawet i w tych razach, gdzie nasienie ich nie zawiera plemników, — podczas gdy osobniki typu drugiego przedstawiają charakter więcej kobiecy, odznaczając się budową wysmukłą, brakiem uwłosienia męzkiego i t. d. Besançon upatruje w nich podobieństwo do rzezańców (Por. Strohe *l. c.* str. 20).

Nie ulega wątpliwości, że zaburzenia w narządach, odgrywających w życiu rodzinnem takważną rolę, jak jądra, których czynność prawidłowa jest jednym z najgłówniejszych warunków szczęścia i „spokoju domowego“, wpływać muszą na stronę duchową i umysłową człowieka niemi dotkniętego. Do anomalij psychicznych, tu się odnoszących, zalicza Strohe obłęd wywiadowczy, podsycany odnośną popularną lekturą, i hipochondryę; Besançon podnosi usposobienie fantastyczne wnętrów. F. König rozpościera zakres swych spostrzeżeń na zwierzęta, nadmieniając że tak lubownikom koni, jak i weterynarzom, znany jest oddawna fakt, że ogiery, dotknięte wnętrostwem, są zwierzętami nad wyraz złośliwemi. Najlepszym zaś i przekonywającym najzupełniej dowodem, iż złośliwość ta stoi w związku przyczynowym z wnętrostwem, jest ta okoliczność, że stają się najłagodniejszemi stworzeniami po dokonanem wytrzebieniu. Lombroso i Tuffier upatrują we wnętrostwie znamię ogólnego organicznego zwyrodnienia.

Zastanówmy się na chwilę jeszcze nad statystyką anomalij narządów płciowych, a mianowicie nad statystyką najczęściej tu zachodzącego zboczenia, t. j. zatrzymania i zdrożenia jąder. Rozmaici autorowie stwierdzili, że zachodzą one daleko rzadziej u dorosłych niż u chłopców, nowonarodzonych. Wrisberg spostrzegał w 102 badanych przypadkach tych ostatnich 12 razy wnętrostwo, 11 razy zatrzymanie jąder prawostronne, a 7 razy lewostronne. Wyniki badań odnośnych Holmsa wykazały na pięć przypadków jeden wnętrostwa. Rzadkość jego, a więcej jeszcze zatrzymania u dorosłych tłómaczy się tą okolicznością, że u wielu osobników zstępują jądra do moszny bądźto w pierwszym roku życia, bądźto przed wiekiem pokwitania, bądź też w samej porze pokwitania, a wyjątkowo nawet i w wieku późniejszym, jak o tem świadczą przypadki Godarda i Mayora. Rannes znalazł przy brance we Francyi wnętrostwo tylko 6 razy u 3,600, a Marschall w Anglii 11 razy u 10,800 badanych osobników.

Rozprawa Dütschkego (przytoczona u Strohego) poucza nas dalej, że w Austryi od r. 1870—1882 na 7.000.000 badanych uwolniono 14.000 od służby wojskowej skutkiem wnętrostwa lub zdrożenia jąder. Strohe oblicza na podstawie tych danych, że wnętrostwo, odnośnie zatrzymanie jąder dotyka 1—2‰ osobników. (Por. Kocher *l. c.* 414 i 418, Englisch *l. c.* 547, Strohe 5). (Dok. nast.).

III. O przedoperacyjnem badaniu nerek, szczególnie w kierunku ich dostatecznej sprawności czynnościowej.

Napisał
Dr. M. W. Herman.

(Dokończenie).

Wobec tych względnych ciągle wyników pożądanem było wykrycie nowych sposobów, i tym razem zwrócono uwagę

na czynność wydzielniczą nerek. Już na początku ubieglego stulecia Hahn i Rayer zwrócili uwagę na zjawisko, że ludzie, cierpiący na chorobę nerek, nie oddają po zażyciu olejku terpentynowego moczu o woni fiołków, ani też nie stwierdzali charakterystycznej woni moczu po spożyciu szparagów. Ci sami chorzy źle znosili proszek Dovera (Todd, 1857), makowiec (Charcot i Cornil), rtęć (Roberts, 1865). W dalszym ciągu Duckwort, badając wydzielanie się z moczem jodu, węglanów alkalicznych, soli sodowych i potasowych i t. d., stwierdził, że połączenia te u ludzi, dotkniętych chorobą Brigtha, wydzielają się powolniej. Chauvet spostrzegł to samo zjawisko po użyciu bromku potasowego, rtęci, siarkanu chininy i t. d. Jeden z pierwszych Gluck, modyfikując metodę Czernego, po założeniu przetoki do miedniczki nerkowej podawał chorym połączenia jodu i badał ich zachowanie się w moczu [4]). Systematyczne i zupełnie celu świadome prace w tym kierunku rozpoczynają się jednak dopiero od wprowadzenia błękitu metylenowego przez Acharda i Castaignea. Małe ilości tego barwika (0·05), podane wewnętrznie, lub podskórnie w rozczynie, wydzielają się w małej ilości z żółcią, w przeważnej części z moczem. Barwik ten w ustroju ulega zmianie o tyle, że część jego przeistacza się w chromogen, połączenie bezbarwne, które dopiero przez zagotowanie z kwasem octowym przybiera zabarwienie błękitne. Większa jednak część błękitu wydziela się niezmieniona i może być wprost wzrokiem wykryta i oznaczona ilościowo na drodze kolorymetrycznej przez porównanie z mianowanymi rozczynami. Rozczynów takich trzeba mieć 24. Nr. I. odpowiada roztworowi 1-ej części błękitu metylenowego na milion wody, nr. XXIV. zaś 1-ej cz. błęk. met. na 10.000 cz. wody. Prawidłowo chromogem wykryć można w moczu już po 15 min ; po 30 m. występuje już wyraźne niebieskie zabarwienie moczu, które następnie, potęgując się, dochodzi do *maximum* po kilku godzinach, poczem stopniowo się obniżając, trwa przez 36 do 60 godzin. W stanach patologicznych typ ten wydzielania się sztucznie do ustroju wprowadzonego błękitu zmienia się i to w rozmaity sposób:

1) Barwik pojawia się w moczu później i wydziela się przez czas znacznie dłuższy niż się to dzieje w stosunkach prawidłowych, lub też spostrzegamy zjawisko takie, że

2) mocz niebieski pojawił się w takim czasie, jak w warunkach fizyologicznych, lecz cały okres wydzielania trwał nieporównanie krócej; w końcu.

3) początek wydzielania opóźnia się, lecz mimoto zupełne wydalenie barwika z ustroju następuje w czasie krótszym, niż to bywa prawidłowo.

Nadto u ludzi cierpiących na choroby nerek spostrzegano odmienny typ wydzielania. Typ ciągły okresowy, prawidłowy zamienia się na patognomoniczny — przerywany.

Po bliższem rozpatrzeniu się w tej sprawie, niemal wszyscy autorowie przychodzą do przekonania, że wyniki, jakie uzyskać możemy przez próbę metylenową, mają bardzo względną wartość. Wielu podnosi przedewszystkiem to, że wydzielanie błękitu metylenowego, jako ciała, nie będącego wytworem przemiany materyi, lecz sztucznie wprowadzonego, nie może żadną miarą służyć nam za probierz funkcyi nerek. Następnie przekonano się, że wystarczy choćby cząstka nieznaczna, jako-tako funkcyonującego miąższu nerkowego, aby już mocz przybrał zabarwienie niebieskie. Nadto typy wydzielania się tego barwika i zachowanie się jego w różnych cierpieniach nerkowych ulegają tylu wyjątkom, że nie należy z tej strony wyczekiwać jakichkolwiek wyników rozstrzygających. Nieprzychylnie więc o tej próbie wyrażają się Lipmann, Wulf, Strauss, Senator, Burghart, A. Bagińsky i in.; z naszych autorów Majewski i Landau. Tylko we Francyi metoda ta bywa jeszcze używaną.

Jeszcze mniej korzystne sprawozdania czytamy o innych barwikach, jak o tioninie, kwaśnej fuksynie i t. d.

Najlepszą opinią cieszy się obecnie próba nerek zapomocą florydzyny. Glikzyd ten, wykryty przez Moeringa odznacza się tem, że wstrzyknięty podskórnie w ilości 0·005, wywołuje cukromocz. Na własność tę zwrócili uwagę Casper i Richter i wyzyskali ją do celów oznaczania sprawności nerek. Badania Klemperera, Acharda, Delamarea, Zuntza, Minkowskiego, Sceliga i in. wykazały, że cukromocz, zjawiający się po zadaniu tego środka, jest pochodzenia wyłącznie nerkowego. W nerkach zwierząt, na które przez dłuższy czas działano florydzyną, znachodzono w cewkach skręconych *(tubuli contorti)* zmiany anatomiczne, które niewątpliwie świadczą o tem, że cukier w moczu pojawia się tylko dzięki takiemu czynnemu współudziałowi nerek i że najprawdopodobniej florydzyna nie powoduje zaburzeń w ogólnej przemianie materyi, a sprawia tylko, że nerki stają się przepuszczalne dla cukru prawidłowo we krwi krążącego. Innemi słowy, mamy tu do czynienia z t. zw. *diabetes renalis*. Nie brak nam nawet na to kilku dowodów doświadczalnych. Zuntz odsłabniał jedną nerkę, a właściwie jej tętnicę i wstrzykując do tętnicy florydzynę, zbierał mocz z nerek oddzielnie i stwierdzał, że w moczu, zbieranym z tej nerki, której krew tętnicza zmieszaną była z floridzyną, był cukier obecny w znacznej ilości, podczas gdy mocz z drugiej nerki nie zawierał tej domieszki. Następnie Minkowski i Schabad wycinali obie nerki, wstrzykiwali floridzynę i stwierdzali, że ilość cukru we krwi bynajmniej nie wzrastała. W końcu z kilku stron równocześnie stwierdzono, że ten sztuczny *diabetes renalis* nie zależy wcale od rodzaju pożywienia i równie łatwo można go wywołać u zwierząt głodzonych jak i u karmionych wyłącznie pożywieniem skrobiowatem.

Cukrzyca po podaniu floridzyny rozpoczyna się wcześnie, gdyż już po 15—30 minutach i utrzymuje się stosunkowo krótko, gdyż tylko 3 godziny. Ilość cukru wytworzonego w tym czasie waha się w znacznych granicach, przeciętnie wedle obliczeń Acharda i Delamarea 1·75 grm. Ponieważ jednak liczba ta jest przeciętną z liczb bardzo rozległych i bardzo niestałych, przeto z samego tylko stwierdzenia obecności cukru w moczu, a nawet z jego ilości, nie możemy jeszcze nic wnosić o wytrawności czynnościowej nerek, mimo iż floridzyna jest dobrym wskaźnikiem ich sprawności. Dopiero przez porównanie ilości cukru wydzielonego w tym samym czasie przez każdą nerkę z osobna możemy przyjść do pewnych wniosków.

I z tem przeświadczeniem zbliżamy się ku końcowi: ani cewnikowanie moczowodów samo przez się, ani też za-

[4]) Świeżo w tym kierunku badał zachowanie się jodu Simonelli i wykazał, że w zapalenu nerek jod w moczu pojawia się 5 do 20 godzin później, niż w stosunkach prawidłowych (po $1^1/_2$ godz.).

dna z prób dopieroco wyliczonych bez cewnikowania moczowodów nie dają nam zadowalającej odpowiedzi na pytania, 1) czy obie nerki istnieją i 2) czy nerka druga, zastrzegając się od przypadków, niedających się przewidzieć, zdoła być czynną za obie. Ale przez połączenie obu tych metod dojść możemy do wniosków rzetelnych.

Wnioskowanie zaś z takiego skombinowanego badania stało się możliwem dopiero od czasu stwierdzenia tego faktu, ze każda nerka w tym samym przeciągu czasu wykonuje jednakową pracę, oczywiście z tem zastrzeżeniem, o ile obie nerki są zdrowe. To jest też niemała zdobycz ostatnich lat.

Więc rzeczy tak się ukształtowały, że przebieg badania w kierunku obecności i wytrawności drugiej nerki, przed zamierzonem wycięciem jednej, przedstawiać się będzie, jak następuje: najpierw przez kryoskopię krwi stwierdzamy efekt czynnościowy obu nerek równocześnie. Liczba otrzymana kierować będzie dalszem naszem postępowaniem. Jeżeli $\delta < 0{\cdot}57$, wówczas tylko wtedy myśleć będziemy o dalszem badaniu, gdy istnieją warunki wyjątkowe, mogące spowodować takie zagęszczenie krwi, mimo dostatecznej sprawności nerek. Gdy zaś istnieje brak tych wyjątkowych warunków, lepiej odłożyć dalsze badanie i zamierzoną operacyę i czekać kilka dni, czy się tymczasem stosunki nie wyjaśnią. Kiedy jednak $\delta = 0{\cdot}56$ przystępujemy do dalszego badania, a zatem na pierwszem posiedzeniu zakładamy cewniki do obu moczowodów, zbieramy mocz oddzielnie z prawej i lewej nerki i w zebranej ilości oznaczamy odsetkowo mocznik (prawidłowo około 1·6%), w innej zaś części oznaczamy Δ. Aby zebrać odpowiednią ilość moczu, wystarczy pozostawić cewniki w moczowodach przez 20—30 min. Zwykle czas ten jest dostateczny do zebrania potrzebnej ilości moczu, nie jest uciążliwy ani dla chorego ani dla lekarza, a chorego wcale nie naraża na większe niebezpieczeństwa, jak tylko na takie, jakie łączyć się mogą z ureteroskopią w ogólności

Na innem posiedzeniu zaprowadzamy znów cewniki do moczowodów w godzinę po wstrzyknięciu podskórnem floridzyny. W tym czasie wydzielanie cukru bywa najwydatniejsze. I znów w ilości moczu zebranej przez czas kilkunastu minut, oznaczamy odsetkowo zawartość cukru, używając do tego celu metody polaryzacyjnej lub którejbądź z metod chemicznych. Poprzednio już zaznaczyliśmy, że bezwzględna ilość cukru w tej metodzie nie pozwala na wyciąganie jakichkolwiek wniosków, — lecz przez porównanie ilości wydzielonej w tym samym czasie przez każdą nerkę z osobna możemy dojść do wyników, kierujących naszem postępowaniem. Casper i Richter stwierdzali np w przypadkach guzów jednej nerki ilość cukru po stronie chorej = 0%, po stronie zdrowej = 0·2% i więcej.

Przy tem skombinowanem postępowaniu zyskuje na wartości nawet próba błękitem metylenowym, kiedy uda się nam stwierdzić, że np. mocz niebiesko zabarwiony pojawia się po stronie uważanej za zdrową i szybciej i w większem natężeniu.

Tak się przedstawia stan nauki o przedoperacyjnem badaniu nerek w kierunku ich sprawności czynnościowej. Starałem się rzecz przedstawić zwięźle i tylko o tyle, o ile ona obchodzić może chirurga. Następstwem tego było, że trzeba było pominąć (zwłaszcza w części drugiej), obfite piśmiennictwo, odnoszące się do strony bardziej teoretycznej. Skracając zaś tak rzecz, starałem się w całem przedstawieniu zachować ścisłą przedmiotowość, a czytającemu pozostawiłem wyrobienie sobie sądu o wartości tej lub owej metody.

Piśmiennictwo. 1) Ch Achard et Castaigne: L'examen clinique des fonctions renales par l'elimination provoquée (Suite de monographies Nr. 23 Paris 1900). 2) Albarran: Über Anwendung der Kryoskopie zur Untersuchung der Nierenfunction. (Ref. w. Ctrbl. f. Chir. 1901 Nr. 1). 3) Albarran: Ureteroskopie. (Ref. w. Ctrbl. f. Chir. 1897 Nr. 39). 4) Albarran: Les infections secondaires dans la tuberculose urinaire. (Ref w Ctrbl. f. Chir. 1898 Nr. 36). 5) Albarran: Nouvelles obsevations de catherisme cystoscopique des uretéres (Association française d'urologie). 6) H. Aue: Zur Chirurgie der Nieren. (Samml. klin. Vortr. N F. 288). 7) M. P. Bazy: Du réflexe urétérovesical. (Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1901 Nr. 30). 8) Bräuninger: Beiträge zur Nierenchirurgie (Beitr. z klin Chir. XVIII 2). 9) L. Casper i P. F. Richter: Ueber functionelle Nierendiagnostik (Berl. klin. Wochenschr. 1900 Nr. 29) 10) L. Casper: Ueber den diagnostischen Werth des Ureterenkatheterismus für die Nierenchirurgie (Berl. klin Wochsch. 1897 Nr. 38). 11) L. Casper: Therapeutische Erfahrungen über Uretherenkatheterismus (Berl. klin Wochschr. 1898 Nr. 2). 12) L. Casper: Zur Methode der functionellen Nierendiagnostik (XXX. Congr. d. deutsch. Chirurg). 13) L. Casper: Die Verwerthung der functionellen Nierenuntersuchung für die Diagnostik der Nieren- und Bauchchirurgie (Ctrbl. f. Chir. 1901 Nr. 44) 14) L. Casper i P. F. Richter: Functionelle Nierendiagnostik etc (Berlin — Wien Urban & Schwarzenberg 1901). 15) F. V. Cantwell: Six nephrectomies (Ref. w Ctrbl. f Chir. 1900 Nr. 26). 16) P. Fiori: L'ipertrofia anatomica e funzionale del rene alla tolleranza dell'organismo nelle demolizioni extesse dell'organo. (Policlinico Ser. chir. 8 et 9 1901). 17) B. Floderus Nâgra fall af nefrektomia frän Upsala kirurgiska klinik. (Hygiea LX. 2). 18) Gersuny w dyskusyi nad odczytem Küstnera na XII kongr. międzynarod. w Moskwie. 19) A G. Gerster: Einige Beiträge zur Chirurgie der Nieren und des Harnleiters (Ref w Ctrbl. f. Chir. 1898 Nr. 9). 20) Fr. Glénard: Note sur l'exploration manuelle du rein. (Gaz. hebdom. 1889 Nr. 8). 21) Herczel: Ueber Nierenexstirpation (Beitr. z. klin. Chir. TVI.) 22) E. Holländer: Ueber den diagnostischen Werth des Ureterenkatheterismus für die Nierenchirurgie (Berl. klin. Wochsch. 1897 Nr. 34). 23) R. Hölscher: Ueber Katheterisation der Ureteren. (Münch med Wochschr 1897 Nr. 50) 24) G v Illyés: Der Ureterenkatheterismus im Dienste einiger neueren Methoden der Nierendiagnostik (Deutsche Ztchschr. f. Chir Bd 61 Z 3 i 4). 25) G v. Illyés: Ureterenkatheterismus und Radiografie (Deutsche Ztschschr. f. Chir. Bd 62 Z 1 i 2). 26) L. Imbert: Le cathéterisme des ureteres par les voies naturelles. (Ref v. Ctrbl. f Chir. 1898 Nr. 31). 27) J. Israel: Ueber Palpation gesunder und kranker Nieren (Berl. klin. Wochsch. 1889 Nr. 7 i 8) 28) J. Israel: Was leistet der Ureterenkatheterismus in der Nierenchirurgie? (Berl. klin. Wochsch. 1899 Nr. 2). 29) A. Iversen: Beitrag zur Catheterisation der Ureteren bei dem Manne. (Ctrbl. f. Chir. 1888 Nr. 16). 30) L. Juares: Sémiologie rénale (Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1899 Nr. 48). 31) C. D Josephson: Beiträge zur konservirenden Nierenchirurgie (Ref. w Ctrbl f. Chir. 1901 Nr. 25). 32) J. Kiss: Ueber den Werth der neueren Untersuchungsmethode zur Bestimmung der Niereninsufficienz (Berl. klin Woch. 1901 Nr. 47; 48). 33) H. Koeppe: Zur kryoskopie des Harnes (Berl klin Woch 190 Nr. 28). 34) F König: Chirurgische Behandlung der Nierentuberculose. (Deutsche med. Wochsch. 1909 Nr. 7). 35) A. v. Koranyi: Zur Discussion über die Wissenschaftliche Begründung der klinischen Kryoskopie (Berl. klin. Wochsch. 1901 Nr. 48). 36) H. Kümmel: Die Feststellung der Functionsfähigkeit der Niere vor operativen Eingriffen. (Deutscher Chirurg. Kongress 1900). 37) M M Kusnetzow: Ein Fall von Nephrektomie (Ref. w. Ctrbl. f. Chir. 1900 Nr. 10). 38) M. L. Kreps: Weitere Beobachtungen über Harnleiterkatheterisation (Ref. w. Ctrbl. f. Chir. 1898 Nr. 10). 39) M. L. Kreps: Ueber Ureterenkatheterisation. (Ref w. Ctrbl f. Chir. 1899 Nr. 19). 40) Küstner: Ueber die Neubildungen der Nieren und ihre Behandlung. (Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1897 Nr. 39). 41) H. Kümmel: Zur Resection der Nieren. (Langenbeck's Archiw T. 46). 42) H Kümmel: Die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes und des Urins etc. (Münch. med. Wochschr. 1900 Nr. 44) 43) F. König: Bemerkungen zur Frage der Anurie (Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1901 Nr. 11). 44) H. Kümmel. Praktische Erfahrungen über Diagnose und Therapie der Nierenkrankheiten (XXX. Congr. d. deutsch Chir.). 45) R. Lewandowski: Zur Elektro-Kystoskopie. (Wiener Klinik 1891. Z XII.). 46) G. Lotheissen: Ein Beitrag zur Chirurgie der Nieren (Langenbeck's Archiw. T. 52 Z. 4). 47) L. Lipmann-Wulf: Beiträge zur Lehre von der Nierenfunction (Deutsche med. Wochsch. 1901 Nr. 3). 48) L. Lipmann-Wulf: Beobachtungen bei einer vor 14 Jahren nephroktomirten. (Ctrbl. f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorgane Bd. X. Hft. 9). 49) Landau: Harnleiterkatheterismus in den Gynäkologie. (Berl. klin. Wochsch 1899 Nr. 21). 50) H. Lüthje: Beitrag zur Frage des renalen Diabetes. (Münch. med. Wochsch. 1901 Nr. 38). 51) F. Mainzer: Über den Werth der Cystoskopie und des Ureterenkatheterismus beim Weibe (Berl. klin. Wochsch. 1896 Nr. 49) 52) F. Majewski: O zachowaniu się błękitu metylenowego w ustroju. (Gazeta lekarska 1901 Nr. 42 i 43).

53) Mankiewicz: Ueber Nierenoperation bei Mangel oder Erkrankung den zweiten Niere. (Berl klin. Wochschr. 1900 Nr. 35) 54) Idem: (Monatsberichte über die Gesamtleist a. d. Geb. der Krankh d. Harn u. Sexual-Apparates Bd. V. H. 9). 55) C. Menge: Ueber Urinbefunde nach Nierenpalpation. (Münchener med. Wochschr. 1900 Nr. 23). 56) W. Meyer: Catheterism of the ureters in the male ivith the help of the ureter cystoskope. (Ref. w Ctrbl f. Chir. 1897 Nr. 38). 57) Mohr: Zur Behandlung der polycystischen Nierenentartung (Mitteil. a. d. Grenzgeb d. Med. u. Chir. T. VI Z. 4 i 5). 58) Fr Müler: Ueber die Ausscheidung des Methylenblaus durch die Nieren. (Deutsch. Archiw f. klin. Med. T 63). 59) A. Neumann: Eine einfache Methode den Urin beider Nieren beim Weibe gesondert aufzufangen (Deutsche med. Wochschr. 1897 Nr. 43). 60) A. Obaliński: Obecny stan chirurgii nerek. (Gazeta lek 1896) 61) E. de Paoli: Considerazioni su alcani casi di chirurgia del rene etc. (Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1897 Nr. 51). 62) F. Pinner: Beitrag zur Nierenchirurgie (Langenbecks Archiw 5 6 7 8) 63) G. Reynaud et D'olmer: Valeur du chromogen. diagnostic de la permeabilite renale par l'épreuve du bleu de methylen. (Soc. de biologie 21 oct. 1899). 64). L Riess: Ueber percutorische Bestimmung der Nieren (Ztschr. f. klin. Med. XVI.). 65) A. W. Robson: Cases illustrative of renal surgery. (Brit Journ 1888 p. 813). 66) H. Rose: Ein neues Verfahren bei der Frau den Urin beider Nieren gesondert aufzufangen. (Ctrbl. f. Gynäkol 1897 Nr. 5). 67) O. Rumpel: Ueber die Bedeutung der Gefriespunktsbestimmungen von Blut und Harn. (Beitr. v. klin. Chir. T. 29 Z. 3). 68) L. Rydygier: Wprowadzanie cewnika do moczowodów sposobem Nitzego. (Przegl lek. 1895 Nr. 37). 69) J. Schnürer: Die primäre Nierentuberculose (Ctrbl. v Grenzgeb. d. Med u. Chir. T. II. Z. 12—12). 70) A. Seelig: Ueber Floridzindiabetes (Deutsche med. Wochsch. 1900 Nr. 44). 71) Simonelli: Nuovo metodo di esame della permeabilità renale. (Nuova rivista chir. therap 1899 Nr. 10) 72) De Sard: Le catheterisme cystoscopique des ureteres considéré comme moyen de diagnostic. (Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1900 Nr. 34). 73) Schede: Verletzungen und Erkrankungen der Nieren und Harnleiter. (Handbuch der prakt. Chir. T. III. Cz. II). 74) Schwalbe: Mitteilung über zwei Fälle von kongenitaller Nierenverlagerung. (Virchow's Archiv 1896). 75) P. Sendler: Ueber Indicationen und Resultate chirurgischer Eingriffe bei Erkrankungen der Nieren. (Münch. med. Wochschr. 1899 Nr 5 i 6). 76) O. Simon: Die Nierentuberculose und ihre chirurgische Behandlung (Beitr. z. klin. Chir. T. 30 Z. 1). 77) Strauss: Zur functionellen Nierendiagnostik. (Ref. w. Deutsche med. Wochschr. 1901 Nr. 39). 78) Tschudy: Ueber einen Fall operativ behandelter Nephrolitiasis. (Korrespondenzblatt f. schweiz Aerzte 1899 Nr. 24) 79) Th. Tuffier: Etudes experimentales sur la chirurgie du rein. Paris 1889. 80) Thumin: Nephrektomie wegen Pyelonephritis calculosa. (Berl. klin Wochschr. 1900 Nr 41). 81) J. Voisin et Hauser: Remarques sur l'élimination du bleu de métylène. (Gaz. hebdom. 1897 p. 493). 82) Wiebrecht: Kazuistischer Beitrag zur Indicationsstellung von Nierenextirpationen auf Grund der Bestimmung des Blutgefrierpunktes. (Ctrbl. f. Chir. 1900 Nr 52) 83) P. Wagner: Behandlung der Erkrankungen der Nieren und des Harnleiters (Handbuch d. Therapie Penzoldt u. Stitzing T. VII. Jena. 1898).

IV. Przyczynek do terapii skazy moczanowej za pomocą t. zw. leczenia skombinowanego.

Podał

Dr. Franciszek Wobr

lekarz zakładu kąpielowego w Cieplicach trenczyńskich (latem) i stacyi klimatycznej Lussinpiccolo (w zimie).

(Dokończenie).

Każdy lekarz praktykujący wie dobrze, jak w skazie moczanowej mało należy polegać na samej terapii dyetetycznej, lub samem piciu tej lub owej wody mineralnej, lub wreszcie na samem tylko stosowaniu kąpieli — i jak przemijającymi są skutki tej lub owej. wyłącznie stosowanej. kuracyi. Zgroza przejmuje, czytając rozliczne przepisy dyetetyczne dla cierpiących na dnę: jedni zakazują używania mięsa [7], inni właśnie (Mehring, Pfeiffer) zalecają potrawy mięsne w znacznej ilości; ci skreślają tłuszcze, podczas gdy inni znowu gorąco je zalecają.

Podobne zapatrywania spotykamy i co do używania wód mineralnych i kąpieli. Ponieważ doświadczenie niezbicie poucza, że poszczególna metoda lecznicza sama nie wiele pomaga, polecamy dzisiaj. co weszło już w życie w zakładach kąpielowych, t. zw. leczenie skombinowane, tj. leczenie, uwzględniające obok balneoterapii mechanoterapię i przepisy dyetetyczne. Skuteczne działanie takiej kombinacyi należy przypisać tym czynnikom, które najwięcej pobudzają przemianę materyi, tj. kąpielom i używaniu wody mineralnej. Skoro więc środki balneoterapeutyczne są niedostateczne, musimy rozejrzeć się za przetworami chemicznymi, by w ten sposób uzupełnić nasze zadanie i wypełnić braki w leczeniu skazy moczanowej. Ta część leczenia należy do zakresu t. zw. środków objawowych (paliatywnych), do których zaliczamy wszystkie leki przeciwgorączkowe: są one zarazem i środkami gorączkowymi (*pyretica*), tj., że u człowieka zdrowego wywołują podniesienie ciepłoty (Stekel); a ponieważ wiemy, że u chorych na dnę właśnie cierpi wytwórczość ciepła, to i w tym kierunku zwrócić winniśmy naszą uwagę i starać się podnieść ciepłotę krwi, polepszyć chemiczną regulacyę cieplną, a tem samem i sprawy utleniania śródtkankowego tak, aby nastąpiło silniejsze wydzielanie kwasu moczowego. Do środków, które spełniają to zadanie, należy nietylko wodoleczenie [8], lecz i przetwory chemiczne, jak np. spermina (Poehl), lek to jednak bardzo drogi (10 grm. kosztuje 10 kor.) i dlatego dla ogółu nieprzystępny. Z tańszych należy wymienić kofeinę, jako lek najskuteczniejszy ze wszystkich, jakie posiadamy. Najsilniejsze jednakże działanie na podniesienie ciepłoty wywiera kombinacya środka przeciwgorączkowego z kofeiną. Dr. Stekel wykazał, że wszystkie środki przeciwgorączkowe podnoszą ciepłotę człowieka prawidłowego, nie gorączkującego; a ponieważ wiemy, że ciepłota u chorych na dnę jest niższą, niż prawidłowa, to musimy te leki przeciwgorączkowe uważać właściwie za wywołujące gorączkę (*pyretica*) i używać ich w celu wzmożenia procesów utleniania śródtkankowego.

Wszystkie przetwory przeciwgorączkowe byłyby tutaj wskazane; należy jednak wybierać takie, któreby łączyły w sobie zupełną nieszkodliwość z największą siłą ciepłotwórczą. Wiemy, jakie niebezpieczeństwa kryją w sobie przetwory przeciwgorączkowe przy dłuższem ich użyciu; że tu wspomnę tylko antypirynę, fenacetynę, antyfebrynę, pyramidon i laktofeninę (Pauli, Scheuer). I cytrofen należy do środków przeciwgorączkowych; działanie jego wprawdzie nie jest tak silne, jak np. antypiryny, zawsze jednak silne i dłużej trwające [9]). Sprowadza on podniesienie ogólne ciepłoty, oraz szybsze wydzielenie kwasu moczowego. Podobnie działa i drugi fenetidinderywat: apolysina. Po użyciu 1 grm. cytrofenu chory na dnę czuje się podmiotowo lepiej wskutek podniesienia ciepłoty, weselszy, gdyż i bóle ustępują pod wpływem działania antynewralgicznego cytrofenu. Polecam go zażywać w czarnej kawie, lub zapisuję podług następującego wzoru:

Rp. *Citropheni 1,00.*
Coffeini puri 0,10.
S. Co 2 godziny zażywać.

Przy nieznoszeniu cytrofenu (migotanie w oczach, uczucie próżni w żołądku itd.) polecam:

Rp. *Apolysini 0,50.*
Coffeini 0,10.
S. Co 2 godziny zażywać.

Są lekarze, którzy zakazują chorym na dnę picia kawy, ponieważ w najnowszych czasach zwrócono uwagę, że zawarte w czarnej kawie kofeinę, teinę, teobrominę należy uważać za połączenia chemiczne, bezpośrednio poprzedzające (*Vorstufe*) kwas moczowy. Pewnych dowodów na to niema. Rost wykazał, że te połączenia przechodzą niezmienione do moczu, lub że zostają zmienione w inne ciała chemiczne (*heteroxanthin*). Minkowski podnosi słusznie, że doświadczenie nie wskazuje na niekorzystne działanie kawy. W Tur-

[7]) Śmiało możemy powiedzieć, że używanie mięsa nie jest przyczyną dny; Pfeiffer wykazał nawet, że przy obfitej dyecie mięsnej kwas moczowy, wydzielony z moczem, łatwiej nawet się rozpuszcza, niż przy dyecie zupełnie pozbawionej mięsa.

[8]) Przyrządy, działające gorącem powietrzem (*Heissluftapparate*) działają znakomicie, na nieszczęście jednak tylko w dnie o ogniskach miejscowych, a nie w skazie ogólnej.

[9]) Steckel, Kornfeld, Hamberger, Bennesio, Tittel, Pingerre, Frieser.

cyi, gdzie używanie czarnej kawy daleko jest większe, niż u nas, mimo gnuśnego i obfitego sposobu życia przy braku fizycznej pracy dna należy do chorób niesłychanie rzadkich.

Stosowałem cytrofen z kofeiną i apolysinę z kofeiną w znacznej liczbie przypadków (około 120), lekkich i ciężkich, z bardzo dobrym skutkiem. Zwłaszcza w kombinacyi z zabiegami mechanoterapeutycznymi otrzymuje się zdumiewające wyniki. I wśród ostrego napadu mogę gorąco polecać cytrofen i apolysinę. Bóle znikają szybko przy równoczesnem zastosowaniu gorących okładów. Zapisuję dawki 1.00, względnie 0,50 w dwugodzinnych odstępach, aż do zupełnej bezbolesności. Ujemnych objawów ubocznych nie zauważyłem nigdy.

Na tem kończę podstawę leczenia dny, która brzmi: „pobudzenie wytwórczości ciepła" — i przechodzę do naszkicowania metody leczenia skazy moczanowej, która się praktykuje w naszych cieplicach. Pomijam leczenie ostrego napadu, bo ten nie należy do zakresu balneoterapii, a jeśli on kiedy występuje, to tylko wskutek kąpieli, jako t. zw. odczyn i nie różni się zupełnie od ostrego napadu dny. W takich ostrych przypadkach stosujemy unieruchomienie, wysokie ustawienie zajętego narządu, — gorące zawijania z dodaniem:

Lithion carbon.
Kal. jodat. *ãã* *3,00*
Aq. destill. *200,00*

lub też okłady z roczczynu Burowa w formie t. zw. „longietów" [10]).

Na wewnątrz stosujemy cytrofen, cytrofen z kofeiną, apolysinę z kofeiną, i picie wody alkalicznej gorącej, najczęściej ze zdroju „Salvatora" w ilości 250—300 grm. na dawkę. Najczęściej już w przeciągu 24 godzin chory staje się zdolny do używania kąpieli. Rozpoznawszy skazę moczanową, przystępujemy do stosowania kąpieli. Rozpoczynamy od kąpieli wannowych, umiarkowanie ciepłych, zanim ciało przystosuje się do kąpieli o ciepłocie 35° — 37° C., trwających 20—40 minut; następnie chory się poci 20—30 minut w gabinecie. Po kąpieli udaje się on do domu i kładzie się na jedną godzinę do łóżka w celu dalszego następowego pocenia się. Po 3 kąpielach następuje dzień wolny od kąpieli, po którym rozpoczynamy leczenie skombinowane.

Na godzinę przed kąpielą chory pije wodę mineralną, zależnie od objawów dny. Osoby krwiste muszą uregulować czynność swego ustroju przed kąpielą. Ciepłota i czas trwania kąpieli powoli się podnoszą. Chorzy biorą kąpiele, połączone z chodzeniem *(Gehbäder)*, w basenach o ciepłocie 39° — 40° C. i przebywają w nich 45 — 60 minut. Także i pocenie się, oraz następcze pocenie się w domu, przedłuża się, aż dojdzie się do *maximum*, tj. 2 godzin.

Działanie kąpieli potęgują jeszcze natryski i kąpiele błotne (mułowe) *(Schlammbäder)*. Ta forma kąpieli znajduje zastosowanie tylko miejscowo i tylko raz dziennie. Po 4 kąpielach błotnych następuje jeden dzień wolny. W wyjątkowych przypadkach każemy się kąpać 2 razy dziennie: rano kąpiel z chodzeniem *(Gehbad)*, popołudniu natrysk lub kąpiel błotna i to zawsze tylko miejscowo, szczególnie tam, gdzie wypociny lub patologiczne wytwory, oraz ich następstwa, jak guzy dnowe, przykurczenia, stężenia stawów itd. zajęły pewne ograniczone miejsca i opierają się leczeniu ogólnemu.

W ogólności przeznaczamy 30 kąpieli na sześciotygodniowy okres leczenia. Zanim jednak chorego wypuścimy z zakładu, zalecamy, zależnie od jego stosunków, pobyt bądź w okolicy górzystej, bądź nad morzem, wreszcie w razie potrzeby leczenie terenowe, lub winogronowe; prócz tego radzimy w czasie całej zimy picie naczczo po szklance wskazanej i ogrzanej wody mineralnej, zachowywanie dyety ciała i umysłu, dostateczne używanie ruchu, — jedną do dwu kąpieli regularnie co tydzień, ogrzanej do 35° — 36° C. z następowymi chłodnymi natryskami. Osobom młodszym radzimy zamiast kąpieli cieplejszych codziennie natryski zaraz po wstaniu z łóżka i tylko co 2—3 tygodnie kąpiel parową; osobom otyłym najlepiej służą co tydzień kąpiele parowe w skrzyni *(Kastendampfbad)* z następowym chłodnym natryskiem. Najlepsza pozycya w kąpieli jest siedząca z oparciem grzbietu i spokojne głębokie oddechanie. Gdy chory odczuwa nawał krwi do głowy, stosujemy zimne okłady i polewania, podobnie w razie nudności i uczucia osłabienia.

Przed wejściem do kąpieli polecamy napój ciepły. Osobom osłabionym należy podać przed kąpielą napój podniecający (wino, herbatę, kawę), nigdy jednakże po kąpieli. W czasie pocenia się należy wprowadzać do ustroju obfitą ilość wody.

Dalszy wzgląd należy mieć, ażeby skóra szybko i należycie spełniała swe zadanie fizyologiczne, szczególnie przy zatłuszczeniu serca, gdzie zmniejszone napięcie naczyń właśnie wstrzymuje pocenie się. Dlatego kabiny muszą być dobrze opalone, a powrót do domu musi być szybki i w ciepłej odzieży. Osobom, skłonnym do zaziębienia, należy po następczem poceniu się nacierać górną połowę ciała wódką francuską. W czasie leżenia w domu wykonuje się mięsienie; — spać w dzień nie wolno. Mięsienie stosuje się tylko 20 minut i wykonuje się ruchy czynne, bierne i oporne *(Wiederstandsbewegungen)*.

To byłby zwyczajny sposób naszego postępowania w leczeniu dny.

Podczas gdy leczeniem skombinowanem zarówno w ostrych jak i podostrych przypadkach dalcko prędzej aniżeli inną metodą wyleczenie osiągamy, to przy dnie przewlekłej wyjątkowo tylko udaje się nam otrzymać ten idealny wynik i ograniczyć się musimy na łagodzeniu dolegliwości chorego, co znowu przy pomocy leczenia skombinowanego udaje się jeszcze i u takich chorych, u których wszelkie inne metody zawiodły.

Piśmiennictwo. Garrod: A treatise on gout and rheumatic gout. London, 1876. III. Ed. Medico-chirurgical Transactions 1898. Epstein: 1) Das Regimen bei Gicht. Wiesbaden, 1885. 2) Die Natur und Behandlung der Gicht. Verhandlungen des 8 Congresses für innere Medicin. Wiesbaden, 1889. 3) Beiträge zur Lehre von der harnsauren Diathese. Wiesbaden, 1894. Roose Robson: Die Gicht und ihre Beziehungen zu den Krankheiten der Leber u. der Nieren. 1887. Todd: Praktische Bemerkungen über Gicht und Rheumatismus. Neusser: Wiener Klin. Wochenschrift. Nr. 39. 1894. Klemperer: 1) Zur Pathologie und Therapie der Gicht. Deut. Med. Wochenschrift. Nr. 40. 1895. 2) Therapie der Gegenwart, 1900. v. Noorden: Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels. Berlin. 1893. Kolisch: Über Wesen und Behandlung der uratischen Diathese. Stuttgart. 1895. Futscher: Centralblatt für Klin. Med. Nr. 39. 1896. F. Müller: Allg. Pathologie der Ernährung Leyden's Handbuch. 1897. Sternberg: Altes und Neues über die Behandlung der Gicht. Centralblatt für ges. Therapie. 1897. II. 5. Pfeiffer: 1) Behandlung der Gicht in Penzoldt's und Stintzing's Handbuch der spec. Therapie der inneren Krankheiten. Bd. 9. 1895. 2) Die Natur und Behandlung der Gicht. Verhandlungen des 8 Congresses für innere Medicin 1889. 3) Die Gicht und ihre erfolgreiche Behandlung 2 Auflage. Wiesbaden, 1891. 4) Über Harnsäureverbindungen beim Menschen. Berl. Klin. Wochenschrift. 1894, Nr. 40. 5) Harnsäureausscheidung und Harnsäurelösung. Verhandlungendes 7 Congresses für innere Medicin, 1888. 6) Zur Aetiologie und Therapie der harnsauren Stenie. Verhandlungen des 5 Congresses für innere Medicin, 1886. 7) Berl. klin. Wochenschrift 15, 1895. Die Gichtfinger. Mendelsohn: 1) Berl. klin. Wochenschrift. 1897. Ueber Harnsäurelösung. 2) Deut. med. Wochenschrift, 1895. Die Verschiedenheit des Problems der Harnsäureauflösungen bei Gicht. 3) Verhandlungen des Congresses in Wiesbaden, 1899. Zur Therapie der harns. Diathese 4) Heissluftbehandlungen. Zeitschrift für diät und physik Therapie. B 5, 1 Heft. Penzoldt und Stintzing: Handbuch der Therapie. B II. 1898. Doc. Alois Strasser: Wiener Klinik, 1895, Nr. 4. Das Verhalten des Stoffwechsels bei hydriatischer Therapie. 1) Wiener Klinik, 1895, Nr. 4. Arbeit in der Festschrift, Fortschritte der Therapie, 1897. p. 242. Reitler: Die Trocken-Heissluftbehandlung Baden, 1900. Freudberg: Ueber den Einfluss von Säuren und Alkalien auf die Alkalessenz des menschlichen Blutes und auf die Reacktion des Harnes, Virchow's Archiv B. CXXV,

[10]) Dr. Garrod poleca gorąco ciągłe stosowanie węglanu litowego. Dr. Mortimer Granville w pracy »Die Gicht in ihren klinischen Erscheinungen« przemawia za podawaniem jodu. Stwierdził on, że wszystkie objawy przy tem leczeniu łagodnieją, ilość moczu wybitnie się zwiększa, a sole moczanowe wolno zostają wydzielone, podczas gdy ilość proporcyonalna mocznika zwyczajnie postępowo się zwiększa.

1891. Beissel: 1) bei G. Mayer »Die Gicht« Aachen und Ausort, 1899. Allg. Brunnendiätetik. Berlin, 1897. 2) Balneologische Studien mit Bezug auf Aachen 1888. Stifft: Die physiologische und therapeutische Wirkung des H_2 S. Berlin, 1886 Dronke: Berlin. klin. Wochenschrift. 1887, Nr. 49. Marchisio: Bulletin de Therap. 15. VI. 1891. Des eluves sulfureuses naturelles. Mordhorst: 1) Beitrag zur Chemie der Harnsäure ausserhalb und innerhalb des Körpers. Verhandlungen des 13 Congresses für innere Medicin, 1855. 2) Zur Pathogenese der Gicht. Verhandlungen des 14 Congresses für innere Medicin, 1896. 3 Die Entstehung und Auflösung der Harnsäureverbindungen ausserhalb und innerhalb des menschliches Körpers. Zeitschrift für klin. Medicin, B 32. 1897. Horbaczewski: Beiträge zur Kenntniss der Bildung der Harnsäure und der Xanthinbasen Sitzungzberichte der Kais. Akademie der Wissenschaften 100 B. III Abth 1891. April. Cantani: »Die Gicht«. Spec. Patholog und Therap. der Stoffwechsel-Krankheiten. Deutsch von Wahn, 2 B. Berlin, 1880. Landois: Physiologie. 1891. Strümpel: Pathologie und Therapie. B II, 275. Jacksch: Klin Diagnostik. 1896. Teissier: Du rheumatisme gouteux. Lyon medical. 1897. Ritter: Münchener med. Wochenschrift. 1895. Pohl: Ueber die Wirkungsweise des Schwefelwasserstoffes und der Schwefelalkalien. Archiv für exper. Pathologie und Pharm. 22 B 1887. Astrié: De la médication thermale sulfureuse Paris 1852. Reumont: Die Schwefelquellen in: Valentiner's Handbuch der Balneotherapie, 1876. Schulz: Studien über die Pharmacodynamik des Schwefels. Greifswald. 1895 Leichtenstern: Allg. Balneotherapie, 1880. Fromm: System. Lehrbuch der Balneotherapie, 1887. Flechsig. Handbuch der Balneotherapie. 1892. Kisch: Balneotherap. Lexikon, 1897. Stekel: Die moderne Pathologie und Therapie der Migräne. Migräne und Wärmebildung. Poehl: Die Einwirkung des Spermins, auf den Stoffumsatz bei harnsäuer Diathese. Zeitschrift für kl. Medicin B 26, 1894. Pauli: Ueber Nebenwirkungen des Pyramidons. Centrbl. für ges Therapie, 1900, 3 Heft. Jacksch: Centralblatt für innere Medicin, 1894. Scheuer: Therapeut. Monatshefte, 1900, IX, Bennesio: Münch. med. Wochenschrift, 1896, H. 16. Tittel: Citrophen bei Keuchhusten. Pinggere: Inaugural Dissertation. Frieser: W. med. Presse, 1899, Nr. 45. Boehm: Deut. med. Zeitschrift. Rost: Archiv für exp. Path., B. 36, 1895. Hatschek-Strauss: Ther. Monatsh, 1895. Prof. W. Winternitz und Strasser: Die Hydrotherapie, 1890, 1898. Buxbaum: Lehrbuch der Hydrotherapie, 1900. Hildebrandt: Ueber Apolysin und Citrophen Centralblatt für innere Medicin, 1895, November.

V. Wyciągi.

Fuchs. **Wrzód miażdżycowy rogówki.** (*Ulcus atheromatosum corneae*). (*Graefes Archiv f. Opht.* 1901, T. 53). W starych i zbitych bliznach rogówkowych, tak z wrośnięciem, jak i bez wrośnięcia tęczówki, powstają nieraz wrzody — po poprzedniej przemianie tkanki w istotę szklistą, lub wskutek obecności złogów soli wapiennych, które drążąc w głąb, prowadzą do przebicia i wywołują zapalenie całego oka (*panophthalmitis*). Arlt pierwszy nazwał je „ulcera atheromatosa". Pierwotną sprawą jest tutaj obumarcie tkanki, a zakażenie zarazkami ropnymi jest następowe. F. badał drobnowidowo te wrzody i podniósł bardzo wiadomości ze względu na powstawanie i przebieg anatomo-patologiczny tego tak częstego cierpienia. Nie ulega wątpliwości, że w bliznach zbitych odżywianie jest ogromnie upośledzone i to tem bardziej, im blizna jest grubszą i starszą, już przez to samo, że zwykle jest nader skąpo unaczynioną, wskutek tego powstają w bliznie złogi mas szklistych, oraz wapna, a oba te składniki pojawiają się w powierzchownych warstwach blizny. To nie jest obojętnem dla przybłonka, którego odżywianie zależy wyłącznie od tkanki pod nim będącej; łatwo zrozumieć, że na tych bliznach przybłonek jest źle odżywiony, ulega zanikowi i odpada, dając otwartą bramę wejścia dla drobnoustrojów. Często przybłonek ulega zrogowaceniu — i łatwiej jeszcze odpada bądź to wprost, bądź też tworzą się pęcherzyki, jak w zapaleniu rogówki pęcherzykowatem (*keratitis vesiculosa*), które pękają, i w ten sposób tkanka podstawowa zostaje z przybłonka ogołoconą. Nieraz jednakże przybłonek obrasta ze wszystkich stron, jak to skrawki drobnowidowe przytoczone przez autora wykazują, takie złogi wapniowe, tak i płytkę tę można uważać za odsłoinę (*sequester*), która bądź sama odpada, bądź też łatwo operacyjnie może być wydaloną. Ponieważ jednakże przybłonek ten niezbyt silnie jest z podstawą złączony, przeto i drobnoustroje wraz z nim wciskać się mogą do głębi blizny i wywołać ropne zapalenie około wspomnianej odsłoiny, i to też się dzieje. Odstoina odpada, ale zapalenie ropne brnie w głąb, a że tęczówka często jest w bliznie, przeto i ona oraz ciałko rzęskowe ulegają zapaleniu ropnemu, które udziela się i ciału szklistemu i ogólne zapalenie całego oka jest gotowe. Zatem cała sprawa zapalna przebiega w ten sposób, że w przypadkach wrzodów tych blizna ulega z powodu złego odżywienia obumarciu, czy to powierzchownemu, czy też głębokiemu, czasem w całej swej grubości — do obumarcia dają pochop drobnoustroje, których wtargnięcie ułatwionem jest luźnem utkaniem zwyrodniałego przybłonka, tkanki obumarłe odpadają, przyczem ropienie nader często idzie w głąb i sięga głębokich błon oka.

Różnica między wrzodem miażdżycowym a wrzodem pełzającym jest ta, że w tym drugim przypadku pierwszą zmianą jest naciek, który ulega rozpadowi, a w pierwszym przypadku rzeczą główną jest obumarcie pierwotne, a ropienie jest następowem.

Dr. Brudzewski.

Schieck. **O tworzeniu się torbieli na powierzchni rogówki.** (*Graef. Arch. f. Opht.* T. 52, 1901). Przypadek opisany jest unikatem w piśmiennictwie, tem ciekawszym, że autor mógł go zbadać drobnowidowo. Po przebytem zapaleniu rzeżączkowem oka z wrzodem rogówki i wypadnięciem tęczówki, które się jednak zupełnie płasko zagoiło, powstały u chorego na rogówce guzy. Jak badanie anatomiczne wykazało, guzy te nie miały żadnego połączenia z przednią komórką, nie zależały zatem wcale od wypadnięcia tęczówki. Torbiele te wypełnione płynem, którego jednak schwycić i zbadać nie udało się, wysłane były nabłonkiem płaskim i pokryte nabłonkiem spojówkowym: nie komunikowały jednak ani z komórką przednią, ani z workiem spojówkowym. Autor tłómaczy ich powstanie podobnie, jak wrzekome skrzydełko (pseudopterygium), a że podczas rzeżączki oka robiono nacięcia (skaryfikacyę) spojówki obrzmiałej (chemotycznej), zatem bardzo łatwo przyjść mogło do zlepów między zranioną spojówką a rogówką, tu i owdzie pozbawioną nabłonka — wzrost ich zaś powodowała wydzielina spojówki.

Dr. Brudzewski.

G. Richmond. **Przypadek ostrego obustronnego zapalenia płuc. Leczenie tlenem, wyzdrowienie.** (*The Lancet*, 28-go września, 1901 r.). Przypadek, spostrzegany przez autora w szpitalu w Pretoryi, był niezmiernie ciężki: 23-letni żołnierz, średniej budowy, zapadł na dwa dni przed wstąpieniem do szpitala: podczas badania ciepłota wynosiła 38,3° C., tętno 120, oddechów 60 na minutę: w dolnych płatach obu płuc zupełne przytępienie odgłosu wypukowego, oddech oskrzelowy, bronchofonia; podano wewnątrz prócz mięszanki z makowca, strychniny i kwasu solnego, 60 gramów wyskoku na dobę: na piersi „pneumonia jacket".

Stan chorego stale pogarszał się, ciepłota wzmagała się, naciek równomiernie z obu stron postępował ku górze, i na 5-ty dzień choroby stan był następujący: 40,3° C., tętno 120, oddechów 80 na minutę; nieprzytomność, przy najmniejszym ruchu znaczny kaszel z plwociną krwawą, tętno przyspieszone, mniejwięcej 136 uderzeń na minutę, oddechów 100—120; naciek dolnych płatów obu płuc i średniego prawego płuca był bardzo zbity. Wobec bardzo poważnego stanu zastosowano do wdychiwań tlen, co cztery godziny po dziesięć minut. Samopoczucie poprawiło się od pierwszego dnia; ciepłota zaczęła się obniżać, sprawa w płucach zatrzymała się. Tosamo leczenie stosowano dalej; tylko zamiast mięszanki wewnątrz — zaczęto wstrzykiwać pod skórę strychninę z atropiną; dawkę dzienną wódki podniesiono do 120 gramów; wewnątrz podano naparstnicę. Po dwóch dniach nastąpił przełom (na 7-my dzień choroby) i chory zupełnie wyzdrowiał.

Autor skłania się do zdania, iż w przypadku opisanym chory zawdzięcza swe wyleczenie zastosowaniu tlenu, który zgubnym swym wpływem na diplokoki Fränkla wstrzymał sprawę w płucach i przyspieszył zakończenie choroby.

St. Rudzki (Ptbg.).

Axel Blad i Paul Videbeck. **O próbie diazowej, szczególnie u gruźliczych.** (*Zeitschrift f. Tuberculose u. Heilstättenwesen* 1901, zeszyt 6). Poszukiwania prowadzono w „Frederiks Hospital" i w domu zdrowia zakładu św. Jana w Kopenhadze. Na podstawie kilkuset prób u 50 chorych, dokładnie przez dłuższy czas spostrzeganych, autorowie wnioskują, że w lżejszych przypadkach z dobrem rokowaniem próba diazowa zazwyczaj nie występuje wcale, lub tylko słabo i niestale; natomiast w cięższych przypadkach z rokowaniem wątpliwem lub złem i w przypadkach zakończonych śmiercią próba ta występuje dość silnie lub bardzo silnie z uderzającą regularnością; wielokrotnie stwierdzono, że w ostatnich dniach przed śmiercią próba nie występuje. Ponieważ nawet w ciężkich przypadkach, gdzie próba diazowa stale jest dodatnią, może czasem dać wynik ujemny, sądzą autorowie, że jedno jedyne badanie i to z wynikiem ujemnym nie może być sprawdzianem rokowania w danym przypadku i że propozycya Michelisa, by do sanatoryów przyjmowano suchotników na podstawie próby diazowej ujemnej, powinna być o tyle rozszerzoną, aby prób tych dokonać cały szereg przed wykonaniem orzeczenia. Związku między próbą diazową i ciepłotą autorowie nie stwierdzili. W sekcyjnych przypadkach (14 na 50) nie znaleziono stale występujących zmian w nerkach, wątrobie i śledzionie. Powikłania ze strony jelit i gruczołów chłonnych zdaje się nie mają wpływu na wyniki próby diazowej.

Z. Czaplicki.

Schmorl. **Przyczynek do nauki o drgawkach (eklampsyi).** (*Archiv für Gynäkologie* T. 65, 1902, Z. II) Schmorl przytacza protokoły sekcyi zwłok trzech kobiet, znajdujących się w drugiej połowie ciąży, które w przeciągu 2—3 dni pomarły wśród ciężkich objawów ogólnych (bóle głowy, wymioty, niepokój, białkomocz, żółtaczka, śpiączka, wreszcie utrata przytomności). We wszystkich tych przypadkach znalazł on ten sam obraz anatomo-patologiczny i dochodzi po wykluczeniu zatrucia fosforem, posocznicy, ostrego zaniku wątroby i choroby Weila do przekonania, że się tu ma do czynienia z drgawkami (*eclampsia*), w przebiegu których nie przyszło jeszcze do skurczów. Zdaniem tego autora charakterystycznym dla tej choroby jest tylko obraz anatomo-patologiczny, a nie skurcze, które stanowią tylko objaw chorobowy. Sch. opiera zdanie swoje na doświadczeniu, nabytem przy sekcyach 73 kobiet, które uległy drgawkom i utrzymuje, że prawie stale stwierdzano zmiany w nerkach i to głównie niezapalne, lecz sprawę zwyrodnienia, obumarcia i zakrzepów w wątrobie, dalej zmiany zwyrodnienia w sercu i nierzadko ogniska rozmiękczynowe w mózgu. Trzeba jednak badać nietylko makroskopowo, ale i mikroskopowo. To też w powyższych przypadkach, mimo że klinicznie drgawek nie rozpoznano, można je rozpoznać na podstawie obrazu anatomo-patologicznego. Brak skurczów w tych przypadkach należy może odnieść do zbyt gwałtownego zatrucia ustroju, które wywołało porażenie ośrodkowego układu nerwowego. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Józef Skłodowski. **Dwa przypadki ciężkiej niestrawności nerwowej.** (*Księga jubileuszowa Dunina*). W dwu przypadkach, opisanych przez autora, wystąpiły ciężkie zaburzenia żołądkowe, polegające głównie na uporczywych wymiotach i bólach w okolicy żołądka, trwających przez dłuższy czas i znacznie podkopujących stan ogólny chorych. W wywiadach była wzmianka o wymiotach krwawych. Badanie chorych zdawało się dostarczać poważnych wskazówek, świadczących o ciężkiej organicznej chorobie żołądka. Tymczasem podczas operacyi w obu przypadkach okazało się, że przyczyn choroby należało szukać w układzie nerwowym, gdyż zmian organicznych nie było. Dalszy przebieg choroby potwierdził rozpoznanie nerwicy żołądka. W pierwszym przypadku powodem operacyi było przypuszczenie przeszkody mechanicznej, zdaniem autora zbyt pochopnie postawione, gdyż stwierdzono tylko umiarkowane rozszerzenie żołądka i nieznaczne zaleganie treści, w drugim zaś przypadku podejrzywano istnienie raka na zasadzie badania treści żołądkowej (brak kwasu solnego wolnego, obecność kwasu mlekowego, obfitość drożdży) i szybko postępującej utraty wagi; operacya więc była zupełnie usprawiedliwioną. *Dr. Czaplicki.*

Dr. Gryglewicz. **Przypadek żółtaczki zakaźnej (choroby Weila)** (*Gazeta lekarska* 1902, Nr. 6). Obraz choroby w opisywanym przypadku charakterystyczny: gwałtowny początek (dreszcz, ból głowy, wymioty, wysoka ciepłota 41° C.) wysoka, tydzień trwająca gorączka z bredzeniem, żółtaczka bez zatkania dróg żółciowych, obrzęk wątroby i śledziony, wreszcie zajęcie nerek. Bolesność mięśni kończyn, zwykle bardzo znaczna, w tym przypadku nie była wybitną, natomiast nastąpiło zajęcie mięśnia kapturowego i nerwów: międzyżebrowego lewego I-go i pośrodkowego prawego. Wybitnych zmian w ilości wydzielanego moczu ani mocznika nie stwierdzono; natomiast badanie krwi wykazało leukocytozę neutrofilową ze zmniejszeniem liczby ciałek eozynochłonnych. Po 23 dniach chory opuścił szpital zdrowy, mając jedynie dość znacznie powiększoną śledzionę. *Dr. Czaplicki.*

Dr. F. de Quervain. **O prawostronnem położeniu całego jelita grubego i o częściowym „situs inversus."** (*Archiv Langenbecka* 65/2). Zarodkowa pętla pępkowa, z której dolnego ramienia rozwija się cała kiszka (gruba), a z górnego całe jelito (cienkie), w miarę rozwoju płodu wykonuje w warunkach fizyologicznych ruch obrotowy, przeciwny posuwaniu się wskazówki na zegarze. Ztąd wynika znane ułożenie i stosunek kiszek grubych do reszty jelit. W patologicznych, nieznanych nam warunkach pętla pępkowa, 1) ruchu tego wcale nie wykonuje, lub też 2) niezupełnie go wykonuje, albo też 3) w kierunku przeciwnym i znowuż *a*) wykonuje niezupełnie, lub *b*) zupełnie. Następstwem tego jest cały szereg patologicznych ułożeń jelit. Zatem w 1-szym przypadku kiszka gruba leży w tyle, przykryta przez pętle jelit cienkich; w 2-gim cała kiszka zajmuje przeważnie lewą i górną część jamy brzusznej; w 3-cim przypadku znajdziemy albo *a*) kiszkę całą po prawej stronie jamy brzusznej, lub *b*) jeszcze wyższy stopień tamtej wady; czyli „situs inversus partialis inferior". Autor przytacza kilka własnych i cudzych przykładów, ilustrujących to ostatnie ułożenie. *Herman.*

Dr. L. J. Janowsky. **W sprawie raka warg.** (*Archiv Langenbecka* 65/2). Na podstawie własnego materyału, złożonego ze 178 spostrzeżeń, zebranych w Kijowie, wysnuwa autor wnioski przeważnie znane. A więc stwierdza, że operacya tego nowotworu z bardzo małemi niebezpieczeństwami jest połączona, nawet wówczas kiedy obok gruczołów wypiłować się musi częściowo szczękę, co się w każdym przypadku czynić powinno, skoro się tego okaże potrzeba. Gruczołów szukać się winno w każdym przypadku, gdyż przerzuty w nich zjawiają się już w drugim miesiącu cierpienia. Przy takiem doszczętnem postępowaniu osiągnąć można 49% trwałych wyleczeń, uwzględniając fakt, że o ile nawroty często są w pierwszem półroczu po operacyi, o tyle wyjątkowo się zdarzają po dwóch latach. W rokowaniu liczyć się trzeba ze zjawiskiem, że w przebiegu tych nowotworów wyróżniają się wyraźnie przypadki o łagodnym przebiegu od przypadków nader złośliwych. W ogólności rak wargi górnej pojawia się 19 razy rzadziej, niż dolnej. U kobiet rak wargi jest 10 razy rzadszy, niż u mężczyzn, lecz u nich za to 5 razy częściej obserwuje się raka wargi górnej. *Herman.*

Prof. Dr. W. Sniegirew. **Przypadek częściowego wycięcia śledziony przy użyciu pary wodnej, jako środka tamującego krew.** (*Archiv Langenbecka* 65/2). Młoda kobieta uskarżała się na znaczne dolegliwości w jamie brzusznej. Dolegliwości tych nie tłómaczyła puchlina trąbki, istniejąca po lewej stronie. Trzeba je było odnieść do znacznie powiększonej śledziony. Postanowiono tedy zmniejszyć guz śledzionowy przez częściowe jego wycięcie. Otworzono jamę brzuszną, wytoczono śledzionę na zewnątrz i wycięto $^1/_3$ część całego guza. Krwawienie tamowano parą wodną, którą musiano przepuszczać przez 12 minut. Przestały jednak broczyć nawet tętnice o średnicy tętnicy promieniowej. Kikut wszyto w ranę powłok. Chora wyzdrowiała i uwolnioną została od dawniejszych przypadłości. Badanie mikroskopowe tkanki wyciętej wykazało naczyniaka jamistego. *Herman.*

Dr. M. Rheinwald. **Przypadek symetrycznego mięsaka obu kości ramienia.** (*Brunsa Beitr. zur klin. Chirurgie* T. XXXII, 1902, Nr. 1). U tego samego chorego musiano wypiłować górną część kości ramieniowej najpierw jednej, a po $1^1/_4$ roku drugiej, gdyż z okolicy chrząstek nasadowych wyrastały mięsaki. W 8-mym miesiącu po drugiej operacyi chory umarł z powodu przerzutów w wątrobie. Z całego dalszego wywodu widać, że zdaniem R., oba mięsaki uważaćby należało za sprawę pierwotną, a nie przerzutową, dokładnie jednak w tej materyi się nie oświadcza. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Mandelberg. **Leczenie ostrej niedrożności jelit podskórnemi zastrzykiwaniami atropiny. Wyleczenie.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 1, 21-go października 1901 r.). M. został zawezwany do chorej, która w ciągu pięciu dób nie miała stolca pomimo zastosowania oleju rącznikowego, trunku wiedeńskiego i t. d. Skarżyła się przytem na silne bóle pod łyżeczką i uporczywą czkawkę; brzuch był nieco wzdęty, tętno 80. M. zalecił siarkan atropiny 0,02 w zawiesinie oleju rącznikowego 180,0 co dwie godziny po łyżce stołowej; stolca jednak nie było. Dla odmiany zalecono sól karlsbadzką co sześć godzin po dwie łyżeczki od kawy; lecz także bez skutku. Wreszcie zastrzyknięto pod skórę 0,001 siarkanu atropiny. Następnego dnia chora czuła się w ciągu trzech godzin, jakby ogłuszona, i wkrótce usnęła po raz pierwszy od sześciu dni; bóle pod łyżeczką znacznie złagodniały, lecz stolca ciągle niema. Pomimo, że źrenice były silnie rozszerzone, i chora skarżyła się na suchość w jamie ustnej wstrzyknięto znów 0,001 siarkanu atropiny, a wieczorem podano 15,0 oleju rącznikowego. Wystąpiły objawy ogłuszenia, jak poprzednio. Po trzech godzinach nastąpił stolec papkowaty, poczem chora szybko wróciła do zdrowia. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Sokalski. **W sprawie leczenia ostrej niedrożności jelit sposobem Batscha — zastrzykiwaniem atropiny.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 1). Autor został zawezwany do chorego, z zawodu rolnika, liczącego 21 lat, który nie miał od dwóch dni stolca i użalał się na silne bóle w brzuchu i wymioty; ciepłota prawidłowa, tętno nieco przyspieszone; rysy oblicza zaostrzone; część górna brzucha znacznie wzdęta; ruchy robaczkowe oddzielnych pętli jelitowych rysują się wyraźnie; część dolna brzucha mało wzdęta, miękka; objawy te wystąpiły nagle. Cały ten czas chory nie oddawał stolca, ani gazów. Wysokie lewatywy nie dały dodatniego skutku; w dniu następnym stan chorego bardzo się pogorszył, wystąpiły wymioty kałowe, w których znaleziono glistę ludzką (*ascaris lumbricoides*); brzuch więcej wzdęty, ciepłota prawidłowa, tętno przyspieszone. Zastosowano lewatywy wysokie rano i wieczorem, lecz bez skutku. Podawano makowiec, lecz stan chorego jeszcze pogorszył się, a wszystkie objawy wzmogły. Płókanie żołądka i lawa-

tywy wysokie, jak przedtem pozostały bez skutku. O godzinie drugiej popołudniu zastrzyknięto pod skórę 0,0025 siarkanu atropiny; wieczorem wymioty były mniej częste; w nocy chory miał sześć stolców nader obfitych, zawierających płynny kał. Od tej chwili stan chorego szybko się poprawiał, oblicze Hippokratesa znikło, brzuch opadł, czkawka i wymioty ustały, a chory zażądał posiłku. Po paru dniach nastąpiło zupełne wyzdrowienie. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 7 marca 1902 r.

Przewodniczący: kol. Sołowij. Obecnych członków 43.

I. Kol. Świątkiewicz Józef przedstawia chorą z kliniki dermatologicznej z owrzodzeniami gruźliczemi na błonie śluzowej wargi górnej i podniebieniu twardem. Chora zeszłego roku zgłosiła się do kliniki ze zmianami toczniowemi na podniebieniu miękkiem, twardem i strunach głosowych. Obecnie u chorej, u której już wtedy było wybitne stłumienie w obu szczytach, stłumienie jest większe. W miejscu dawnych zmian, usuniętych częściowo za pomocą żegadła Paquelina, częściowo pędzlowaniem kwasem mlekowym, pozostała blizna bez śladu nawrotu; natomiast na podniebieniu twardem i na wardze górnej powstały typowe podostre wrzody gruźlicze.

II. Kol. Feuerstein omawia przypadek ropnia mózgu. Dziewczyna 24-letnia. Pod koniec 4 tygodnia typowego duru brzusznego powstaje udarowo porażenie połowicze lewostronne. W ciągu następnych 2 tygodni stromo krzywe ciepłoty; w ciągu 2 dalszych ciepłoty wieczorne poniżej 37°; stałe apatya i senność. Po kilkodniowym stanie podgorączkowym (C. 38.8°) cięższe objawy mózgowe: silne bóle głowy, duża senność, apatya, bezustanne wymioty, zwolnienie tętna, w końcu ciężki zapad; nazajutrz ciepłota podgorączkowa, znaczna poprawa. *Neuritis optica incipiens.* Po 3 dniach ponownie groźne objawy mózgowe. Rozpoznanie ropnia w pobliżu prawej torebki wewn. Po naradzie z kol. Arnoldem i kol. Ziembickim postanowiono przystąpić do zabiegu operacyjnego, z zamiarem odsłonięcia okolicy ruchowej i wykonania nakłuć próbnych w rozmaitych kierunkach. (Operacyę wykonał kol. Ziembicki). Po skierowaniu igły ku płatowi czołowemu wyciągnięto kilka ctm. bezbarwnego, gęstawego, mętnego płynu. Cięcie, poprowadzone w tym samym kierunku, nie wykazało ropy, ani też większej ilości wspomnianego płynu. Operacyę zakończono wprowadzeniem cienkiego sączka do rany mózgu. Badanie bakteryologiczne otrzymanego przez nakłucie płynu (kol. Kuczera) wykazało nadzwyczaj bujne hodowle prątka durowego, podczas gdy wyciągnięty w kilkanaście godzin po operacyi przez punkcyę lędźwiową płyn okazał się zupełnie jałowym.

Po operacyi wybitne polepszenie. Stan bezgorączkowy w ciągu 2 tygodni. Ustępienie objawów wzmożonego ucisku mózgowego. Chora zachowywała się niesfornie i zdzierała opatrunki, zanieczyszczając ranę, w której wytworzyło się niewielkie wypadnięcie mózgu. W 3 tygodniu gorączka, objawy oponowe, wśród których nastąpiło zejście śmiertelne. Sekcya (kol. Kuczera) wykazała: białe rozmiękczenie, zajmujące teren operacyjny, jądro soczewicowate, torebkę wewnętrzną i j. ogoniaste; tuż przed przednim rogiem i tuż pod głową j. ogoniastego — ropień wielkości orzecha włoskiego o ścianach dosyć zbitych, wypełniony gęstą, zielonkowatą treścią; kanał, w którym spoczywał sączek, kończy się ślepo tuż pod głową j. ogon., przylegając niemal do ściany ropnia. Zapalenie ropne opon *Pyocephalus*. W ropie z opon i komór prątki durowe i Friedlaendera (hodowle); w ropniu te same drobnoustroje (na prepar. barwionych).

Przypadek pod wielu względami niejasny. Ropienie wywołane zostało najprawdopodobniej przez prątki durowe; użyta do nakłucia igła dotarła do ściany ropnia, rozmiękłej i przepojonej wysiękiem, zawierającym prątki durowe; wskutek urazu operacyjnego zajęło rozmiękczenie większy obszar. zaś zapalenie opon spowodowane zostało następowem zakażeniem (prątek Friedländera) z zanieczyszczonej rany, a po części także dalszem bujaniem prątka durowego. Następowe zakażenie tłómaczyłoby również najlepiej obecność prątków Friedländera w treści ropnia.

Możnaby również przypuszczać, że płyn, wyciągnięty podczas operacyi, pochodził z przedniego rogu bocznej komory, atoli jałowość cieczy mózgowo-rdzeniowej, wydobytej przez nakłócie lędźwiowe, przemawia przeciwko podobnemu pojmowaniu rzeczy. Z drugiej jednak strony należy tu zachować jak największą ostrożność we wnioskowaniu, ponieważ nie posiadamy dotąd dokładnych porównawczych badań nad rozmieszczeniem prątków durowych w rozmaitych tkankach i cieczach ustroju.

Dyskusya. Kol. Kuczera sądzi, że płyn wydobyty podczas operacyi ze względu na ogromną ilość zawartych w nim prątków durowych pochodzić musiał z ogniska chorobowego. Kol. Świtalski wyraża zdanie, że sprawy mózgowej nie można było dosyć dokładnie zlokalizować, wobec czego nie było należytych wskazań do operacyi; gdyby zamiast porażenia połowiczego było porażenie ograniczone (*monoplegia*), albo gdyby do obrazu choroby przyłączyły się drgawki Jacksonowskie, umiejscowienie byłoby pewniejsze i zabieg wskazany. Należało było poprzestać na nakłuciu lędźwiowem. Poprawę po operacyi przypisać należy trepanacyi; przypadek z praktyki Babińskiego popiera to twierdzenie. Kol. Wehr sądzi, że nie było dostatecznych wskazań do operacyi ze względu na nieścisłe umiejscowienie. Kol. Feuerstein podnosi, że jest to dotychczas jeszcze rzeczą osobistego zapatrywania, czy operacye, polegające tak jak w danym przypadku na próbnych nakłuciach, mają racyę bytu w razie dostatecznie uzasadnionego rozpoznania ropnia, a niezupełnie ścisłej lokalizacyi. Zdaniem kol. F. należałoby nawet w takich warunkach przystępować zawsze do próbnej trepanacyi. Ze względu na złe rokowanie w przypadkach ropni mózgowych, pozostawionych własnemu losowi, szybka i śmiała decyzya lekarza może wyjść chorym na pożytek, podczas gdy chwiejność i zwlekanie wytrącają mu najczęściej z rąk jedyną broń, jaką posiada. (Na poparcie przytacza F. kilka przykładów, spostrzeganych wspólnie z kol. Ziembickim, Trzcienieckim i Spalkiem). Mówca zgadza się z poglądem kol. Świtalskiego, zresztą ogólnie znanym i rozpowszechnionym, na pożyteczność, najczęściej paliatywną, trepanacyi w sprawach mózgowych, połączonych ze wzmożeniem ucisku śródczaszkowego. Kol. Ziembicki niechętnie przystępował do operacyi ze względu na niemożność ściślejszego umiejscowienia ogniska i niejasną etyologię; zdecydował się jednak, nabrawszy z całego przebiegu choroby przekonania, że w przypadku tym, jak w wielu podobnych, niema nic do stracenia: Chora żyła po operacyi przeszło 3 tygodnie; gdyby się nie było wykonało zabiegu, zejście śmiertelne byłoby nastąpiło prawdopodobnie o wiele prędzej.

III. Kol. Marischler przedstawia chorego z kliniki lekarskiej.

IV. Kol. Przewodniczący zawiadamia, że za tydzień odbędzie się posiedzenie wspólnie z Tow. nauczycieli szkół wyższych, higienicznem, pedagogicznem i »Sokoła«, w sprawie reformy wychowania fizycznego.

V. Kol. Moraczewski: »O spalaniu w organizmie«. Prelegent zdaje sprawę ze swych badań nad wydzielaniem kwasu szczawiowego, acetonu i indykanu w cukrzycy. Omówiwszy metody i przypuszczalny stosunek wzajemny tych ciał, podaje wyniki, z których wypada, że w ogóle zarówno indykan, jak kwas szczawiowy i aceton wydzielają się w znacznej ilości w cukrzycy, że dyeta, w której przeważają tłuszcze, szczególniej wpływa na wzmożenie ilości tych ciał. Co się tyczy acetonu, to jest to rzeczą powszechnie znaną; natomiast kwas szczawiowy i indykan nie były dotąd badane w tym względzie. Obok tych ciał M. oznaczał siarkę związaną i przekonał się, że siarka szczególniej obficie się wydziela przy tłuszczowej dyecie, świadcząc o tem, że obok ciał zbadanych (indykanu) istnieją może inne, wiążące się z siarką, które wraz z acetonem i kwasem szczawiowym wzrastają. Wreszcie zastrzega się M. przeciwko tłómaczeniu tych zjawisk, jako wyników niezupełnego spalania cukru lub tłuszczu.

VI. Kol. Wernicki Kaz. (jako gość) wygłosił odczyt: »O leczeniu gorączki połogowej i stanów pokrewnych«. Prelegent zdaje sprawę ze swych doświadczeń nad działaniem *collargolum* na gorączkę połogową i zapalenie płuc i poleca stosowanie tego środka na szeroką skalę.

Dyskusya. Kol. Mars sądzi, że prelegent zbyt różowo się zapatruje na swoje wyniki. Kol. Wernicki odpowiada, że jego spostrzeżenia w każdym razie zachęcają do dalszych badań.

Dr. Ruff, sekretarz.

Posiedzenie nadzwyczajne, wspólnie z Tow. pedagogicznem, higienicznem, nauczycieli szkół wyższych, »Sokoła«, dnia 14. marca 1902 r.

Przedmiot obrad: »Reforma wychowania fizycznego«.

Przewodniczący: kol. Sołowij. Obecnych 58.

I. Kol. Przewodniczący wita zebranych i dziękuje za tak żywe zainteresowanie się sprawą wychowania fizycznego.

II Kol. Piasecki wygłosił referat, streszczający się w potępieniu ćwiczeń gimnastycznych według systemu niemieckiego, a zalecaniu ćwiczeń wolnych i gimnastyki szwedzkiej.

Dyskusya. Radca Fischer, jako reprezentant »Sokolstwa« odczytał oświadczenie, w którem zawiadamia, że »Sokół« obecnie zajmuje się dochodzeniami w tej sprawie i w niedługim czasie wystąpi z konkretnemi datami. Kol. Merunowicz podnosi ważność sprawy i czyni wniosek, żeby każde z reprezentowanych towarzystw przedyskutowało sprawę u siebie i wybrało delegatów, którzyby potem wspólnie obradowali i przedstawili ogółowi konkretne wnioski. Dr. Mańkowski popiera wniosek kol. Merunowicza. P. Strzelecki jest zdania, że wszystkie towarzystwa powinny urządzić cały szereg wspólnych posiedzeń, i stawia odpowiedni wniosek. Prof. Kalina czyni wniosek o odroczenie dyskusyi z powodu spóźnionej pory. Wniosek ten większością przyjęto. *Dr. Ruff*, sekretarz.

† Prof. Maurycy Kaposi

urodzony 23 października 1837 r., umarł 6 marca 1902.

Wydział lekarski wszechnicy wiedeńskiej poniósł niepowetowaną stratę przez śmierć profesora Maurycego Kaposiego. Wyłom to niemal nie do zapełnienia, gdyż zmarły poświęcił całe swoje życie nauce i obowiązkom, odwdzięczając się sowicie plonem donosłych prac naukowych za te dary, które otrzymał od *alma mater vindobonensis*.

Gdy Ferdynand Hebra upatrzył sobie w Kaposim następcę i ten w r. 1881 objął po twórcy naukowej dermatologii klinikę, wywołało to wiele zawiści. Działalność całego życia Kaposiego zadała kłam pozorom i dowiodła dosadnie, iż Hebra złożył swoją spuściznę w najgodniejsze ręce, które ją nietylko pielęgnowały z namaszczeniem, ale jeszcze potężnie rozwinęły i uzupełniły.

Maurycy Kaposi urodził się w r. 1837 w Kaposwarze na Węgrzech, ukończył studya lekarskie w Wiedniu w r. 1861. Już w r. 1866 został docentem, (pracując wspólnie z Hebrą), a następnie dopiero asystentem klinicznym.

Od czasu objęcia katedry do ostatnich dni życia nie tylko pracował nad rozwojem dermatologii, lecz objął jej ster i nie wypuścił go z rąk aż do śmierci tak, iż w 10 lat później najwybitniejszy dermatolog francuski, Besnier (tłómacz patologii i terapii Kaposiego) pisze: „Aujourd'hui (1891) c'est l'école fondée par Hebra, et dont le professeur Kaposi est le représentant actuel le plus direct et le plus élevé, l'Ecole de Vienne, qui a le monopole de l'enseignement dermatologique international.“ Podziw budzi zaiste płodność literacka Kaposiego, zwłaszcza, gdy się uwzględni jego obowiązki nauczycielskie i olbrzymią praktykę, której istotne rozmiary w tak wielkiem mieście jak Wiedeń łatwo można sobie wyobrazić. Z drugiej strony płodność ta świadczy o niezmordowanej pracowitości, świeżości i sprężystości umysłu zmarłego.

Chcąc dać wyczerpujący obraz literackiej działalności Kaposiego, trzebaby temu poświęcić osobny artykuł, na który niestety w zakreślonych mi ramach miejsca niema. Dlatego też, acz z żalem, ograniczyć się muszę do wzmianki bodaj o tych tylko pracach, które albo torowały drogę zupełnie nowym poglądom w nauce, albo nawet pchnęły ją istotnie na nowe tory. Dwie rozprawy o *Lupus erythematosus* rzuciły nowe światło na tę chorobę i dały nam poznać jej ciężką, ostrą, rozsianą postać (*L. e. disseminatus seu aggregatus*). Również doniosłą jest praca z przed lat wielu o *Lichen scrophulosorum*, na który fancuscy autorowie dopiero w ostatnich czasach zwrócili uwagę. Wraz z Hebrą napisał Kaposi wielkie a wiekopomne dzieło (*Lehrbuch der Hautkrankheiten*), wspierając dzielnie swego mistrza w tym stopniu, że większa część dzieła jest pióra Kaposiego. Zasługą jego dalej jest podział choroby Lichen ruber na planus i acuminatus, podział przyjęty przez Hebrę i niemal wszystkich poważnych dermatologów.

Nawet bowiem autorowie francuscy przyznają w ostanich czasach tożsamość reklamowanej przez nich przedtem *Pityriasis rubra pilaris* (Devergie) z *Lichen ruber acuminatus* (Kaposi). Niezrównana bystrość klinicysty przebija u Kaposiego z opisów nowych schorzeń. Trudno w kierunku klinicznym coś dodać nowego do takich klasycznych jego opisów jak w rozprawach: Xeroderma pigmentosum (*Maladie de Kaposi francuskich autorów*), *Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum*, *Lymphodermia perniciosa*, *Lichen moniliformis*, *Dermatitis papillaris capillitii*, *Zoster hystericus*, *Folliculitis exulcerans serpiginosa nasi*; wszystkie te monografie są po mistrzowsku wykończonymi obrazami klinicznymi. Dalsze obszerne dzieła: „*Syphilis der Haut und angrenzenden Schleimhäute*“, „*Pathologie u. Therapie der Syphilis*“, jako też „*Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten*“ należą do najcelniejszych w zawodowem piśmiennictwie, a nie mniej i w całej nauce lekarskiej.

O wartości „Patologii i terapii chorób skórnych“ świadczy ta okoliczność, iż doczekała się ona piątego wydania (w r. 1899), jakoteż, iż przełożoną została na języki: francuski (dwa wydania), angielski i rosyjski.

Dzieła te, to nie zwykłe podręczniki, lecz prace oryginalne, w których na każdym kroku spotyka się niezmierne bogactwo doświadczenia, poglądy indywidualne, jakoteż nowe przez autora stworzone tory i kierunki.

Atlas chorób skórnych, ostatnie wielkie dzieło przedśmiertne, imponuje ogromem materyału, wspaniale odtwarzającego ikonografię dermatologiczną kliniki wiedeńskiej; zbiory te założył Hebra, a Kaposi z prawdziwym pietyzmem prowadził i uzupełniał.

Zresztą niemal na każdej karcie dermatologii zapisał on złotymi zgłoskami swe imię, ogłosiwszy sto kilkadziesiąt prac, samych cennych i gruntownych, przynoszących li tylko nowe fakta naukowe.

W Towarzystwie lekarskiem wiedeńskiem całe lata nie opuszczał żadnego posiedzenia, budząc tam bardzo często ogólny podziw swoimi świetnymi wykładami i demonstracyami.

Jemu też zawdzięcza powstanie swe wiedeńskie Towarzystwo dermatologiczne, którego był duszą. Świadczy o tem okoliczność, iż z chwilą choroby Kaposiego na posiedzeniach tego Towarzystwa dała się uczuć próżnia, gdyż zabrakło tego wodza i kierownika, tyle dodającego ożywczego ducha.

We wszystkich kongresach dermatologicznych, a i w wielu ogólnolekarskich brał zmarły żywy udział. Na pierwszych najczęściej przewodniczył i rozstrzygał z niezrównanym krytycyzmem sprawy sporne. Olśniewał on formalnie audytoryum, gdy zabierał dłos w debatach lub omawiał rozmaite tematy dermatologiczne. Odznaczał się zawsze rzadką logicznością i jasnością poglądów, jakoteż głęboką erudycyą. Wszystkim uczestnikom pozostanie głęboko w pamięci II międzynarodowy Kongres dermatologiczny w Wiedniu (1892), który tak świetnie wypadł, głównym bowiem organizatorem jego był Kaposi.

Jako dyagnosta był głośnym w całym świecie. Opierając morfologię chorób skórnych na anatomii patologicznej, patrzył on na rozmaite zmiany w powłokach zewnętrznych nie jakoby to były nic niemówiące martwe obrazy, lecz widział w nich zmiany anatomiczne i umiał je sprowadzić w wzajemny stosunek. Formy patologiczne, właściwe rozmaitym schorzeniom, uważał za fakta podstawowe, które nigdy, nawet przy największym postępie nauk lekarskich, nie dadzą się obalić. Etyologii i patogenezy chorób skórnych, a tem samem i badań w pracowni, nie lekceważył, lecz mimo to liczył się przedewszystkiem z klinicznemi objawami chorób. Tutaj też leży tajemnica świetnych wyników rozpoznawczych i leczniczych Kaposiego.

Powstawał on słusznie i gromił publicznie bez ogródek mnożących się dzisiaj niestety rzekomych dermatologów, u których wyobraźnia zastępuje ścisłe spostrzeżenie kliniczne, a pracownia z nowemi sposobami badania pobudza do opisywania przy zielonym stoliku nowych schorzeń.

Najczęściej też demaskował te pozornie nowe dermatozy, jako już dawno i dokładnie znane, a opisane w starszych dziełach. Bolał też wtedy formalnie, iż żywioły te, które pod naukowym płaszczykiem tylko własną reklamę uprawiają, podkopują sławę zawodu, wywalczoną z takim trudem.

Kiedy w r. 1885 wstąpiłem do kliniki dermatologicznej wiedeńskiej, zachwyciły mnie wysoce zajmujące, prawdziwie krasomówcze, a wielce przystępne wykłady mistrza. Jako kilkoletni asystent poznałem w moim kierowniku nietylko nadzwyczajnego nauczyciela, lecz także idealnego przełożonego, który na każdym kroku troszczył się o wyrobienie samodzielności i indywidualności w ludziach, otaczających go, a mających w przyszłości tworzyć jego szkołę. Cieszyło go każde nowe spostrzeżenie i każde trudniejsze rozpoznanie, uczynione przez asystenta. Uczestniczył we wszystkich pracach, przedsiębranych w klinice. Przestrzegał tylko ściśle naukowego wszechstronnego badania, a zwalczał przesądy i fantastyczne hipotezy. Badania etyologiczne popierał, podnosząc, iż dermatologia była jedną z pierwszych gałęzi medycyny, która poznała przyrodę chorób zakaźnych i ich zarazki. Zawsze jednak za najważniejsze uważał badanie kliniczne i twierdził, iż w nauce chorób skórnych pierwsze miejsce należy się choremu; u tego zaś z reguły uwzględnić należy cały ustrój. Bystrość, z jaką często ze zmian skórnych rozpoznawał całą chorobę, była istotnie zadziwiającą, a polegała na gruntownym poglądzie na sprawy patologiczne i tylko ci, którzy niedotrzymywali mu kroku w rozumowaniu, mogli czynić zarzut, że szkoła wiedeńska hołduje jednostronnemu kierunkowi specyalistycznemu.

Prace Kaposiego przyczyniły się głównie do utwierdzenia rozpoznawania i charakterystyki chorób skórnych, jakoteż do uproszczonego i zrozumiałego ich słownictwa. To rozpoznawanie chorób z objawów przedmiotowych sprawiło, iż Kaposi jako klinicysta, odznaczał się pewnością i stałością w rozpoznawaniu, rokowaniu i leczeniu chorób skórnych, w czem nie miał sobie równego. Zrozumiałem też jest zaufanie, jakiem on cieszył się u publiczności bez przesady całego świata.

To, co nie każdemu dane, stworzenie własnej szkoły, powiodło się Kaposiemu; przedstawicielami tej szkoły są dziś najbliżsi jego uczniowie: Jarisch, Riehl, Lustgarten, Łukasiewicz, Spiegler, Kreibich, Weidenfeld. Szkoła wiedeńska stanowiła za Kaposiego kolebkę nowej nauki. Z całego też świata spieszyli lekarze, aby u źródła poznawać zasady dermatologii.

Najwybitniejszym w zawodzie zależało wielce na opinii o nich Kaposiego. Wielu też z nich żądało wyrażenia tej opinii na piśmie, wiedząc, jak wielkie znaczenie może mieć w życiu zdanie Kaposiego o nich. Daleko po za granicami Austryi wywierał on wpływ na obsadę katedr dermatologii, gdyż zasięgano powszechnie zdania jego w tym kierunku. On zaś zajmował się najprzychylniej kolegami zawodowymi, dzieląc całe swoje jestestwo między dermatologię i rodzinę, bo te najwięcej ukochał.

Znaną była koleżeńskość, łatwość w obejściu i gościnność, z jaką przygarniał do swego ogniska domowego każdego z kolegów, z którym się zetknął. Jako przykład, niechaj posłużą słowa jednego z najwybitniejszych lekarzy skandynawskich: „niktby nie sądził, rzekł on, iż mąż tej sławy naukowej, co Kaposi, mógł być równie przystępnym, prostym w obejściu i gościnnym“.

Na zaszczytach zmarłemu nie zbywało, posiadał bardzo wiele najwyższych odznaczeń krajowych i zagranicznych. Przed półtora rokiem grono uczniów obchodziło uroczyście, podniośle i serdecznie 25-letni jubileusz nauczycielski mistrza.

W zmarłym przedwcześnie straciła wiedza w ogólności, dermatologia zaś w szczególności sumiennego i genialnego pracownika i orędownika. Pamięć jego jednak pozostanie na zawsze, gdyż uwiecznił ją najtrwalszymi pomnikami. *Sit ei terra levis.*

Włodzimierz Łukasiewicz.

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie zwalczania chorób syfilitycznych i wenerycznych w powiatach kosowskim i nadworniańskim.

Miałem zamiar całą akcyę, skierowaną w powyższym celu, opisać dokładnie dopiero po wprowadzeniu jej w życie; lecz bardzo nieprzychylne uwagi, umieszczone w Nr. 13 „Przeglądu lekarskiego“ z 29-go z. m., zniewalają mnie już teraz do opisania pokrótce wszystkich tych urządzeń, które rząd wspólnie z władzami autonomicznemi w najbliższym czasie w obu tych powiatach zamierza wprowadzić.

Wszystkie szpitale powszechne i publiczne w południowo-wschodniej części kraju są stale przepełnione, a w szczególności szpitale w Śniatynie, Kołomyi i Stanisławowie, do których możnaby przyjmować chorych z powiatów kosowskiego i nadwórniańskiego. Dlatego nie możnaby do tych szpitali posyłać jeszcze większej liczby chorych, lecz zachodzi potrzeba budowania nowych. W tym względzie Rady powiatowe w Kosowie i Nadwórnej oświadczyły się z gotowością do znaczniejszych ofiar pieniężnych; rząd centralny przyrzekł subwencyę, gdy mu będą przedłożone plany na budowę tych szpitali; chodzi więc tylko o to, aby Sejm krajowy, stosownie do postanowień ustawy z 28 lipca 1897 r., uchwalił budowę obu tych szpitali.

Zanim to jednak nastąpi, ofiarował się rząd dostarczyć baraków Czerwonego Krzyża wraz z całem urządzeniem szpitalnem na rozszerzenie szpitali powszechnych w Śniatynie, Kołomyi i Stanisławowie. Wydział krajowy został odezwą z d. 26 lutego 1902 r. L. 19773 uwiadomiony, że Namiestnictwo jest gotowe każdego czasu przesłać na koszt skarbu państwa baraki wspomniane do wymienionych szpitali. Namiestnictwo ma obecnie do rozporządzenia sześć baraków, każdy na dziesięć łóżek; w razie potrzeby niezawodnie otrzyma ich więcej.

Lecz nie wszyscy chorzy mogą być w szpitalu leczeni, a wobec braku ustawowego przymusu leczenia w szpitalach, nie wszyscy zechcą udać się do szpitala. Dlatego to rząd ustanawia w kilku punktach obu tych powiatów (przeważnie w siedzibie lekarzy okręgowych) ambulatorya i wyposaża je w przybory do badania i leczenia chorych syfilitycznych i wenerycznych. W tych ambulatoryach ubodzy chorzy otrzymają nietylko poradę lekarską bezpłatnie, ale także środki lecznicze na koszt funduszów publicznych. Nadto Namiestnictwo jest upoważnione, tam gdzie okaże się tego potrzeba i gdzie warunki miejscowe będą odpowiednie, urządzić szpitale tymczasowe „Nothspitäler“, w których będą ubodzy syfilitycy leczeni bezpłatnie.

Każdy z ustanowionych lekarzy do leczenia chorób syfilitycznych i wenerycznych będzie miał obowiązek leczyć bezpłatnie w ambulatoryach tych chorych ubogich, których nie można odesłać do szpitala; obok tego ambulatoryjnego leczenia w pewnych stałych godzinach, lekarze ci będą odbywać podróże w gminach im przydzielonych w celu sprawdzenia, czy w rodzinach osób, znanych im jako dotkniętych kiłą, niema więcej takich chorych i pouczać ludność o sposobach szerzenia się jej i o koniecznych środkach ostrożności.

Urządzenia powyższe będą wprowadzone na czas potrzeby, a więc trwanie ich nie jest ograniczone żadnym terminem; o ile zaś znam stosunki, będą one potrzebne co najmniej przez lat kilka, tj. zanim nie będą pobudowane szpitale powszechne w Kosowie i Nadwórnej i zanim władze autonomiczne nie ustanowią lekarzy okręgowych wszędzie tam, gdzie tego stosunki miejscowe wymagać będą.

Wogóle w przedstawieniu swych wniosków, które przez Ministerstwo zostały zatwierdzone, przestrzegało Namiestnictwo tej zasady, by bez wywierania jakiegokolwiek przymusu na ludność, jedynie przez najdalej idące ułatwienie leczenia się w szpitalach i po za nimi, oraz przez stosowne pouczanie ludności, zwalczać choroby syfilityczne i weneryczne.

W wnioskach swych szło Namiestnictwo za wzorem rządu bośniackiego, który, kierując się powyższemi zasadami, z najlepszym skutkiem zwalcza choroby w mowie będące w Bośni, jak o tem dowiedziałem się z wyczerpującego przedstawienia sprawy, przedłożonego przez naszego rodaka Dra L. Glücka międzynarodowemu Kongresowi dla zwalczania chorób syfilitycznych i wenerycznych, odbytego w Brukseli w r. 1899.

Co się tyczy wysokości wynagrodzenia lekarzy, to dla lekarzy okręgowych i ewentualnie c. k. asystentów sanitarnych (pobierających adjutum), gdyby zachodziła potrzeba ich eksponowania, jest ono wcale korzystnem; dla lekarzy zaś eksponowanych, nie posiadających żadnej płacy, stara się Namiestnictwo o podwyższenie dyet z funduszu krajowego, a to wskutek uchwały krajowej Rady zdrowia, powziętej na mój wniosek na posiedzeniu dnia 21-go z. m.

Na tem też posiedzeniu uchwalono instrukcyę dla lekarzy delegowanych do obu tych powiatów, opracowaną przez prof. Łukasiewicza, jako członka nadzwyczajnego krajowej Rady zdrowia, a zarazem na mój wniosek uproszono go, aby zechciał zwiedzić oba powiaty wówczas, gdy zamierzone urządzenia będą w ruch wprowadzone. Profesor Łukasiewicz z całą gotowością przyrzekł to uczynić, a ze spostrzeżeń jego, uczynionych na miejscu, nie omieszka administracya polityczna skorzystać.*)

We Lwowie 31-go marca 1902 r. *Dr. Józef Merunowicz.*

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 3 kwietnia.

* W poniedziałek rozpoczyna się w Monaco trzydniowa międzynarodowa konferencya delegatów Związku prasy lekarskiej. Niestosowna pora roku i wybór ekscentrycznego miejsca na siedzibę Zjazdu uniemożebniają podróż niektórym delegatom z krajów oddalonych, a jak wnosić można z czasopism, Rosya z tych powodów nie będzie miała swego reprezentanta. Na porządku dziennym będą trzy następujące zagadnienia: 1) Statut Związku międzynarodowego prasy lekarskiej. 2. Porozumienie wzajemne na punkcie ścisłego określenia pojęcia prawnego »własność literacka« w zakresie publikacyj naukowych i zapewniającego wzajemne poszanowanie tej własności przez członków Związku. 3) Projekt założenia stałego biura czyli centralnej agencyi, informującej czasopisma lekarskie, należące do Związku

I. Referat o poszanowaniu własności literackiej w zakresie prasy lekarskiej objęli: Baudouin, Blondel i Maurans. W szerokich liniach szkic ich poglądów brzmi, jak następuje: 1) artykuły oryginalne i wykłady w czasopismach, będące własnością bądź autora, bądź też autora i czasopisma, nie mogą być przedrukowywane lub tłómaczone bez upoważnienia czasopisma. Natomiast mogą być one roztrząsane bez wszelkiego upoważnienia, lecz z przytoczeniem źródła, z którego pracę zaczerpnięto. Jeśli krytyka dotyczy tylko jednego ustępu, to wystarczy samo przytoczenie autora. 2) Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw naukowych i Zjazdów, dalej korespondencye naukowe, sprawy zawodowe itd. mogą być przedrukowywane bez upoważnienia, lecz koniecznie należy przytoczyć czasopismo, z którego się korzystało. 3) Wszystkie inne a pomniejsze części czasopisma (wiadomości kronikarskie) mogą być zużytkowywane bez zastrzeżenia.

II. Projekt założenia stałej międzynarodowej agencyi centralnej dla informacyi czasopism lekarskich, należących do Związku, opracował Dr. Blondel. Zadanie agencyi ma polegać na skupieniu wszelkich informacyj naukowych i rozsyłaniu ich do redakcyj czasopism, należących do Związku. W tym celu czasopisma zobowiążą się do przesyłania agencyi w terminie nie dłuższym nad dni 15 po wyjściu artykułu oryginalnego — streszczeń prac, wykonanych przez autorów, bądź w języku ich własnym, bądź też po francusku. Zasadni zą myślą tej organizacyi jest zapobieżenie, ażeby żadna praca, ogłoszona w jakimkolwiek języku, nie uszła uwagi całego ogółu naukowego. Konferencya zatem będzie miała do rozważenia następujące punkta: 1) Czy istnieje potrzeba takiej agencyi? 2) Gdzie ma być jej siedziba? 3) Roczna opłata na cele agencyi.

Szczegółowe obliczenie budżetu, oraz wszelkie inne sprawy zawilsze zostały opracowane i będą przedłożone konferencyi do ostatecznego uchwalenia.

* Pod przewodnictwem ministra Hartla odbyła się d. 24-go marca w Wiedniu ankieta w sprawie rewizyi ustawy o rygorozach lekarskich, w której wzięli udział delegaci wszystkich austryackich wydziałów lekarskich. Przewodniczący zwrócił uwagę na potrzebę bezzwłocznego załatwienia wniosków, dotyczących pierwszego rygorozum, ze względu na to, że nowa ustawa ma już wejść niebawem w życie. Uchwalono następujące zmiany: z 6 przedmiotów, należących do pierwszego rygorozum, może kandydat przystąpić do egzaminu z trzech, mianowicie: z ogólnej biologii, fizyki i histologii albo chemii już z końcem IV-go półrocza; pozostałe zaś trzy przedmioty może zdawać w ciągu V-go półrocza. Pomiędzy pojedyńczymi egzaminami tego V-go półrocza mają być przerwy dwutygodniowe. Kandydatom przysługuje prawo rozszerzenia studyów, należących do pierwszego rygorozum i poza IV-te półrocze. Kandydat, który padł z niektórych przedmiotów, należących do pierwszego rygorozum, nie ma obowiązku powtarzania egzaminu ze wszystkich przedmiotów, lecz tylko z tych, w których okazał postęp niedostateczny.

P. minister oświadczył, że w ciągu letniego półrocza zwoła nową ankietę dla powzięcia uchwał w sprawie II-go i III-go rygorozum. W ankiecie między innymi brali udział prof. Wachholz z Krakowa i prof. Obrzut ze Lwowa.

* Wydział krajowy mianował Dr. Adama Zagórskiego prymaryuszem oddziału okulistycznego, a Dra Józ. Elsnera stałym sekundaryuszem szpitala powszechnego, obu w Rzeszowie; Dra Stanisława Łuniewskiego — sekundaryuszem szpitala powszechnego w Kołomyi.

* Prof. Dr. Bron. Kader mian. został członkiem korespondentem Towarzystwa lekar. wileńskiego.

* »Przegląd dentystyczny« (Nr. 2) donosi, że rosyjskie ministeryum spraw wewnętrznych nie zezwoliło na założenie w Warszawie Towarzystwa odontologicznego.

* Węgierski minister oświaty wydał prawo, zobowiązujące wszystkic doktorandów do odbycia roku praktyki lekarskiej w jednym z wskazanych szpitali cywilnych, jako warunku otrzymania dyplomu. Ten rok praktyki tak ma być podzielony, ażeby doktorand mógł ją odbyć po parę miesięcy w każdym z głównych oddziałów szpitalnych. Dopiero po otrzymaniu absolutoryum od dyrektora szpitala, dziekan wydaje dyplom doktorski, uprawniający do praktyki.

* Z powodu zanieczyszczenia wodociągu paryskiego stolica Francyi ulega epidemii duru brzusznego. W ciągu stycznia i lutego b. r. było 466 przypadków, w roku zaś przeszłym w tymże samym czasie tylko 282. Wogóle w Paryżu dur brzuszny nie wygasa i to zapewne trwać będzie tak długo, jak długo »stolica świata« pije wodę z Sekwany.

* Między 13 a 18 marca doniesiono władzy o 4 przypadkach ospy w powiecie gorlickim. Dur osutkowy stwierdzono w następujących powiatach: bohorodczańskim (3 gminy), brodzkim (1 gm.), dąbrowskim (1 gm.), husiatyńskim (3 gm.), jaworowskim (1 gm.), mościskim (3 gm.), nadworniańskim (3 gm.), rawskim (1 gm.), stanisławowskim (2 gm.), tarnopolskim (2 gm.), trembowelskim (1 gm.), wadowickim (1 gm). Wszystkich przypadków w przytoczonych powiatach było 60.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa, Tydzień X (2—8—III). W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 6, urodziło się dzieci 53, umarło osób 50 — mianowicie: z gruźlicy 15 (5 zam.), z zapalenia płuc 4, z błonicy i dławca 2, z płonicy 5 (1 zam.) z cholery dziecięcej 2.

Tydzień XI (9—15—III) zawarto małżeństw 4, urodziło się dzieci 58, umarło osób 62 — mianowicie: z gruźlicy 10 (6 zam.), z zapalenia płuc 7 (1 zam.), z płonicy 5 (1 zam.), z czerwonki 1, z cholery dziecięcej 5 (2 zam.).

Mianowania i odznaczenia. Profesorem doświadczalnej psychologii w *Collège de France* mian. został Dr. Janet. Prof. Sokołow został kierownikiem kliniki chirurgicznej w Charkowie. Prof. Pfannenstiel mianowany został dyrektorem kliniki ginekologicznej w Giessen. Prof. nadzw. Gonella mian. prof. zwyczajnym kliniki okulistycznej w Cagliari. Prof. nadzw. farmakologii Sabbatani mianowany prof. zwyczajnym w Cagliari.

Nekrologia. Dr. Jan Łazarewicz, prof. położnictwa w Charkowie, zmarł w 72 roku życia w Petersburgu. Dr. Felicyan Jakó-

*) Wyjaśnienia P. Protomedyka dowodnie świadczą, że zarzuty, podniesione w Nr. 13 »Przegl. lek.«, były przedwczesne. *(Red.).*

bowski, lat 45, zmarł w miasteczku Kroki na Litwie. Mag. chir. Jakób Łucyk l. m. w Kozłowie, zmarł w wieku 65 lat.

Bibliografia:

Dr. von Boltenstern. **Nieoperacyjne leczenie nowotworów złośliwych.** (*Würzburger Abhandlungen aus dem Gesammtgebiet der praktischen Medizin.* II Band 4 Heft.). Poszukiwania środka przeciw nowotworom złośliwym skierowane są w dwóch głównie kierunkach: bakteryoterapeutycznym i farmaceutycznym. Jako punkt wyjścia dla środków pierwszej kategoryi jest przypuszczenie, że nowotwory złośliwe powstają pod wpływem drobnoustrojów. Środki lecznicze zatem starano się otrzymać z różnych przypuszczalnych pasorzytów raka lub z jego utkania — metoda specyficzna (izopatyczna), albo też z innych drobnoustrojów chorobotwórczych — metoda niespecyficzna (antagonistyczna). Wszystkie usiłowania w tym kierunku zarówno według pierwszej jak i drugiej metody można pominąć, gdyż nie doprowadziły one do żadnego pomyślnego wyniku i trzeba powtórzyć za Czernym, że »racyonalną podstawę wewnętrznego leczenia nowotworów osiągniemy dopiero wtedy, gdy zostanie odkrytą stanowczo ich przyczyna«.

Druga kategorya środków przeciwnowotworowych obejmuje mnóstwo przetworów leczniczych, głównie używanych na nowotwory powierzchowne. Tu należą powszechnie będące w użyciu: bor, salicyl, amyloform, ortoform, rezorcyna, jodoform, jodol, jodoformogen, airol, aristol, dermatol, kseroform, nosofen, karbol, kresol, lysol, sublimat, chlorek cynkowy, formalina, wstrzykiwania jaskółczego ziela i m. Jednym z najstarszych środków jest arsen, używany w postaci rozczynu Fowlera lub pigułek azyatyckich, wstrzykiwań miąższowych Fowlera i zewnętrznego stosowania kwasu arsenawego. Od roku 1897 Czerny i Truneček ogłosili szereg prac, w których zwrócili uwagę, że arsen (używali mięszanki kw. arsen. z alkoholem etylowym i wodą) daje stały właściwy odczyn z żywą tkanką rakową, polegający na tworzeniu się ciemno-brunatnego, prawie czarnego strupa, którego bez uszkodzenia i krwawienia z tkanki rakowej zdjąć nie można; ze zdrowej zaś tkanki strup odpada dobrowolnie; na tkankach prawidłowych odczyn ten nie występuje. Z powyższego widnieje wartość rozpoznawcza, a zarazem lecznicza arsenu: jednorazowe pendzlowanie stwierdza, czy nowotwor jest lub nie jest rakiem, wielokrotne zaś wywołuje narastający w miarę stosowania strup, aż do zupełnego wyżarcia nowotworu. Najgłówniejsze warunki skuteczności tej metody są według Trunečka: 1) rak musi być niezbyt rozwinięty, ściśle miejscowy, bez zajęcia gruczołów chłonnych; 2) rak musi być od zewnątrz dostępny, by można było stosować arsen bez obawy zatrucia. W roku 1900 na międzynarodowym Kongresie w Paryżu, Truneček rozciągnął swą metodę i na powierzchowne wrzodziejące mięsaki: 3—4 tygodni wystarcza do wyleczenia małych, niezadawnionych nowotworów, zazwyczaj jednak leczenie trwa znacznie dłużej. Robillard zebrał z piśmiennictwa do końca 1899 r. 45 przypadków: wyleczenie osiągnięto w 34; późniejsze sprawozdania zawierają 33 spostrzeżenia, z których tylko w 5 osiągnięto wynik ujemny, 28 zaś dodatni. *Dr. Z. Czaplicki.*

— ***Gazeta lekarska*** Nr. 13. Koelichen: Przyczynek do badań nad syringo- i hidromyelią. Rzętkowski: O cytotoksynach (dok.).

— *Medycyna* Nr. 13. Endelman: Dwa przypadki cięcia cesarskiego sposobem Fritscha. Gaszyński: Kilka słów o leczeniu drgawek porodowych z przytoczeniem panującej teoryi o samozatruciu.

— *Zdrowie* Z. 4. Brudziński: O odczynie Umikowa w mleku kobiecem i jego znaczeniu dla określenia wieku pokarmu. Bregman: Leczenie pijaków i walka z alkoholizmem (dok.).

— ***Przegląd dentystyczny*** N. 2. Zbořil: Nowy sposób naprawy zębów sztyftowych i robót mostkowych za pomocą lutowania w ustach pacyenta. Czarnowski: O niektórych ułatwieniach przy zdejmowaniu wycisków masą gipsową.

— *Przegląd felczerski* Nr. 7. R.: Ospa naturalna. M.: Znaczenie krocza dla kobiety i pielęgnowanie go przy porodzie (dok.). Freilich: Masaż (dok.). S. R.: Szpitalnictwo warszawskie, 25-lecie szpitala wolskiego.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 13. Kuffner i Janský: Zkušenosti o demenci afatické. Pitha: O therapii asphyxie u dĕti novorozených (dok.).

— *La Presse medicale* Nr. 24. Roger: Nieprawidłowości wrodzone narządów płciowych. Rumpf i Guinard: Badania nad seroaglutynacyą w gruźlicy.

N. 25. Debove: Morfinomania. Sabourin: Statystyka sanatoryum w Durtol.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 13. Frisch: 400 operacyj kamieni pęcherzowych. Rusch: Operacyjne leczenie guzowatości na nozdrzach. Wechsberg: Bakteryobójcza wartość surowic uodporniających. Philipowicz: Przypadek powtórnej ciąży zamacicznej. Spiegel: Samoczynna strzykawka.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 13. Hirschberg: Przypadek niezwykłej operacyi zaćmy. Schirmer: Przyczynek do metody badania źrenicy. Hertwig: O przyczynie guzów rakowatych. Uwagi nad artykułem dr. Feinberga. Grote: Najlepsza oryentacya przy oznaczaniu granic serca. Lunz: Przypadek piaszczaka- znacznych rozmiarów w mózgu. Oppenheim: Przyczynek do zwalczania wzdęcia brzucha.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 12. Marmorek: Jad łańcuszkowców. Schittenhelm: Przyczynek do nauki o osteoartropatyi przerostowej Mariego. Joseph i Piórkowski: Przyczynek do nauki o prątku kiły. Buttersack: Mechaniczne działanie uboczne na narządy oddychania i krążenia. De Grazia: Rozpoznanie surowicze gruźlicy płuc (dok.). Rosenheim: Rozszerzenie przełyku samoistne bez zwężenia anatomicznego (c. d.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 12. Halban i Landsteiner: O różnicy, zachodzącej między surowicą krwi płodu a surowicą krwi matki, oraz o własności aglutynacyjnej i tamującej strącanie surowicy prawidłowej. Wilms: O rozpłataniu nerki w ostrem zapaleniu miedniczek nerkowych i nerek, połączonego z prosówkowatymi ropniami. Metzger: Przyczynek do nauki o cukrzycy nadnerczynowej. Hoppe: O roboracie i innych przetworach białkowatych, używanych do żywienia chorych. Roscher: O galwanokaustyce śródocznej. Seitz: Statystyczne sprawozdanie pedyatrycznej uniwersyteckiej polikliniki w Reisingerianum za r. 1901. Lucae: Leczenie chorób narządu słuchowego mięsieniem wibracyjnem. Kunkel: Stosunek homeopatyi do dzisiejszej szkoły lekarskiej.

Redakcya otrzymała. Halban: 1) Zur Prognose der progressiven Paralyse. 2) Weiterer Beitrag zur Kenntniss der juvenilen Tabes.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 12 Kwietnia 1902. Nr. 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chorób wewnętrznych Radcy Dworu Prof. Dra Edwarda Korczyńskiego w Krakowie.

Badania przemiany pierwiastków w rozmiękczeniu kości.

Podał
Doc. Dr. L. Korczyński.

Badania przemiany pierwiastków, ważne i pożądane w każdej chorobie przewlekłej, siłą rzeczy wysuwać się muszą na czoło ścisłych prac klinicznych w chorobach, zwanych wprost chorobami przemiany materyi. W rozmiękczeniu kości w wyższym może stopniu, aniżeli w każdej innej chorobie, należącej do tej grupy, zależało na poznaniu przemiany materyi. Do badań zachęcała tu nietylko zupełnie naturalna chęć rozszerzenia zakresu wiadomości lekarskich, ale zmuszały do nich także względy czysto praktyczne, oraz prosta konieczność poznania istoty choroby, jeśli już nie w samem jądrze, to przynajmniej w jej bezpośrednich objawach i skutkach. Spostrzeżenia, poczynione na chorych, wprost już zdawały się wskazywać, że właściwem siedliskiem choroby jest układ kostny, jak to już zresztą sama nazwa wskazuje, że przyczyna schorzenia leży albo w nieprawidłowym rozpadzie, albo w nieprawidłowem odnawianiu się tkanki kostnej. Zupełnie więc było naturalnem, że w badaniach przemiany pierwiastków uwzględniano wyłącznie lub przeważnie dwa najważniejsze składniki nieorganiczne istoty kostnej: fosfor i wapno, że poza tem starano się także o wykrycie związków, których obecność w ustroju tłómaczyćby mogła powstawanie sprawy rozmiękczenia kości. Prac, któreby przemianę pierwiastków uwzględniały w całej pełni, dotychczas nie mamy; te zaś, które posiadamy, różnią się między sobą pod względem wyników tak dalece, że jasnego poglądu na sprawę przemiany materyi, nawet w szczuplejszym jej zakresie, wyrobić sobie nie można.

Tablica I

Data		28 listopada	29 listopada	30 listopada	1 grudnia	2 grudnia	Razem	Przeciętnie
Ilość wprowadzonego	N	19·86539	19·86539	19·86539	19·86539	19·86539	99·32695	19·86539
	P_2O_5	5·88280	5·88280	5·88280	5·88280	5·88280	29·41400	5·88280
	CaO	1·26999	1·26999	1·26999	1·26999	1·26999	6·34995	1·26999
Ilość moczu ctm.³		1250	1180	1215	1160	1195	6000	1200
Ciężar właściwy		1·024	1·024	1·025	1·025	1·027	—	1·025
Ilość wydzielonego N	w moczu	14·93750	15·40150	17·65040	16·47160	18·72970	83·19070	16·63814
	w kale	1·45992	1·45992	1·45992	1·45992	1·45992	7·29960	1·45992
	razem	16·39742	16·86142	19·11032	17·93152	20·18962	90·49030	18·09806
kwas moczowy		—	—		1·433	1·655	—	—
Ilość wydzielonego P_2O_5	w moczu	3·65010	3·68800	3·86650	3·97520	3·62040	18·80020	3·76004
	w kale	0·85707	0·85707	0·85707	0·85707	0·85707	4·28535	0·85707
	razem	4·50717	4·54507	4·72357	4·83227	4·47747	23·08555	4·61711
Ilość wydzielonego CaO	w moczu	0·29375	0·28724	0·29020	0·28896	0·28240	1·44255	0·28851
	w kale	0·64690	0·64690	0·64690	0·64690	0·64690	3·23450	0·64690
	razem	0·94065	0·93414	0·93710	0·93586	0·92930	4·67705	0·93541
Bilans	N	+ 3·46797	+ 3·00397	+ 0·75507	+ 1·93387	— 0·32423	+ 8·83665	+ 1·76733
	P_2O_5	+ 1·37563	+ 1·33773	+ 1·15923	+ 1·05053	+ 1·40533	+ 6·32845	+ 1·26569
	CaO	+ 0·32934	+ 0·33585	+ 0·33289	+ 0·33413	+ 0·34069	+ 1·67290	+ 0·33458

Tablica II.

Data		8 grud.	9 grud.	10 grud.	11 grud.	12 grud.	Razem	Przeciętnie
Ciężar ciała		46·2 kg	46·3 kg.	46·2 kg.	46·2 kg.	46·1 kg.		
Ilość wprowadzonego	N	8·80056	8·80056	8·80056	8·80056	8·80056	44·00280	8·80056
	P_2O_5	3·62727	3·62727	3·62727	3·62727	3·62727	18·13635	3·62727
	CaO	1·40395	1·40395	1·40395	1·40395	1·40395	7·01975	1·40395
Ilość moczu ctm.³		1372	1490	1680	1200	1250	6992	1398·4
Ciężar właściwy		1·013	1·010	1·0085	1·014	1·014	—	1·0119
Ilość wydzielonego N	w moczu	7·67200	7·71756	7·63200	8·06400	8·10750	39·19306	7·83861
	w kale	0·93285	0·93285	0·93285	0·93285	0·93285	4·66425	0·93285
	razem	8·60485	8·65041	8·56485	8·99685	9·04035	43·85731	8·77146
kwas moczowy		Nie oznaczano						
Ilość wydzielonego P_2O_5	w moczu	1·83848	1·87740	2·04360	1·92400	1·95700	9·64048	1·92809
	w kale	1·34462	1·34462	1·34462	1·34462	1·34462	6·72310	1·34462
	razem	3·18310	3·22202	3·38822	3·26862	3·30162	16·36358	3·27271
Ilość wydzielonego CaO	w moczu	0·23427	0·25330	0·26633	0·24562	0·26875	1·26827	0·25365
	w kale	1·04257	1·04257	1·04257	1·04257	1·04257	5·21285	1·04257
	razem	1·27684	1·29587	1·30890	1·28819	1·31132	6·48112	1·29622
Bilans	N	+ 0·19571	+ 0·15015	+ 0·24171	— 0·19629	— 0·23979	+ 0·14549	+ 0·02909
	P_2O_5	+ 0·44417	+ 0·40525	+ 0·23905	+ 0·35865	+ 0·32565	+ 1·77277	+ 0·35455
	CaO	+ 0·12711	+ 0·10808	+ 0·09505	+ 0·11576	+ 0·09263	+ 0·53863	+ 0·10772

Tablica III.

Data			15 grud.	16 grud.	17 grud.	18 grud.	19 grud.	Razem	Przeciętnie
Ciężar ciała			45·6 kg.	45·7 kg.	45·6 kg.	45·9 kg.	45·9 kg.		
Ilość wprowadzonego	N		16·47940	16·47940	16·47940	16·47940	16·47940	82·39700	16·47940
	P_2O_5		4·14969	4·14969	4·14969	4·14969	4·14969	20·74845	4·14969
	CaO		1·00991	1·00991	1·00991	1·00991	1·00991	5·04959	1·00991
Ilość moczu			905	980	950	980	1145	4960	992
Ciężar właściwy			1·02500	1·02400	1·02400	1·02450	1·02200	—	1·02390
Ilość wydzielonego	N	w moczu	15·02676	15·31600	14·97460	14·72800	16·22500	76·27036	15·25407
		w kale	0·91939	0·91939	0·91939	0·91939	0·91939	4·59695	0·91939
		razem	15·94615	16·23539	15·89399	15·64739	17·14439	80·86731	16·17346
	kwas moczowy		0·37950	0·85260	1·74800	0·72000	0·74140	4·44150	0·88830
	P_2O_5	w moczu	1·93260	2·35000	2·26100	2·31400	2·54190	11·39950	2·27990
		w kale	0·66740	0·66740	0·66740	0·66740	0·66740	3·33700	0·66740
		razem	2·60000	3·01740	2·92840	2·98140	3·20930	14·73650	2·94730
	CaO	w moczu	0·26815	0·30248	0·24151	0·23505	0·16362	1·21081	0·24216
		w kale	0·75877	0·75877	0·75877	0·75877	0·75877	3·79385	0·75877
		razem	1·02692	1·06125	1·00028	0·99382	0·92239	5·00466	1·00093
Bilans	N		+ 0·52325	+ 0·24401	+ 0·58541	+ 0·83231	— 0·66499	+ 1·52968	+ 0·30593
	P_2O_5		+ 1·54969	+ 1·13221	+ 1·22129	+ 1·16829	+ 0·94039	+ 6·01197	+ 1·20239
	CaO		— 0·01701	— 0·05134	+ 0·00963	+ 0·01609	+ 0·08752	+ 0·04493	+ 0·00898

Tablica IV.

Data			5 stycznia	6 stycznia	7 stycznia	8 stycznia	9 stycznia	Razem	Przeciętnie
Ciężar ciała			48·2 kg.	48·0 kg.	47·6 kg.	47·5 kg.	47·2 kg.		
Ilość wprowadzonego	N		16·47940	16·47940	16·47940	16·47940	16·47940	82·39700	16·47940
	P_2O_5		4·14969	4·14969	4·14969	4·14969	4·14969	20·74845	4·14969
	CaO		1·00991	1·00991	1·00991	1·00991	1·00991	5·04955	1·00991
Ilość moczu			1290	1175	1030	950	1045	5490	1098
Ciężar właściwy moczu			1·02400	1·02500	1·02200	1·03000	1·02600	—	1·02540
Ilość wydzielonego	N	w moczu	15·85668	15·46237	13·27580	15·73300	15·59881	75·92666	15·18533
		w kale	1·21281	1·21281	1·21281	1·21281	1·21281	6·06408	1·21281
		razem	17·06949	16·67518	14·48861	16·94581	16·81162	81·99074	16·39814
	kwas moczowy		0·82560	0·78280	0·83430	1·18750	1·12750	4·75770	0·95154
	P_2O_5	w moczu	2·55420	2·15000	1·95700	1·85300	2·38800	10·90220	2·18044
		w kale	1·15660	1·15660	1·15660	1·15660	1·15660	5·78360	1·15660
		razem	3·71080	3·30660	3·11360	2·90960	3·54460	16·68520	3·33700
	CaO	w moczu	0·26935	0·18146	0·11948	0·17941	0·20252	0·95222	0·19044
		w kale	0·97431	0·97431	0·97431	0·97431	0·97431	4·87156	0·97431
		razem	1·24366	1·15577	1·09379	1·15372	1·17683	5·82378	1·16475
Bilans	N		— 0·59009	— 0·19578	+ 1·99079	— 0·46641	— 0·33222	+ 0·40626	+ 0·08125
	P_2O_5		+ 0·43789	+ 0·84309	+ 1·03609	+ 1·24009	+ 0·60509	+ 4·06325	+ 0·81265
	CaO		— 0·23375	— 0·14586	— 0·08388	— 0·14381	— 0·16692	— 0·77415	— 0·15483

Przyczyna różnic, a nawet sprzeczności w wynikach leży w pewnej części w tem, że wiele oznaczeń uskuteczniano tylko w moczu chorych, nie uwzględniając zupełnie kału, w pewnej zaś części jest następstwem różnego stanu chorych i różnych warunków odżywiania. Uwzględnić także trzeba i tę okoliczność, że, jak w każdej chorobie przewlekłej, tak i w rozmiękczeniu kości przydarzają się wcale znaczne wahania nasilenia sprawy chorobowej, że w przebiegu jej nastają okresy poprawy lub pogorszenia, dłuższe lub krótsze; stan chwilowy nie może być bez wpływu na tok przemiany pierwiastków. Naturalny ztąd wniosek, że badania przeprowadzać trzeba okresowo przez dłuższy przeciąg czasu, przynajmniej przez kilka tygodni, że uwzględniać należy jakość, skład i wartość odżywczą podawanych chorym pokarmów, że bezwarunkowo obok rozbiorów moczu z równą miarą uwzględniać należy rozbiory kału.

W myśl powyższych uwag postępowałem przy moich oznaczeniach, mających za cel poznanie przemiany materyi odnośnie do fosforu, wapna i azotu.

Azot oznaczałem metodą Kjeldahla, fosfor metodą miareczkową (azotanem urowym), jako P_2O_5, wapno metodą wagową, jako CaO.

Mocz rozbierano codziennie. Kał zbierano razem z całego okresu, przyczem dla otrzymania właściwej ilości kału podawano chorym przed rozpoczęciem i po skończeniu doświadczenia sproszkowany węgiel drzewny.

Wstęp do doświadczeń stanowił rozbiór surowych po-

Tablica V.

Data			14 stycznia	15 stycznia	16 stycznia	17 stycznia	Razem	Przeciętnie
Ciężar ciała			47·2 kg.	47·2 kg.	47·3 kg.	47·4 kg.		
Ilość wprowadzonego	N		16·47940	16·47940	16·47940	16·47940	65·91760	16·47940
	P_2O_5		4·14969	4·14969	4·14969	4·14969	16·59898	4·14969
	CaO		1·00991	1·00991	1·00991	1·00991	4·03967	1·00991
Ilość moczu			1150	1235	1105	1180	4660	1165
Ciężar właściwy moczu			1·02450	1·02300	1·02450	1·02400	—	1·02400
Ilość wydzielonego	N	w moczu	15·39970	14·52008	15·63177	15·46518	61·01675	15·25418
		w kale	0·95522	0·95522	0·95522	0·95522	3·82088	0·95522
		razem	16·35492	15·47530	16·58699	16·42040	64·83763	16·20938
	kwas moczowy		0·94660	0·98870	1·03425	1·00890	3·97845	0·99461
	P_2O_5	w moczu	2·51748	2·48530	2·36507	2·49570	9·86355	2·46588
		w kale	1·54925	1·54925	1·54925	1·54925	6·19703	1·54925
		razem	4·06673	4·03455	3·91432	4·04495	16·06058	4·01514
	CaO	w moczu	0·12144	0·09509	0·13425	0·15803	0·50881	0·12720
		w kale	1·25211	1·25211	1·25211	1·25211	5·00840	1·25211
		razem	1·37355	1·34720	1·38636	1·41014	5·51727	1·37931
Bilans	N		+ 0·12447	+ 1·00409	— 0·10759	+ 0·05899	+ 1·08998	+ 0·27499
	P_2O_5		+ 0·08295	+ 0·11533	+ 0·23536	+ 0·10473	+ 0·53839	+ 0·13459
	CaO		— 0·36363	— 0·33728	— 0·37644	— 0·40022	— 1·47759	— 0·36939

karmów w kierunku zawartości azotu, fosforu i wapna. Średnie odsetkowe liczby, uzyskane z kilku doświadczeń, są następujące:

	N	P_2O_5	CaO
Bifsztyk . .	3·2719%	0·4675%	0·032994%
Bułka . . .	1·349%	0·68571%	0·1355%
Cielęcina . .	3·18208%	0·40324%	0·0192%
Cukier . . .	—	0·0784%	0·009176%
Groch . . .	3·6208%	0·9654%	0·1325%
Herbata . .	—	—	0·01918%
Jaja	2·00940%	1·32414%	0·22602%
Kleik owsiany	0·07%	0·02705%	0·009333%
Masło . . .	0·13712%	0·0808%	0·02107%
Mleko . . .	0·4508%	0·196%	0·1527%
Rosół . . .	0·112%	0·085%	0·023375%
Ryż	1·1104%	0·24156%	0·01458%
Sago . . .	0·15202%	0·2841%	0·0145%
Szynka . . .	3·277%	0·6987%	0·05952%

Według przytoczonych powyżej odsetkowych liczb oznaczano ilość azotu, fosforu i wapna, zawartych w pożywieniu, podawanem chorym.

Wartość odżywczą pokarmów, przedstawianą przez tłuszcz i węglowodany, określano na podstawie znanych zestawień Königa, mnożąc ilość gramów tłuszczu przez 9·3, ilość zaś gramów węglowodanów przez 4·1; białko określano na podstawie własnych oznaczeń, przyjmując $6^1/_4$-krotny iloczyn azotu pokarmów jako ilość zawartego w nich białka; ilość ta, pomnożona przez 4·1, dawała wartość odżywczą białka.

Przedmiotem badania były dwie chore kliniczne. U pierwszej z nich wykonano 5 okresowych oznaczeń, u drugiej 4 oznaczenia. U pierwszej chorej podawano w okresie 1-szym dyetę mięszaną ze znaczną ilością azotu i fosforu, w 2-gim dyetę wyłącznie roślinną z małą ilością azotu, średnią fosforu, a stosunkowo znaczną wapna, w 3-cim, 4-tym i 5-tym dyetę mięszaną w składzie, w jakim przy obecnym naszym sposobie żywienia się pokarmy zazwyczaj bywają spożywane. W 2-gim przypadku podawano w okresie 1-szym dyetę prawie wyłącznie mięsną ze średnią ilością azotu i fosforu, a z małą ilością wapna; w okresie 2-gim, 3-cim i 4-tym dyetę mięszaną, o tym samym składzie, co u pierwszej chorej. W ostatnim okresie zażywały chore kołaczyki jajnikowe wyrobu angielskiego, firmy Borough i Welcomme, zawierające po 0·25 grm. istoty jajnikowej, w ilości 6—9 kołaczyków dziennie.

Po tych uwagach przejść możemy do streszczenia doświadczeń.

Tablica VI.

D a t a			8 grudnia	9 grudnia	10 grudnia	11 grudnia	12 grudnia	Razem	Przeciętnie
Ciężar ciała			41·0 kg.	40·8 kg.	40·7 kg.	40·9 kg.	40·8 kg.		
Ilość wprowadzonego	N		17·05239	17·05239	17·05239	17·05239	17·05239	85·26195	17·05239
	P_2O_5		3·72454	3·72454	3·72454	3·72454	3·72454	18·62270	3·72454
	CaO		0·53672	0·53672	0·53672	0·53672	0·53672	2·68363	0·53672
Ilość moczu ctm.³			1150	1250	1165	1315	1090	5970	1194
Ciężar właśc. moczu			1·02300	1·02100	1·02200	1·02100	1·02250	—	1·02190
Ilość wydzielonego	N	w moczu	14·97500	14·87470	18·41800	15·06266	14·60580	77·93616	15·58723
		w kale	1·15924	1·15924	1·15924	1·15924	1·15924	5·79623	1·15924
		razem	16·13424	16·03394	19·57724	16·22190	15·76504	83·73239	16·74645
	kwas moczowy		0·99555	1·07940	1·09902	0·99502	0·98338	5·15298	1·03059
	P_2O_5	w moczu	1·84000	2·07500	1·91060	1·98320	1·86350	9·67230	1·93446
		w kale	1·45926	1·45926	1·45926	1·45926	1·45926	7·29630	1·45926
		razem	3·29926	3·53426	3·36986	3·44246	3·32276	16·96860	3·38372
	CaO	w moczu	0·18405	0·19870	0·19106	0·19850	0·17636	0·95367	0·19073
		w kale	0·57184	0·57184	0·57184	0·57184	0·57184	2·85920	0·57184
		razem	0·75589	0·77054	0·76290	0·77034	0·74820	3·81287	0·76257
Bilans	N		+ 0·91815	+ 1·01845	— 2·52485	+ 0·83049	+ 1·28735	+ 1·52964	+ 0·30591
	P_2O_5		+ 0·42528	+ 0·19028	+ 0·35468	+ 0·28208	+ 0·40178	+ 1·65410	+ 0·34082
	CaO		— 0·21917	— 0·23382	— 0·22618	— 0·23362	— 0·21148	— 1·12924	— 0·22584

Tablica VII.

D a t a			15 grudnia	16 grudnia	17 grudnia	18 grudnia	19 grudnia	Razem	Przeciętnie
Ciężar ciała			40·6 kg.	40·8 kg.	40·7 kg.	41·0 kg	41·0 kg.		
Ilość wprowadzonego	N		16·34525	16·34525	16·34525	16·34525	16·34525	81·72625	16·34525
	P_2O_5		4·08930	4·08930	4·08930	4·08930	4·08930	20.44652	4·08930
	CaO		1·00627	1·00627	1·00627	1·00627	1·00627	5·03135	1·00627
Ilość moczu ctm.³			1223	1355	1160	1380	1200	6318	1263
Ciężar właśc. moczu			1·02100	1·02100	1·02000	1·01900	1·02000	—	1·02020
Ilość wydzielonego	N	w moczu	14·90178	16·22076	14·77160	14·80376	14·29342	74·99132	14·99806
		w kale	1·33292	1·35292	1·33292	1·33292	1·33292	6·66463	1·33292
		razem	16·23470	17·55368	16·10452	16·13668	15·62634	81·65595	16·33119
	kwas moczowy		0·95394	0·59620	0·56844	0·71760	0·80320	3·63938	0·72787
	P_2O_5	w moczu	1·71220	1·97830	1·48680	1·73880	1·82650	8·74260	1·74852
		w kale	2·20148	2·20148	2·20148	2·20148	2·20148	11·00740	2·20148
		razem	3·91368	4·17978	3·68828	3·94028	4·02798	19·75000	3·95001
	CaO	w moczu	0·11622	0·17073	0·18468	0·13524	0·15735	0·76423	0·15184
		w kale	1·28326	1·28326	1·28326	1·28326	1·28316	6·41630	1·28326
		razem	1·39948	1·45399	1·46794	1·41850	1·44061	7·18053	1·43610
Bilans	N		+ 0·11065	— 1·20843	+ 0·22073	+ 0·20867	+ 0·71891	+ 0·07030	+ 0·01406
	P_2O_5		+ 0·17562	— 0·09048	+ 0·40102	+ 0·14902	+ 0·06132	+ 0·69644	+ 0·13928
	CaO		— 0·39321	— 0·44772	— 0·46167	— 0·41223	— 0·43434	— 2·14917	— 0·42983

Przypadek I-szy. Jędrzejowska Marya, lat 41, wyrobnica z Choczni. Rodziła 6 razy. Choroba ma trwać od lat 5-ciu; postęp jej dość wolny, okresy poprawy i pogorszenia pojawiają się naprzemian. Po raz pierwszy przebywała w klinice w r. 1900 od 19/4 do 17/5, chodzić wtenczas mogła o własnych siłach. Po wyjściu z kliniki, w domu, a następnie w szpitalu, czuła się znacznie gorzej. W chwili powtórnego przyjęcia do kliniki 3/1 1901 r. zupełnie chodzić nie mogła, pobyt jej przeciągnął się wtedy do 27/7. Leczenie polegało na podawaniu fosforanu sodowego, syrupu Dra Eggera i wodnika chloralu. Osiągnięto poprawę znaczną, tak, że chora znowu o własnych siłach chodzić mogła. Wkrótce po wyjściu chorej z kliniki nowe pogorszenie. Po raz trzeci wstąpiła chora do kliniki 15/10 1902 r. Z początku z trudnością i tylko przy pomocy laski utrzymać się mogła na nogach; po kilku tygodniach stan poprawił się o tyle, że chora, opierając się o łóżka, przechodzić się może po sali. Leków nie podawano żadnych.

Okres I-szy. *Dyeta mieszana:* śniadanie: 300 ctl. herbaty, 10 gr. cukru, 50 grm. bułki, 150 grm. szynki. Drugie śniadanie: jedno jajo na miękko (35 grm.), 55 gr. bułki, 5 gr. masła. Obiad: 300 ctl. rosołu, 150 gr. bifsztyku surowego, usmażonego na 20 grm. masła, 50 gr. ryżu, ugotowanego z 200 ctl. mleka. Podwieczorek: dwa jaja na miękko (70 grm.), 50 grm. bułki. Kolacya: 150 grm. surowej cielęciny, usmażonej na 20 grm. masła, 50 grm. bułki. Do osolenia pokarmów używano po 10 grm. NaCl. Chora dostawała dziennie po 800 ctl. wody wodociągowej.

Skład i wartość odżywcza powyższych pokarmów:

Białka	124·23 grm.	509·425 kaloryi	
Tłuszczu . . .	67·18 „	624·774 „	
Węglowodanów .	140·7 „	576·870 „	
Razem . .		1711·069 „	(Vide Tab. I.)

Okres 2-gi. *Dyeta roślinna:* śniadanie: 300 ctl. herbaty, 100 ctl. mleka, 10 grm. cukru, 100 grm. bułki, 10 grm. masła. Drugie śniadanie: dwa jaja na miękko (75 grm.), 50 grm. bułki. Obiad: 250 ctl. kleiku owsianego z 10 grm. masła, 50 grm. grochu, ugotowanego na wodzie (200 grm. wody), 50 grm. ryżu, ugotowanego z 200 ctl. wody. Podwieczorek: 300 ctl. herbaty, 50 ctl. mleka, 10 grm. cukru, 100 grm. bułki, 10 grm. masła. Kolacya: 50 grm. sago, ugotowanego na 200 ctl. mleka. Do osolenia pokarmów używano stale po 10 grm. NaCl.; chora dostawała dziennie po 500 ctl. wody wodociągowej.

Skład i wartość odżywcza powyższych pokarmów:

Białka	55·322 grm.	= 226·826 kaloryi	
Tłuszczu . . .	32·40 „	= 301·32 „	
Węglowodanów .	230·61 „	= 945·501 „	
Razem . .		1473·647 „	(Vide Tab. II.)

Okres 3-ci. *Dyeta mieszana:* śniadanie: 300 ctl. herbaty, 10 gm. cukru, 100 grm. szynki, 50 grm. bułki. Obiad: 300 ctl. rosołu, 150 grm. bifsztyku surowego, usmażonego na 20 grm. masła, 100 grm. ryżu, ugotowanego z 200 grm. mleka, 10 grm. cukru, 25 grm. bułki. Podwieczorek: 100 ctl. mleka, 25 grm. bułki. Kolacya: 150 grm. cielęciny, usmażonej z 20 grm. masła, 50 grm. bułki. Do osolenia pokarmów używano stale po 10 grm. NaCl. Chora dostawała codziennie 800 ctl. wody wodociągowej.

Skład i wartość odżywcza powyższych pokarmów:

Białka	103·01 grm.	= 410·3 kaloryi	
Tłuszczu . . .	51·76 „	= 481·36 „	
Węglowodanów	177·8 „	= 725·7 „	
Razem . .		1617·068 „	Vide Tab. III.

Okres 4-ty. *Dyeta mieszana:* o tym samym składzie co w okresie trzecim. (Vide Tab. VI.)

Okres 5-ty. *Dyeta mieszana* o tym samym składzie, co w okresie trzecim i czwartym. Od 10 stycznia do 14 stycznia dostawała chora po 9 kołaczyków jajnikowych dziennie, od 14 stycznia do końca okresu po 6 kołaczyków dziennie. (Vide Tab. V.)

Przypadek 2-gi. Pawlina Aniela, lat 20, wyrobnica z Chubenic. Nie rodziła. (virgo intacta). Choroba ma trwać od jesieni 1899 r. Postęp choroby wolny, przebieg dość łagodny, zdarzają się okresy poprawy i pogorszenia. Po raz pierwszy przebywała w klinice w r. 1901. od 8 maja do 30 lipca. Leczenie polegało na podawaniu salicylanu sodowego, aspiryny, fosforanu sodowego i chloralu. Osiągnięto poprawę dość znaczną. Wkrótce po wyjściu z kliniki pogorszenie. Przyjęta została powtórnie 25 listopada 1901 r. Chodzić może z trudnością o własnych siłach, chód kaczkowaty. W czasie obecnego przebywania chorej w klinice znaczniejszej poprawy zauważyć nie można.

Okres I-szy. (Vide Tab. VI). *Dyeta mięsna:* śniadanie: 300 ctl. herbaty, 10 grm. cukru, 50 grm. bułki, 150 grm. szynki, 20 grm. masła. Obiad: 300 ctl. rosołu, 150 grm. surowego bifsztyku, usmażonego na 20 grm. masła, 25 grm. bułki, 10 grm. masła. Podwieczorek: 300 ctl. herbaty, 10 grm. cukru, 50 grm. szynki, 46 grm. bułki, 10 grm. masła. Kolacya: 150 grm. cielęciny, usmażonej na 20 grm. masła. Do osolenia pokarmów używano stale po 10 grm. NaCl. Chora dostawała dziennie po 800 ctl. wody wodociągowej.

Skład i wartość odżywcza powyższych pokarmów:

Białka . . .	114·684 grm.	= 470·204 kaloryi
Tłuszczu . .	90·2 „	= 838·86 „
Węglowodanów	40·56 „	= 166·296 „
Razem . .		1475·160 „

Okres 2-gi. (Vide Tab. VII). *Dyeta mieszana:* śniadanie: 300 ctl. herbaty, 10 grm. cukru, 100 grm. szynki, 50 grm. bułki. Obiad: 300 grm. rosołu, 150 grm. bifsztyku, usmażonego na 20 grm. masła, 75 grm. ryżu, ugotowanego z 200 ctl. mleka, 10 grm. cukru, 25 grm. bułki. Podwieczorek: 100 ctl. mleka, 25 grm. bułki. Kolacya: 150 grm. cielęciny, usmażonej na 20 grm. masła, 50 grm. bułki. Do osolenia pokarmów używano stale po 10 grm. NaCl. Chora dostawała dziennie po 800 ctl. wody wodociągowej.

Skład i wartość odżywcza powyższych pokarmów:

Białka . . .	101·968 grm.	= 418·068 kaloryi
Tłuszczu . .	51·450 „	= 478·485 „
Węglowodanów	158·300 „	= 649·030 „
Razem . .		1519·557 „

Tablica VIII.

Data			5 stycznia	6 stycznia	7 stycznia	8 stycznia	9 stycznia	Razem	Przeciętnie
Ciężar ciała			43·0 kg.	42·8 kg.	43·0 kg.	42·9 kg.	42·9 kg.		
Ilość wprowadzonego	N		16·34525	16·34525	16·34525	16·34525	16·34525	81·72625	16·34525
	P_2O_5		4·08930	4·08930	4·08930	4·08930	4·08930	20·44652	4·08930
	CaO		1·00627	1·00627	1·00627	1·00627	1·00627	5·03135	1·00627
Ilość moczu ctm.^{3}			1225	1075	1205	1345	1575	6425	1285
Ciężar właśc. moczu			1·01800	1·02000	1·02400	1·02200	1·02100	—	1·02100
Ilość wydzielonego	N	moczu	13·44560	13·25050	16·55700	16·11062	15·64880	75·01172	16·00234
		w kale	1·41039	1·41039	1·41039	1·41039	1·41039	7·05197	1·41039
		razem	14·85599	14·66089	17·96739	17·52101	17·05919	82·06549	16·41309
	kwas moczowy		0·69212	0·64500	1·25320	0·90110	1·07887	4·57030	0·91406
	P_2O_5	w moczu	1·64250	1·54262	2·16900	2·15200	2·23650	9·74362	1·94852
		w kale	1·18921	1·18921	1·18921	1·18921	1·18921	5·94604	1·18921
		razem	2·83171	2·73184	3·35821	3·34121	3·42571	15·68867	3·13773
	CaO	w moczu	0·15043	0·14981	0·09640	0·08966	0·06300	0·54930	0·10986
		w kale	0·83853	0·83853	0·83853	0·83853	0·83853	4·19266	0·83853
		razem	0·98896	0·98834	0·93493	0·92819	0·90153	4·74197	0·94839
Bilans	N		+ 1·48925	+ 1·68435	— 1·62214	— 1·17576	— 0·71394	— 0·35924	— 0·06784
	P_2O_5		+ 1·25758	+ 1·35746	+ 0·73108	+ 0·74808	+ 0·66358	+ 4·74578	+ 0·95157
	CaO		+ 0·01730	+ 0·01792	+ 0·07133	+ 0·07807	+ 0·10473	+ 0·28937	+ 0·05787

Tablica IX.

Data			14 stycznia	15 stycznia	16 stycznia	17 stycznia	Razem	Przeciętnie
Ciężar ciała			42·9 kg.	43·0 kg.	43·2 kg.	43·3 kg.		
Ilość wprowadzonego		N	16·34525	16·34525	16·34525	16·34525	55·38400	16·34525
		P_2O_5	4·08930	4·08930	4·08930	4·08930	16·35720	4·08930
		CaO	1·00627	1·00627	1·00627	1·00627	4·02508	1·00627
Ilość moczu ctm.³			1365	1505	1445	1125	5420	1355
Ciężar właściwy moczu			1·02100	1·02000	1·02000	1·02200	—	1·02075
Ilość wydzielonego	N	w moczu	14·98224	15·46538	16·42676	14·11200	60·98638	15·24659
		w kale	1·49639	1·49639	1·49639	1·49639	5·98556	1·49639
		razem	16·47863	16·96177	17·92315	15·60839	66·97194	16·74298
	kwas moczowy		0·66202	1·01150	1·22825	0·64125	5·54304	0·88575
	P_2O_5	w moczu	2·00655	1·83610	1·96520	1·62740	7·43525	1·85881
		w kale	1·40231	1·40231	1·40231	1·40231	5·60924	1·40231
		razem	3·40886	3·23841	3·36751	3·02971	13·04449	3·26112
	CaO	w moczu	0·21672	0·23686	0·06791	0·05276	0·57425	0·14856
		w kale	0·95445	0·95445	0·95445	0·95445	3·81780	0·95445
		razem	1·17117	1·19121	1·02236	1·00721	4·39205	1·09801
Bilans		N	— 0·13338	— 0·61652	— 1·57790	+ 0·33686	— 1·59094	— 0·39773
		P_2O_5	+ 0·68044	+ 0·85089	+ 0·72179	+ 1·05959	— 3·31272	+ 0·82818
		CaO	— 0·16490	— 0·18494	— 0·01609	— 0·00094	— 0·36697	— 0·09174

Okres 3-ci. (Vide Tab. VIII). *Dyeta mięszana,* o tym samym składzie, co w okresie drugim.

Okres 4-ty. (Vide Tab. IX). *Dyeta mięszana,* o tym samym składzie, co w okresie drugim i trzecim. Od 10 do 14 stycznia dostawała chora po 9, od 14 stycznia do końca okresu po 6 kołaczyków jajnikowych dziennie. (Dok. nast.)

II. Szwedzki i niemiecki system gimnastyki wobec fizyologii i higieny.

(Streszczenie wykładu, wygłoszonego w Tow. lekar. lwow. dnia 6 grudnia 1901 r.).

Podał

Dr. Eugeniusz Piasecki.

(Dokończenie).

Jedyną radą na to byłoby, aby program gimnastyki szkolnej przestał być bladem odbiciem produkcyj cyrkowych. Szkoła winna różnić się od cyrku zasadniczo, gdyż różne są cele tych dwóch instytucyj.

Tak dzieje się istotnie w Szwecyi. Ćwiczenia zręcznościowe dobrano tu bardzo starannie, unikając szkodliwych działań ubocznych i bacząc na to, aby bezpośrednim wynikiem ćwiczeń tych była zręczność w ruchach, mających zastosowanie w życiu, a nie urojonych, akrobatycznych.

Jak wyglądają sale gimnastyczne szwedzkie i jakie w nich uprawiają się ćwiczenia? Przedewszystkiem muszę zwrócić się przeciw niewiadomo zkąd powstałemu u nas błędnemu przekonaniu, że Szwedzi znają tylko ćwiczenia wolne, oraz że używane u nas ćwiczenia wolne są szwedzkiemi. Jestto rażący błąd. Szwedzi uprawiają ćwiczenia tak wolne, jak na przyrządach, lecz charakter tych ćwiczeń jest odrębny. Praktykowane u nas pod nazwą „szwedzkich" ćwiczenia są niemieckiemi ćwiczeniami wolnemi i nie mają nic wspólnego ze Szwecyą.

Urządzenie sal w Szwecyi jest tem charakterystyczne, że przyrządy swą konstrukcyą nie dają pola do rozwoju atletyki i akrobatyki; natomiast zaś w odróżnieniu od naszych, dozwalają na wykonywanie ćwiczeń zbiorowo przez wszystkich lub prawie wszystkich uczniów na raz. Najbardziej cechujące przyrządy są: *ribbstol*, drabinka pionowa, której szczeble ciągną się nieprzerwanie wzdłuż całych ścian sali w małej odległości od muru, dając wszystkim naraz uczniom punkt oparcia dla nóg lub rąk w dowolnej wysokości; *bom*, stanowiący *pendant* do naszego drążka, lecz zupełnie gruby i drewniany, dozwalający na ćwiczenia w zwieszeniu, lecz nie na karkolomne sztuczki; podczas wolnych ćwiczeń jest on ukryty pod podłogą; *bänk*, nizka długa ławeczka przenośna, nieoceniona dla ćwiczeń mięśni grzbietowych i brzusznych. Przyrządy te mogą być w jednej chwili ustawione lub usunięte, co stanowi ogromną zaletę w porównaniu z niemieckimi.

Zbiorowy charakter ćwiczeń szwedzkich jest higienicznie i wychowawczo dogodny. Większą część lekcyi gimnastyki niemieckiej wypełnia czekanie bezczynne na swą kolej. Nauczyciel wynagradza to natężeniem samych ćwiczeń, przez co otrzymuje się szereg wielkich wysiłków, naprzemian z zupełną bezczynnością. Natomiast w Szwecyi nauczyciel panuje zupełnie nad obrazem lekcyi, modyfikuje natężenie ćwiczeń stosownie do zasad higieny, zupełne zaś spoczynki zarządza w razie potrzeby.

Nadto ćwiczenia wspólne tracą charakter popisu jednostek. Nie ma wykonawców i widzów i wszyscy pracują dla wspólnego celu.

Co do istoty ćwiczeń szwedzkich, to przedewszystkiem uderza w porównaniu z systemem niemieckim ogromna przewaga ćwiczeń o wybitnym charakterze higienicznym oraz estetycznym. Cały szereg znakomicie obmyślanych ćwiczeń ma za cel prostowanie kręgosłupa i ustalenie barków ku tyłowi, a przez to wspomaganie rozwoju klatki piersiowej i narządów w niej zawartych. Należą tu między wieloma innemi forsowne nachylenie wstecz w postawie stojącej, wykonywane, jak większość ćwiczeń szwedzkich, bardzo powoli, z tem większą jednak energią i dokładnością. Równie energicznie choć w odmienny sposób działa inne ćwiczenie, wykonywane zwykle na ławeczce (*bänk*) lub na ławkach szkolnych. Uczeń kładzie się napoprzek ławki, opierając na niej tylko górną część ud; tułów zwisa wolno. Teraz następuje wznoszenie tułowia w górę siłą mięśni grzbietnych, połączone z rozszerzaniem klatki piersiowej (głębokie wdechy).

Te i tym podobne ćwiczenia prostujące stanowią integralną część składową każdej lekcyi szwedzkiej. Im to należy przypisać fakt stwierdzony przez wszystkich znawców

zwiedzających Szwecyę (jak Mosso, Démeny, Schmidt), że młodzież tamtejsza ma daleko piękniejszą postawę, niż młodzież kontynentu. Ćwiczenia systemu niemieckiego, któreby można uważać za prostujące, nie spełniają warunków racyonalnego postępowania prostującego. Nachylenia kręgosłupa wstecz nie dotyczą nawet zwykle jego górnej części, tylko zwiększają wygięcie ku przodowi części lędźwiowej. Nadto wychylenie ku tyłowi nie jest dość wielkie; skurcz mięśni grzbietnych nie jest długotrwały, a przy staraniach o uzyskanie dobrej postawy koniecznem jest ćwiczenie w trwałych skurczach. Nie dziwiło mię też wcale, gdy widziałem w Niemczech młodzież muskularniejszą, lecz o postawie nie lepszej od naszej młodzieży, mimo pilnie uprawianej gimnastyki. Zły dobór ćwiczeń prostujących, brak częstego stosowania ich, oraz obfitość ćwiczeń zniekształtniających, psujących postawę, tłómaczą to zjawisko aż nadto dobrze.

Ćwiczeniom zniekształtniającym gimnastyki kontynentu poświęca Lagrange (l. c.) cały rozdział swej znakomitej książki. Tu wspomnę tylko, że większość ulubionych ćwiczeń na drążku i poręczach, kółkach itd. ma wybitne działanie zniekształtniające, zniewalając do pozostawania przez czas dłuższy lub krótszy w postawach nieprawidłowych, skulonych.

Do zalet systemu szwedzkiego musimy też zaliczyć sposób, w jaki Szwedzi metodycznie wyrabiają mięśnie brzuszne. Poprzednio już przy torsowych nachyleniach wstecz mieliśmy przykład ćwiczenia, gdzie czynne były mięśnie powłok brzusznych. Drugim przykładem jest ćwiczenie, będące *pendant* do opisanego już wznoszenia tułowia w położeniu na poprzek ławeczki. Gdy tam jednak były czynne mięśnie grzbietu, tu Szwedzi siedząc na ławeczce przechylają się w tył i siłą mięśni brzusznych wracają do pozycyi siedzącej.

System niemiecki, wbrew niesłusznemu zarzutowi A. Mosso, posiada wiele ćwiczeń mięśni brzusznych. Są to jednak przeważnie ćwiczenia o szkodliwych działaniach ubocznych, psujące postawę, kongestyonujące lub karkołomne (n. p. wiele ewolucyi na drążku itp.).

Co do ruchów kończyn znamienną cechą szwedzkiego systemu jest pierwszeństwo, jakie on oddaje ćwiczeniu mięśni wyprostnych nad zginaczami. Jak słusznie obserwował Ling młodszy i spostrzeżenia swe ucieleśnił w szeregu szkiców, który oglądałem w „Gymnastiska Central-institutet“ w Stokholmie, większą część naszego siedzącego i gnuśnego życia przebywamy w pozycyach, znamionujących się zgięciem członków we wszystkich prawie stawach. Temu zniekształtniającemu działaniu postaw spoczynkowych, znużennych, ma przeciwdziałać gimnastyka.

System niemiecki, bezwiednie jak się zdaje, zmierza w kierunku wprost przeciwnym. W ćwiczeniach przewagę mają raczej mięśnie zginające. Dobrze wyrobiony m. dwugłowy ramienia jest główną chlubą gimnastyka; z powodu przykurczenia nadmiernie ćwiczonych zginaczy, zupełne wyprostowanie kończyn bywa u typowych gimnastyków niemożliwem.

Wynikiem tego jest ogromna różnica we wrażeniu, jakie czyni przy ruchach zwykłych na ulicy, gimnastyk szwedzki w porównaniu z niemieckim. Pierwszy od razu uderza swą smukłą, prostą postawą i wykwintnością ruchów, drugi wydaje się często ociężałym i niezgrabnym i dopiero przesadzony na swój teren właściwy, lecz sztuczny, do sali gimnastycznej, wzbudza podziw ewolucyami na drążku itd.

Różnica ta jest tem większą, iż jak przyznaje nawet Niemiec F. A. Schmidt,[8]) Szwedzi daleko lepsze osięgają wyniki w dziedzinie precyzyi, poprawności ruchów. Dzieje się to głównie dzięki ich zamiłowaniu do powolnego rytmu ćwiczeń, przy którym jest możliwą kontrola ścisła dokładności ruchu tak ze strony ucznia, jak nauczyciela. Energia ćwiczeń nic na tem nie traci. Co Niemcy osięgają potęgowaniem trudności samego ruchu przy szybkiem tempie, to uzyskują Szwedzi przez długie trwanie wysiłku.

Od istoty ćwiczeń przejdźmy do ich ugrupowania w system. I tu olbrzymia różnica między Szwecyą a kontynentem. P. H. Ling odbył poważne studya anatomiczne; to samo czynią wszyscy adepci jego systemu po dziśdzień w prosektoryum Instytutu centralnego. Odwieczna też systematyka ćwiczeń szwedzkich jest tak trafną, że dziś nie można jej nic zarzucić ze stanowiska naukowego. Podział ćwiczeń bierze za podstawę mięśnie czynne przy tych ćwiczeniach, oraz działanie ich na ustrój. Przeciwnie systematyka niemiecka jest podobnie dziecinną, jak podział roślin według... barwy kwiatów. Czysto zewnętrzne cechy służą tu za podstawę; bywa n. p. nieraz rozstrzygającem używanie tego lub owego przyrządu, kierunek ruchu lub t. p.

Ten brak naukowego podziału ćwiczeń jest powodem dla którego tak poszczególna lekcya, jak cały plan nauki gimnastyki według rzekomego systemu Jahna, przedstawia najzupełniejszy chaos z fizyologicznego punktu widzenia. Nauczyciel gimnastyki uczy się przez lichą systematykę ćwiczeń myśleć i operować kategoryami, nic nie mającemi wspólnego z ustrojem ludzkim, jego budową i funkcyami. Ztąd niemożność porozumienia się między gimnastykiem-zawodowcem, a lekarzem lub fizyologiem. Myślą oni zupełnie odmiennemi pojęciami, a to jest gorsze, niż gdyby mówili różnymi językami.

Racyonalność szwedzkiego systemu jest natomiast widoczna już z przebiegu każdej lekcyi[9]). Początek i koniec lekcyi, oraz następstwo ćwiczeń po sobie, wszystko to są rzeczy metodycznie obmyślane, zgodnie z zasadami fizyologii i higieny. Wszystkie ważniejsze grupy fizyologiczne ruchów są zastąpione w każdej lekcyi, która w ten sposób daje zupełny cykl ruchów, działających wszechstronnie na ustrój.

Gdy dodam, że Szwedzi rozporządzając tym samym czasem, co Niemcy, (trzema godzinami tygodniowo), rozrządzają nim higieniczniej, dając zamiast trzech lekcyi całogodzinnych, codziennie pół godz. gimnastyki; że zamiast słabowitych i ułomnych uwalniać od ćwiczeń jak u nas, tworzą z nich osobne oddziały, gimnastykujące się stosownie do rozpoznania lekarskiego pod okiem nauczyciela, obeznanego z gimnastyką leczniczą; że wspominany już Instytut centralny w Stokholmie jest w sprawie kształcenia nauczycieli niedoścignionym wzorem, pobieżne to porównanie obu systemów gimnastyki zupełnie wyraźnie na całej linii wychodzi na korzyść gimnastyki szwedzkiej.

[8]) F. A. Schmidt: Die Gymnastik an den schwedischen Volksschulen. 1899.

[9]) Graficzne przedstawienie przebiegu lekcyi daje Démeny w znakomitem dziełku: »L'éducation physique en Suède.«

Wspomniałem już, że nie mogę wdawać się w szczegóły. Interesujących się tym przedmiotem odsyłam do rozprawy obszerniejszej, której druk właśnie rozpoczął się w „Muzeum“ [10]. Tu tylko wspomnę, że przy wniknięciu w najdrobniejsze szczegóły dochodzimy do tychsamych wyników, świadczących o wyższości metody szwedzkiej, co przy rozważaniu sprawy ze stanowiska ogólnego.

Wynika ztąd niemożebność obrania osławionego „złotego środka“, — utworzenia systemu mięszanego. Wszystkie różnice obu metod wychodzą na niekorzyść niemieckiej, musi więc system Linga być podwaliną, na której możemy budować gmach gimnastyki przyszłości.

III. O wrodzonym wadliwym rozwoju narządów płciowych męzkich, powikłanym z histeryą.

I. Zanik prącia, jąder i moszny. II. Brak jądra prawego, lewostronne śródpowłoczne zatrzymanie jądra lewego w przewodzie pachwinowym *(retentio inguinalis integumentalis)* i brak zupełny moszny.

Podał

Dr. Stanisław Szuman.

(Dokończenie).

Przypadki wadliwego rozwoju narządu płciowego, spostrzegane przezemnie, były następujące:

Spostrzeżenie I. Pacyent, wojskowy z zawodu, liczy lat 42. Ojciec jego, który przez cały szereg lat cierpiał na świerzbiączkę, zmarł z duru brzusznego. Z dziesięciorga rodzeństwa troje zmarło z chorob wieku dziecięcego, dwoje z przyczyn, pacyentowi nieznanych. Kilkoro cierpi na świerzbiączkę. Dwoje, urodzonych z drugiego małżeństwa matki, cierpi także na tę samą chorobę, której od dzieciństwa ulega i pacyent. Początkowo zajmowała ona skórę całego ciała i odbierała sen. Obecnie doznaje chory silnego bardzo swędzenia, zwłaszcza po wewnętrznej stronie ud, podudź i przedramion; występuje ono silniej w porze letniej, przy wzmagającej się ciepłocie, zwłaszcza w pościeli. Pacyent jest od dzieciństwa nadmiernie drażliwy, wrażliwy i namiętny. Właściwości te spotęgowały się bardzo w ostatnim czasie. Prócz tego skarży się chory na zajęcie głowy, silną nużliwość fizyczną i psychiczną, rozstrzelenie uwagi, niepokój wewnętrzny i nagłe zmiany nastroju uczuciowego, znaczące się gwałtownymi wybuchami namiętności i wzruszeń, które wywołuje lada drobnostka. Odnośnie do zmian tego nastroju jak to sam pacyent podaje i dziedzina jego woli okazuje silne wahania, co cechuje się bądź chwilowo wzmożoną, bądź też osłabioną energią i przedsiębiorczością. Przez pewien czas oddawał się chory z namiętnością pijaństwu i karciarstwu.

Wynik badania: Chory wzrostu słusznego, budowy średniej. Umięśnienie mierne, podściółka tłuszczowa słabo rozwinięta. Policzki i skóra ciała mają zabarwienie żółtawopłowe; widzialne błony śluzowe zabarwione blado-różowo. Objawy drapania liczne, zwłaszcza na wewnętrznej stronie ud, podudź i przedramion. Wyprysku właściwego nie można było stwierdzić nigdzie. Odczyn źrenic na światło i akomodacyę prawidłowy, ruchy oczu również prawidłowe. Czynność serca przyspieszona, nierówna, nie przechodząca średniego natężenia. Uderzenia serca i koniuszka sercowego przyśpieszone, nierówne — w granicach prawidłowych. Tony serca tępe i głuche, ale czyste, — średniej siły. Częstość tętna waha się między 80 a 100 na minutę: odpowiednio do tego, czy pacyent znajdował się w równowadze psychofizycznej, czy się natężał, bądźto fizycznie bądźto umysłowo, lub podlegał rozdrażnieniu i wzruszeniu. Mocz zawiera trochę śluzu, lecz wolny jest od składników chorobowych, mianowicie białka i cukru.

Wzmożenie odruchów kolanowych i brzusznych. Znak Rosenbacha. Pędzelkiem, szpilką i prądami elektrycznymi (galwanicznym i faradycznym) daje się stwierdzić znaczne bardzo wzmożenie pobudliwości całej prawej strony ciała. Prącie mierzy mniej więcej połowę objętości i wielkości prawidłowej, jądra okazują zanik obustronny, dochodząc zaledwie do wielkości ziarnka bobu; okalająca je moszna dosięgała zaledwie trzeciej części prawidłowej rozciągłości. Badanie narządu płciowego daje powód choremu do chełpienia się z swej męzkiej siły. Później dowiedziałem się, że pacyent cierpi na zupełne niedołęztwo męzkie. Brak prawie zupełnie uwłosienia na twarzy i w okolicy płciowej.

Umysłowość: Drażliwość i wrażliwość nad wyraz wzmożone; nagłe zmiany tła uczuciowego. Z wymienionymi objawami psychicznymi łączą się rozbieżność uwagi, upór, nieufność, podejrzliwość, chwilami wzmożona poddawczość, zahamowanie inteligencyi i wyobraźni wśród silniejszych wzruszeń i uniesień. Brak ciągłości woli. Akty woli chorego warunkowane są częstokroć gwałtownemi wzruszeniami i namiętnościami Samowiedza nadkresowa okazuje wzmożoną egocentryczność.

Spostrzeżenie II.: Chory, liczący lat 42, jest z zawodu restauratorem. Ojciec jego zmarł z porażenia postępowego, licząc lat 64; matka która cierpiała na otyłość, uległa porażeniu serca w 72 roku życia. Jeden z braci był nałogowym pijakiem, drugi cierpiał na „rozszerzenie“ serca, siostra zmarła w połogu. Chory sam przebył w 12 r. życia dur brzuszny, w 28 ciężkie prawostronne zapalenie płuc; w latach ostatnich cierpiał skutkiem nałogowego pijaństwa na obrzęk wątroby. Od kilku miesięcy skarży się na wzmożoną drażliwość i wrażliwość, oraz nużliwość fizyczną i psychiczną. Od czasu do czasu popada w gwałtowne wybuchy gniewu i wściekłości. Wybuchy te wywołuje według jego podania głównie nieszczęśliwe pożycie z bezdzietną, cierpiącą na suchoty żoną.

Wynik badania: Silna budowa ciała — (typu jej dotkniemy niżej), — mięśnie miernie rozwinięte, średnia otyłość, słabo rozwinięte wole, błony śluzowe blade. Odczyn źrenic na światło i akomodacyę prawidłowy, ruchy oczu również prawidłowe. Czynność serca słaba: tony jego nad koniuszkiem i u podstawy głuche i słabe, ale czyste. Pierwszy ton nad tętnicą główną dość silnie zaakcentowany. Uderzenia serca niedostrzegalne i niewyczuwalne; — uderzenia koniuszka sercowego w piątem międzyżebrzu na wewnątrz linii sutkowej słabo wyczuwalne. Kształt serca prawidłowy. Tętno słabe, nierówne, trochę przyspieszone: 80—82 uderzeń na minutę. Tętnica sprychowa tętni nierówno i wahająco co do siły napięcia. Prawostronne powiększenie wątroby. Silnie zaznaczony znak Rosenbacha. Wzmożenie odruchów kolanowych, słabe odruchy brzuszne. Pobudliwość skóry ciała prawostronnie wzmożona. Głowa i kręgi na ucisk niewrażliwe. Mocz wolny od cukru i białka. Brak prawego jądra. Lewe jądro, dochodzące wielkości ziarnka bobu, wyczuć się daje wraz z przyjądrzem w środku wązkiego bardzo kanału pachwinowego, przez którego pierścień zewnętrzny nie podobna przeprowadzić małego palca. Prawy kanał pachwinowy zdaje się być więcej jeszcze zwężonym. Skóra, pokrywająca jego pierścień zewnętrzny, okazuje jeszcze znaczniejsze napięcie, niż lewostronnie. Wśród badania układu płciowego chełpi się pacyent z wzwodu prącia i rzekomej swej siły męzkiej.

Umysłowość: Tło ogólne nastroju uczuciowego pacyenta stanowi zobojętnienie. Z niego wynurzają się od czasu do czasu nagle i gwałtownie, niejako wybuchowo,

[10]) Ćwiczenia metodyczne ciała i rola ich w wychowaniu fizycznem. Muzeum 1902 II. f.

uniesienia gniewu i wściekłości, malujące się na twarzy i cechujące się rysami i postawą ciała, znanymi z dzieł Darwina, Duchennea de Boulogne, C. Langego, i innych. Dołącza się tu jeszcze charakterystyczna intonacya głosu. Wybuchy wspomniane łagodnieją i gubią się pozornie, prze chodząc stosunkowo szybko na twarzy w wyraz obojętności; nurtują jednakże długo w duszy chorego, zaznaczając się niechęcią, nienawiścią i mściwością przeciw tym, których obwinia pod wpływem swej egocentryczności o wyrządzenie mu jakiejkolwiekbądź przywidzianej obrazy lub krzywdy. Egocentryczność wymieniona, skojarzona z zarozumiałością, pychą i uporem pacyenta, ustępuje czasowo miejsca wzmożonej poddawczości, miękkości i najzupełniejszej uległości.

Analiza: z wywiadów obu pacyentów wynika, że anomalie narządów płciowych, któremi są dotknięci, należą do wad wrodzonych. Obaj bowiem podają, że narządy te, od dzieciństwa począwszy, nieomal żadnej nie uległy zmianie, a mianowicie w porze pokwitania i w wieku późniejszym nie zaznaczyły się rozwojem cechującym typ męzki. Zapatrywanie to stwierdza jeszcze więcej i ta okoliczność, że obaj pacyenci nie byli nigdy dotknięci jakiemkolwiekbądź schorzeniem innem narządu płciowego, mogącem pociągnąć za sobą w jego rozwoju zastój. Bliższy związek przyczynowy, mianowicie w przypadku pierwszym, jest najzupełniej niedocieczony i nieznany. Pozostaje tu pod tym względem szerokie pole do domysłów bądźto dla tych, którzy skłaniają się do tłómaczenia zaniku prącia, jąder i moszny zmianami przypadkowemi, mającemi miejsce podczas życia środmacicznego płodu, bądźto dla innych, którzy upatrują go w niedokształceniach utworowych samoistnych, idąc za przykładem Birch-Hirschfelda, Cohnheima, Finottiego i innych. Przypadek drugi jest z etyologicznego punktu widzenia jaśniejszy o tyle, że zachodzi w nim niezwykłe zwężenie kanału pachwinowego. Anomalia ta zaś mogła, wraz z niedostatecznym rozwojem jądrowodu, — (rozmaici badacze uważają ten niedorozwój również, jako czynnik etyologiczny w rozumieniu odnośnem) — spowodować, jak przypuszczać można, lewostronne zatrzymanie jądra, a prawostronnie uniemożliwić zstąpienie jego najzupełniej. Zatrzymane jądro lewe (przypadek II.) było prawie zupełnie nieporuszalne tak ku dołowi i ku górze, jak na zewnątrz i na wewnątrz. Przyczyną tej nieporuszalności mogły być prócz wspomnianego zwężenia kanału pachwinowego, sprawy zapalne (por. Kocher *l. c.* 419—422, Strohe *l. c.* 11). Sprawą taką dotknięte było zatrzymane jądro pacyenta drugiego wśród mej obserwacyi. Nagły napad gwałtownego bólu, rozpromieniającego się z okolicy jądra ku jamie brzusznej i lewej stronie lędźwiowej spowodował go do położenia się do łóżka. Badanie wykazało guz napięty, prawie zupełnie nieporuszalny, a na ucisk nad wyraz wrażliwy, przechodzący mniej więcej dwukrotnie pierwotną wielkość jądra, oraz zaczerwienienie pokrywającej go skóry. Poprzednie stwierdzenie jądra w tejże samej okolicy i nagłość zachorzenia spowodowały mię do rozpoznania zapalenia, z wykluczeniem przepukliny, obrzmienia gruczołów chłonnych, oraz dymienicy. Gorące kataplazmy, stosowane przez parę godzin, uwolniły chorego od wszelkich dolegliwości i spowodowały sklęśnięcie zupełne obrzmienia.

Przeciw omówionemu powyżej zwężeniu kanału pachwinowego zdaje się przemawiać na pierwszy rzut oka już samo przebywanie w nim jądra. Niektórzy autorowie, a mianowicie Strohe (*l. c.* 14) twierdzą, że kanał ten bywa zawsze rozszerzony znajdującem się w nim jądrem. Przypadek mój stanowi tu jednakże, jak z poprzednich uwag wynika, wyjątek z tej reguły. Przy małej nad wyraz objętości jądra przyjąć tu można nasamprzód jako czynniki etyologiczne tego zboczenia warunki natury wrodzonej mianowicie niedokształcenie, spowodowane wstrzymanym rozwojem, dalej zaś sprawy zapalne daty późniejszej.

Zwróćmy teraz na chwilę uwagę naszę na typ anatomo-fizyologiczny i psychiczny obu pacyentów. Co do chorego pierwszego, to uderzało u niego, prócz zaniku prącia, jąder i moszny niezwykle słabe uwłosienie twarzy, okolicy płciowej i całego ciała, podczas gdy u drugiego rzucał się w oczy szeroki chód kobiecy, do którego zdawały się przyczyniać rozszerzenie i krótkość miednicy*). Typ psychiczny przedstawiał u pacyentów moich cechy następujące: nastrój uczuciowy charakteryzował się u pierwszego, jak to już podnieśliśmy w krótkości wyżej, niezwykle silnie zaakcentowanemi zmianami swego tła. Zmiany te, charakteryzujące się to gwałtownymi i namiętnymi wybuchami gniewu i wściekłości, to przesadzoną miękkością i czułością, następowały po sobie niejednokrotnie zupełnie bezpośrednio i zdawało się częstokroć, jakoby nie było tu przejść i połączeń żadnych, wiążących z sobą przeciwieństwa nastrojów uczuciowych i wynurzających się z ich zwierciadła wzruszeń i namiętności, jakim podlegał chory. Nagłe te, wywoływane lada drobnostką, falowania tła uczuciowego, przedstawiały się niejednokrotnie, jako istny bezład i zamęt uczuciowy. Od czasu do czasu popadał pacyent w obojętność i przygnębienie. Wtedy gdy ukoiły się wzruszenia i zamilkły na chwilę namiętności, ustępując niejako w polu psychicznem na plan dalszy, usposobienie umysłowe chorego stawało się równiejsze i spokojniejsze.

Do innych zaburzeń przyrody psychicznej należą rozbieżność uwagi, nieufność i podejrzliwość. Podczas gdy inteligencya w ściślejszem tego słowa znaczeniu (przyswajanie wrażeń, kojarzenie wyobrażeń, kombinacya ich, oraz pojmowanie) i czynność wyobraźni okazywały czasowo, mianowicie pod wpływem wzruszeń i namiętnych uniesień, pewne zahamowanie, samowiedza zaznaczała się bądź to nieuzasadnionem krytycznie wzmożeniem, którego najwybitniejszą cechą była egocentryczność, charakteryzująca się przecenianiem siebie i odnoszeniem wszystkiego do siebie, bądź znowu osłabieniem, znajdującem swój wyraz w zwiększonej poddawczości. Akty woli pacyenta kierowane były niejednokrotnie także gwałtownemi wzruszeniami, a więcej jeszcze namiętnościami. Tu należą n. p. wadliwe popędy, jak karciarstwo i pijaństwo, którym przez cały szereg lat oddawał się chory. Dziedzina psychiczna drugiego pacyenta przedstawiała obraz następujący: nastrój jego uczuciowy charakteryzował się więcej obojętnością. Od czasu do czasu tylko występowały na jej tle wspomniane wyżej gwałtowne wybuchy wzruszeń. Upór i egocentryczność, ustępujące czasowo miejsca wzmożonej poddawczości, były właściwościami i jego charakteru. Nie był on wolny i od zboczeń woli. Ale gdy u pierwszego chorego wola się cechowała głównie niestałością i brakiem równowagi, gdy mimo anomalij tych wywalczył on sobie pewne stanowisko, drugi, skutkiem osłabienia woli

*) Z przyczyn łatwo zrozumiałych byłem zmuszony zadowolnić się tu jedynie oględzinami.

i wynikającej z niego ustawicznej niechęci do pracy, zmieniał ciągle swe zajęcia i nie doszedł do niczego w życiu. Pewne znaczenie etyologiczne mogło mieć tu także nałogowe pijaństwo, któremu pacyent przez cały szereg lat podlegał.

Mimowoli narzuca nam się pytanie, czy w przeciwieństwach nastrojów uczuciowych, falowaniach natężenia inteligencyi i wyobraźni, zboczeniach samowiedzy, uwagi i woli, jednem słowem w całym zamęcie zaburzeń, nurtujących w głębi duszy obu pacyentów i powodujących tam ustawiczne wahania równowagi psychicznej, malujące się odpowiednimi rysami, twarzy, oraz przebijające się charakterystycznymi odruchami w postawie ciała, nie uda nam się odnaleźć pewnej ciągłości? czy cały zagmatwany i zawiły zbiór tych objawów nie wiruje około osi stałej, czy nie da się ująć w pewne etyologiczne i patologiczne pojęcia? Jeżeli zwracając się na chwilę w dziedzinę prawidłową czynności i spraw psychicznych, znajdziemy tam, że całe bogactwo pierwiastków tej dziedziny, tak przyrody przedmiotowej jak i podmiotowej, oraz wyższych duchowych wytworów: objawów samowiedzy, inteligencyi, wyobraźni, pamięci, uwagi, wreszcie aktów woli z całą grą i walką jej motywów, z całymi nieprzejrzanymi szeregami w najrozmaitsze strony promieniejących jej dążeń jest w wysokim stopniu warunkowane wrażliwością normalną danego osobnika; jeżeli zważymy dalej, że wrażliwość ta, stanowiąca podstawę uczuć prostych i złożonych, wzruszeń i uniesień, łączy się wśród ustawicznych, nad wyraz subtelnych zmian bądź to bezpośrednio bądź to pośrednio z wszystkimi objawami życia duchowego i biegnąc przez nie mimo tych cieniowań, poniekąd jako melodya ciągła, nadaje im nastrój, kierunek, pewne charakterystyczne znamiona i cel pewien, to szukać będziemy nie bez słuszności wanomaliach wrażliwości obu pacyentów naszych, znaczących się to chorobowem wzmożeniem, to osłabieniem jej, podstawy całego zbioru zaburzeń psychicznych. Tu należy także brak krytycznego różniczkowania wyobrażeń, charakteryzujący się z jednej strony wybujałą egocentrycznością, z drugiej wzmożoną poddawczością. Jeżeli tym sposobem anomalie wrażliwości dotykają chorobowo wszystkich objawów życia duchowego obu naszych pacyentów, wpływając przy osłabieniu władzy tej hamująco na wytwory umysłowe, a mącąc niejako harmonię tonów i ich akordów wzmożeniem jej, to musi i indywidualność chorych psychiczna, biorąca z czynników tych swój początek, przedstawiać w całej istocie swej obraz wahania, osłabienia i spaczenia. Chorobowe te jej nadwerężenia przejawiają się mianowicie przewagą osobistości niższej, znaczącej się mianowicie wyobrażeniami, popędami i dążeniami surowemi i egoistycznemi. Ostatnie te czynniki psychiczne występują w postaci motywów tak silnych, że równoległe wytwory duchowe wyższego rzędu, — wytwory wyższej osobowości, nie są zdolne im stawić czoła. Ale nie tylko siła pierwszych, lecz i wynikające poniekąd z jakościowej istoty ich dane, zapewniają im nad wytworami i motywami duchowymi wyższego rzędu łatwe zwycięztwo. Podczas gdy bowiem dążenia etyczne wyższe, cechujące się kierunkiem, zwróconym ku wzniosłym celom przedmiotowym, wymagają silnego natężenia całej umysłowości, do którego pacyenci nasi są czasowo najzupełniej niezdolni, pociągają ich popędy niższe, łudząc łatwością zadośćuczynienia i dając im nieomal bezpośrednio i prawie bez trudu rodzaj pewnego poziomego zadowolnienia egoistycznego.

Z zaburzeniami wrażliwości łączą się u obu chorych, jeżeli podniesiemy tu jeszcze jeden z najważniejszych fizyologiczno-patologicznych rysów obrazu choroby, zboczenia drażliwości zmysłu ogólnego [7]). Obie anomalie te (wrażliwość i drażliwość), mimo że pierwsza zaznacza się ośrodkowo i dotykając dziedziny psychicznej, jest objawem wyższego rzędu — druga zaś, mając cechy fizyologiczne — przejawem niższego rzędu, zdają się stać w pewnym stosunku i pewnej styczności z sobą i są zarazem pod względem rozpoznawczym o tyle ważne, że należą w natężeniu, szerokości i jakościowych odcieniach do znamion, charakteryzujących pewne postacie histeryi. Jako znamię tego schorzenia przyrody więcej określonej uważają niektórzy autorowie i niedorozwój narządów płciowych, mianowicie u osobników obciążonych dziedzicznie, podnosząc tu zarazem i czynniki etyologiczne tak natury patologiczno-fizyologicznej: n. p. dopływanie bodźców nieprawidłowych ze strony niedokształconych narządów płciowych do ośrodków nerwowych, oraz zboczenia odruchowe układu tego, jak i objawy i cechy przyrody więcej psychicznej, o których mówiliśmy już powyżej.

Uznając do pewnego stopnia ważność tych spostrzeżeń i opierających się na nich przypuszczeń i teoryj, zaznaczyć musimy przecież, że wszystkie te dane i cały zbiór innych, służący ku oznaczeniu histeryi, gubią się poniekąd jako promienie rozstrzelone światła w bogatym kalejdoskopie jej obrazów, nie oświetlając dostatecznie ich rysów i szczegółów, nie objaśniając dokładniej ich związku ze sobą i nie pozwalając rozgraniczyć i określić ich bliżej, a tem samem ująć ich w pewien ład i porządek.

Piśmiennictwo. 1) C. Weil: Über den Descensus testiculorum nebst Bemerkungen über die Entwicklung der Scheidenhäute und des Scrotums. Leipzig u. Prag 1885. 2) Th. Kocher: Krankheiten des Hodens und seiner Hüllen, des Nebenhodens, Samenstranges und der Samenblasen. Im Handbuch der allgem. u. spec. Chirurgie von Dr. v. Pitha u. Dr. Billroth Stuttgart 1871—1875. 3) Podrazki: Die Krankheiten des Penis u der Harnblase. *Ibidem.* 4) L. Strohe: Über Hodenectopie. Leipzig 1900 5) Albert: Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. 6) Englisch: Hoden Artikel in der Realencyclopädie d. gesamnten Heilkunde herausg v. Prof. Dr. A Eulenburg III. Auflage Bd. X. 7) Ziehen: Hysterie: Ibid. Bd XI. 8) Marchand: Missbildungen *Ibid.* Bd. XV. 9) Wilms: Ref. v. von Notthaft: Die teratoiden Geschwülste des Hodens i t. d. München med. Wochenschr: 1896. S 956. 10. Ziegler Lehrb. der allg. path Anatomie u. Pathogenese 141 Aufl.: 1892. Teratome. S. 361—363 i 421—422.

IV. Oceny i sprawozdania.

T. Heiman. — **Choroby narządu słuchowego, podręcznik dla lekarzy i studentów.** (Warszawa 1902 roku. Z udziałem zapomogi Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia dr. J. Mianowskiego. 729 stronic, 161 rysunków w tekscie).

Pojawienie się oryginalnego podręcznika w języku polskim z dziedziny praktycznych nauk lekarskich jest zawsze niejako wypadkiem dnia wśród niezbyt bogatego naszego piśmiennictwa. Z tem większem zaciekawieniem zabraliśmy się do przeczytania pierwszego polskiego podręcznika chorób usznych. Już z góry niechaj nam wolno będzie zaznaczyć, że oczekiwania nasze nie zostały zawiedzione. Ponieważ jednak nie ma nic bezwzględnie doskonalego na świecie, więc i książka Heimana nie jest wolna od kilku wad, na które pragnęlibyśmy zwrócić uwagę zaraz na wstępie. Zarzuty nasze da-

[7]) W dziedzinie zmysłów innych nie była drażliwość ta w tym samym stopniu uderzająca.

łyby się właściwie streścić w kilku słowach: język nie dość poprawny, styl nie dość staranny. Kilka przykładów wystarczy na dowód tego twierdzenia. Tak, autor stale używa pisowni „gruppa“, „klassa“, zamiast „odkazić“ pisze „zdezinfekować“, „herpes“ nazywa „wypryskiem“, bystrość słuchu „ostrością słuchu“. Czasownik „używać“ stale łączy z przypadkiem 4-tym, zamiast 2-gim.

Wyraz „tamponacya“ nie jest ani polskim, ani obcym. Na str. 704 czytamy o „płukaniu z kwasem bornym“ a na str. 813 o „zatrudnionem oddychaniu“, o „odejmowaniu“ i „oddalaniu“ polipów. Takie błędy napotkać można na każdej niemal stronicy. Całe zdania rażą nieraz nieodpowiednim układem: „Zamiast skóry ludzkiej wprowadził Berthold w użycie szczepienie błonki od jajka kurzego“. (Str. 275) albo: „Rhinitis .... u noworodków uważaną jest za mającą podkład przymiotowy lub rzeżączkowy“. W rozdziale o anatomii i fizyologii narządu słuchowego znajdujemy tu i owdzie określenia nie dość ścisłe, np. na str. 29: „Ściany jamy bębenkowej są następujące: przednia, tylna, górna, dolna, wewnętrzna i zewnętrzna. Błona bębenkowa stanowi ścianę przednią“, a dalej: „Jestto błonka cienka, kształtu nieprawidłowo-owalnego, z licznemi nierównościami“..... „u noworodków leży na jednej płaszczyźnie ze ścianą górną przewodu słuchowego zewnętrznego“. Zbyt apodyktyczną zdaje się być forma niektórych twierdzeń, jak: „U osób muzykalnie rozwiniętych błona bębenkowa stoi prawie pionowo“.

Na str. 211 opisuje autor skostnienia i złogi „muszli usznej“ w rozdziale o nowotworach. Taką niedokładność w ugrupowaniu przedmiotu można jeszcze kilka razy napotkać. Na str. 257 pod napisem „Nerwice przewodu słuchowego zewnętrznego“, czytamy także o kaszlu, powstającym „przy wstawianiu rurki do ucha“. Chyba ten objaw do rzędu nerwic z pewnością nie należy. Na str. 500 w ustępie, zatytułowanym „Śmiertelne krwotoki z tętnicy domózgowej i z zatok mózgowych“, opisuje autor między innymi także krwotoki, które mogą „ustać same i skończyć się wyzdrowieniem“. Czy słowo „śmiertelne“ w tytule ustępu nie było co najmniej zbytecznem?

Że zaniedbywanie stylistycznej strony często powoduje usterki rzeczone i pewną nieścisłość w przedstawieniu samej sprawy, dowodzi najlepiej rozdział o śródczaszkowych powikłaniach spraw ropnych ucha. Przedmiot sam przez się dość zawiły i trudny, staje się często jeszcze bardziej niejasnym przez niedość staranne obchodzenie się autora z językiem. Niepodobna wszystkiego wyliczyć. Kilka zdań posłuży za przykład: na str. 463 czytamy: „Macewen uważa wysoką gorączkę, stałą lub zwalniającą, za objaw wprost wykluczający ropień mózgu. Jest ona raczej następstwem innych spraw chorobowych w jamie czaszkowej, istniejących obok ropnia mózgu, lub bez niego“. Dzięki tej stylizacyi czytelnik, mniej obeznany z przedmiotem, dalej może mieć wątpliwości, czy gorączka stała lub zwalniająca wyklucza ropień mózgu, czy nie? Na str. 453, opisując objawy zapalenia rozlanego opon mózgowych, autor z zachowaniem się tętna załatwia się lakonicznem zdaniem: „Tętno bywa z początku zwolnione, a potem przyspieszone“ Nieco niżej, opisując zajęcie „sklepienia czaszki“, twierdzi: „Prawie bez wyjątku istnieje sztywność karku jeszcze przed wszystkimi innymi objawami“. W tej stylizacyi trudno się zgodzić na to twierdzenie. Na str. 468 pisze o ropniach mózgu, że kończą się pęknięciem „do komór bocznych lub na powierzchnię jamy czaszkowej. Wylana ropa zabija chorego błyskawicznie w kilka minut lub godzin...“ a nieco niżej: „W postaci błyskawicznej osobnik, na pozór zupełnie zdrowy, wydaje okrzyk, pada nieprzytomny“...

Dodajmy jeszcze, że razi czasem przekręcanie nazwisk, np. „Quinecke“, stale używane zamiast „Quincke“, lub pewne anachronizmy (a może to błędy drukarskie?), jak np. twierdzenie, jakoby wycięcia błony bębenkowej z młoteczkiem dokonał po raz pierwszy Kessel w r. 1855 (str. 409) — a możemy od zarzutów przejść do skreślenia zalet, jakie książka Heimana niewątpliwie posiada.

Autor w szerokich ramach przedstawia nietylko stan dzisiejszej nauki o chorobach usznych, ale traktując prawie wyczerpująco wszystkie jej działy, przeważnie wyciska na nich piętno podmiotowe; to właśnie czyni książkę bardzo zajmującą. Wszędzie przebija się własne doświadczenie i własna obserwacya autora, z której umie korzystać tak w kierunku naukowym, jak i praktycznym. Rozpoczynając część ogólną od krótkiego zarysu historycznego, omawia w następnym rozdziale znaczenie i ważność chorób ucha, kończąc go tak trafną przestrogą, „ażeby otyatrzy nie zapominali, iż należą do jednego wielkiego pnia lekarskiego“, bo „tylko lekarz ogólnie wykształcony przyniesie, jako specyalista, pożytek chorym i nauce“. Dalsze dwa rozdziały poświęcono anatomii i fizyologii narządu słuchowego. Omówiwszy fizykalne badanie ucha, ogólną symptomatologię, przyczyny, rozpoznanie i rokowanie, jako też terapię ogólną, poświęca autor higienie ucha osobny rozdział, pełen trafnych praktycznych wskazówek. Część ogólna kończy się przedstawieniem techniki badania pośmiertnego ucha. Część szczegółowa przedstawia patologię i terapię poszczególnych postaci chorobowych ucha zewnętrznego, środkowego i wewnętrznego. Dotyczące rozdziały świadczą przedewszystkiem wymownie o wielkiem doświadczeniu autora, który opisuje obrazy chorobowe tak, jak mu się przedstawiały, przyczem jednak nie pomija spostrzeżeń i zapatrywań innych. Zaznaczyć należy, że w kwestyi ropnicy pochodzenia usznego autor podziela zdanie Körnera i przyjmuje istnienie dwojakiego rodzaju ropnicy, to jest z zakrzepem i bez zakrzepu; przyczem przytacza jednak zarzuty, jakie przeciw tej teoryi podnieśli przeciwnicy. Osobny rozdział traktuje o związku między chorobami narządu słuchowego, a chorobami całego ustroju i pojedynczych jego narządów, osobny znów obejmuje znaczenie chorób ucha dla służby wojskowej, pod względem sądowo-lekarskim, dla ubezpieczeń na życie i dla służby na kolejach żelaznych. Krótkim — może nieco za krótkim, ale treściwym opisem chorób nosa i jamy nosowogardłowej kończy część szczegółową. Na końcu dzieła znajduje się spis 68 prac, ogłoszonych przez autora w różnych językach. Wydanie książki pod względem formy zewnętrznej jest nienaganne, ryciny przeważnie dobre. Gdyby autor przy następnem wydaniu książkę swą zechciał poddać ścisłemu przejrzeniu w kierunku językowym i stylistycznym, zajęłaby ona zasłużenie pierwszorzędne miejsce wśród polskich podręczników lekarskich. *Schoengut.*

V. Wyciągi.

Dr. A. Oppenheim. **Zatory płucne po operacyach, ze szczególnem uwzględnieniem powstających po operacyach wyrostka robaczkowego.** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 5, 1902). Statystyka 217 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego, operowanych przez Sonnenburga, świadczy, że w 18-tu przypadkach ropnego zapalenia trzy razy były zatory płucne, dwa razy skrzepy, zaś w 189 przypadkach zapalenia przewlekłego, operowanych w przerwach międzynapadowych, cztery razy były zatory i cztery razy skrzepy. Autor jest tego zdania, że przy ropniach okołowyrostkowych skrzepy są częstsze, niż przy innych cierpieniach, zależnie od istoty samego cierpienia (znane są przypadki skrzepów, powstałych bez operacyi). Pierwotną siedzibą skrzepów są naczynia miednicy, prowadzące wprost do żyły głównej (*vena cava*); pojmować je należy jako skrzepy uciskowe (*Compressionsthrombosen-Billrotha*) w otoczeniu ogniska zapalnego. Po operacyach, dokonywanych między napadami, skrzepy, zdaniem autora, mają powstawać w następujący sposób: wyrostek robaczkowy przymocowany jest wskutek przewlekłego zapalenia licznymi zrostami do powięzi biodrowej (*fascia iliaca*); przy usiłowaniach wyzwolenia go z tych zrostów muszą uledz rozerwaniu liczne naczynia w tych zrostach; do tego dołącza się drugi ważniejszy czynnik: zaburzenia krwiobiegu wskutek osłabionej u takich chorych akcyi serca, przy tem zmienionej pod wpływem uśpienia chloroformem.

Miejsce zatoru prawie zawsze bywa po stronie prawej w dolnym płacie, w pobliżu opłucnej. Przy tych zatorach autor zawsze spostrzegał podniesienie ciepłoty. Skrzepy w przypadkach spostrzeganych należały do t. zw. przez Virchowa marantycznych, choć chorzy byli w wieku młodym i średnim, gdyż nigdy nie stwierdzono ani rozpadu płuc, ani sprawy ropnej przejściowej. Najważniejszem zadaniem leczenia jest przeciwdziałanie powstawaniu nowych zatorów, zwalczanie duszności, zapewnienie swobodnego oddechu przez łagodzenie bólu opłucnej zapomocą morfiny; prócz tego pamiętać należy, że najniebezpieczniejsze są szybkie i gwałtowne ruchy mięśniowe i niezwykłe poruszenia ciała. *Z. Czaplicki.*

Dr. Süsswein. **Los prątków błoniczych w przewodzie pokarmowym.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 6, 1902). Od czasu wprowadzenia leczenia surowicą przypadki błoniczego zapalenia żołądka stały się bardzo rzadkie. Z ośmiu przypadków sekcyonowanych autor w czterech wykazał obecność prątków Löfflera, lecz bardzo zmienionych w swej postaci. W treści jelit nigdy nie udało się prątków wykryć. U żyjących (15 przypadków) autor miał tylko wyniki ujemne, badając treść żołądkową i stolce, również nie mógł wywołać błonicy u zwierząt, szczepiąc im kał chorych. Zdaniem autora prątki, połknięte z nalotów w gardle, mogą być wykazane czasem w treści żołądkowej, w jelitowej zaś prawie nigdy. Sok żołądkowy u chorych na błonicę, jakkolwiek kwasota jego w czasie trawienia znacznie jest mniejszą niż u zdrowych, w większości przypadków ma dosyć siły bakteryobójczej, by prątki zniszczyć. Te własności bakteryobójcze zależą nie od wolnego, lecz od związanego kwasu solnego, gdyż w pięciu badanych przypadkach próba Günzburga dała wynik ujemny. Stolce nie są zaraźliwe, gdyż prątków Löfflera w nich wykryć nie można. Jeżeli prątki opuszczą żołądek w stanie żywotności, to mogą nawet od biedy oprzeć się działaniu żółci i soku jelitowego, ale w żadnym razie nie oprą się działaniu prątka okrężnicowego. Jelita z natury są jałowe, błona śluzowa ich żadnych drobnoustrojów nie zawiera (naturalnie u zdrowych); te zaś, które się w treści znajdują, rozwijają się nie na naszym gruncie. O walce pomiędzy prątkami okrężnicy i Löfflerowskimi daje pojęcie następujące doświadczenie: jeżeli mięszaninę jednych i drugich prątków zaprawić kroplą surowicy Löfflera, to po 24 godzinach znajdą się niemal wyłącznie prątki okrężnicy, Löfflerowskie zaś giną. *Z. Czaplicki.*

F. Parkes Weber. **Pochodzenie zielonego lub niebieskiego moczu.** (*The Lancet*, 21 września 1901 r.). Autor wypowiada przekonanie, iż najczęstszą przyczyną zabarwienia moczu na zielono, lub na niebiesko jest spożycie w nadmiarze cukierków, zawierających błękit metylenowy. Tem się i tłomaczy częstsze spostrzeganie tego zjawiska u dzieci i młodych kobiet, lubiących, jak wiadomo, słodycze. Błękit metylenowy zawiera się w mniejszej lub większej ilości w cukierkach fioletowych i purpurowych, które przy dłuższem leżeniu stają się nieprzeźroczystymi i bardziej czerwonymi. Zabarwienie moczu waha się między barwą zielonkawą a mocno błękitną, zależnie od ilości wprowadzonego błękitu metylenowego. Doświadczenia z czystą farbą wskazują, że po wewnętrznem podaniu 0,1 błękitu metylenowego zdrowemu osobnikowi mocz już po godzinie ma odcień zielonkawy; następnie zabarwienie staje się coraz mocniejsze, dochodząc do największego natężenia następnego dnia rano — i trwa 3—4 dni; w moczu porannym spostrzega się zielonkawy odcień nawet po pięciu dniach. Ażeby zabarwienie moczu powstać miało po spożyciu cukierków, trzeba ich użyć w znaczniejszej ilości jednorazowo, lub w krótkich po sobie odstępach.

Obecność błękitu metylenowego w moczu wykazuje się następującym sposobem: mocz zabarwia papier lakmusowy na niebiesko. Zabarwienie moczu może być wzmożone przez proste zagotowanie lub nagrzewanie z kwasem octowym (redukcya bezbarwnej chromogeny). Przesączanie moczu barwę jego nieco wyjaśnia (część błękitu wsiąka w sączek, na którym też powstają kryształki kwasu moczowego, nasycone błękitem). Mocz można odbarwić, dodając roczyn potażu żrącego bez nagrzewania; to samo otrzymujemy przez zagotowanie z stężonym kwasem azotowym lub solnym.

Od wstrząsania moczu, zawierającego błękit metylenowy, z eterem, ten ostatni nie zabarwia się; natomiast chloroform z łatwością odbiera barwik i staje się błękitnym.

Przy badaniu spektroskopowem zielonego lub niebieskiego moczu otrzymujemy czasami, lecz nie zawsze, smugi pochłonne, identyczne z spostrzeganemi w wodnym roztworze błękitu metylenowego. Do badania najlepiej nadaje się blado-niebieski roczyn chloroformowy: spostrzegamy wtedy smugę w czerwonej części widma daleko od smugi sodu (Frauenhofer D.), gdy smuga chloroformowego roczynu indygo bywa widzialną dalej od czerwonej części widma i bardzo blizko do smugi sodu. Przy większem natężeniu roczynu błękitu metylenowego otrzymuje się druga smuga mniej więcej w okolicy pasa indygo, a przy jeszcze mocniejszych roczynach obydwie smugi zlewają się, przechodząc z czerwonej części widma do żółtej i zielonej.

Wreszcie błękit metylenowy odtlenia się i odbarwia przez wpływ działalności żyjących ustrojów: to też mocz niebieski przy fermentacyi traci swą barwę w dolnych warstwach (od odtleniającego działania drobnoustrojów), górna zaś warstwa zachowuje swe zabarwienie wskutek bezpośredniej styczności z tlenem powietrza. *St. Rudzki* (Ptbg.).

A. Dienst. **Studyum krytyczne nad patogenezą drgawek (eklampsyi) na tle anatomowo-patologicznem. Wyniki badań krwi i moczu kobiet, dotkniętych drgawkami, oraz ich płodów.** (*Arch. für Gynäk.* T. 65, 1902, Z. II). Sekcye zwłok kobiet, które cierpiały na drgawki, oraz ich płodów, dały powód autorowi do badania krwi. Stwierdzało ono stale znacznie wzmożoną ilość włóknika, a spostrzeżenie to, zdaniem D., jest wielkiej wagi ze względu na patogenezę drgawek. Następstwem tego stanu mają być wielokrotne zakrzepy naczyń, które znowu sprowadzają owe rozległe zwyrodnienia i obumarcia narządów, jakie się spotyka przy sekcyach. Przyczyną tej wzmożonej ilości włóknika ma być nagromadzenie we krwi wytworów wstecznej przemiany białka, a źródłem wytwarzania tych ostatnich — ustrój płodowy. Wytwory te z ustroju płodowego, którego narządy wydzielnicze w życiu śródmacicznem nie funkcyonują, dostają się drogą krążenia do ustroju matki, a ten je wydziela odpowiednio zmienione. Wszystko, co upośledza czynność narządów wydzielniczych u kobiet ciężarnych, może wywołać nagromadzenie się tych wytworów trujących, na które ustrój wskutek podrażnienia ośrodkowego układu nerwowego odpowiada objawem, zwanym drgawkami. Przedewszystkiem odpowiedzialnemi są nerki, a następnie serce, jako narząd regulujący ich czynność. Bardzo ważną rolę przypisuje D. wątrobie, w której odbywa się przemiana białka na mocznik, kwas moczowy i inne ciała, wydzielane przez nerki. W razie schorzenia tego narządu przychodzi również do nagromadzenia wstecznych wytworów przemiany białka, ale teraz białka ustroju matki i do tem szybszego zatrucia. Krew taka, przeładowana wytworami trującymi, dostaje się napowrót do płodu i ztąd owe ciężkie zmiany anatomowo-patologiczne w narządach, znajdowane przy sekcyach zwłok płodów, pochodzących z matek, które chorowały na drgawki. Zachodzi tu więc błędne koło, którego punkt wyjścia znajduje się w płodzie samym. Za tem przemawiają spostrzeżenia kliniczne: 1) że niejednokrotnie widziano typowe napady drgawek u noworodków, pomimo, że matki ich napadów nie miały; 2) że choroba ta występuje tylko u kobiet ciężarnych, rodzących lub położnic; że często choroba ustępuje z chwilą śmierci śródmacicznej płodu, lub po jego urodzeniu się; 4) że choroba ta nierzadko występuje przy ciąży bliźniaczej.

Czynnikami usposabiającymi są: *a*) przewlekłe zmiany w nerkach; *b*) przeziębienia podczas ciąży, ztąd choroba ta czasem występuje epidemicznie; *c*) niedostateczne wydzielanie moczu, jako następstwo ucisku, wywołanego ciężarną macicą na moczowody, ztąd występowanie drgawek przy porodach długotrwałych, spowodowanych ścieśnieniem macicy; *d*) choroby serca (okres niewyrównania), wywołujące wpływ hamujący na czynność nerek; *e*) niedostateczny rozwój (hipoplazya) serca i naczyń (blednica, niedokrewność); *f*) serce niemowlęce (*cor infantile*), idące w parze ze słabo rozwiniętą (wązką) miednicą, ztąd skłonność do drgawek u bardzo młodych pierwiastek; *g*) serce, trudniej ulegające przerostowi (fizyologicznemu w ciąży), wskutek czego przy niewielkich już nawet przeszkodach łatwo się ono nuży i upośledza czynność nerek; ztąd skłonność do drgawek u starych pierwiastek; tu również należą przypadki, w których przerost istniał jeszcze przed ciążą; *h*) wreszcie ciąża bliźniacza, żtąd większe opory, a tem samem i praca serca znaczniejsza, gdzie dopływ wytworów trujących do ustroju matki, również większy.

W końcu D. zastanawia się nad rokowaniem. U matki zależy ono od stanu narządów wydzielniczych (białkomocz ciężarnych), od sprawności serca, od czasu, jaki upływa od chwili wystąpienia pierwszych objawów choroby (bóle, zawroty głowy, nudności, wymioty, niepokój) do urodzenia się dziecka, wreszcie od odporności ustroju. U dziecka rokowanie zależy od czasu trwania i natężenia choroby (liczby napadów). *Dr. E. Ehrenpreis.*

Docent Dr. B. Housell. **O wstrzykiwaniach wyskoku w przypadkach naczyniaków powierzchownych, nie nadających się do operacyi.** (*Brunsa: Beitr. zur klin. Chirurgie* XXXII, Nr. 1). Sposobem Schwalbego, t. j. wstrzykiwaniem 40 do 70% wyskoku w obwód rozległego naczyniaka, codziennie powtarzanem, wyleczył H. jeden taki przypadek u młodej dziewczyny. W miarę tego, jak naczyniak zanika, wstrzykuje się coraz bliżej środka nowotworu. Zalety tej metody wynoszą ją ponad każdą inną analogiczną. *Herman.*

Prof. Danilewski. **Dlaczego narząd pokarmowy nie ulega za życia samotrawieniu.** (*Odczyt na XI-tym Zjeździe przyrodników i lekarzy rosyjskich w Petersburgu. Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 3). Błona śluzowa żołądka i jelit musi oczywiście posiadać środki ochronne przeciwko trawiącemu działaniu soków trawieńcowych. Dotychczasowe objaśnienia, mianowicie zasadowe oddziaływanie cieczy, którą są przesiąknięte komórki żywe; ochraniające działanie śluzu; żywotny opór protoplasmy i t. d. nie są wystarczające, ponieważ nie uwzględniają głównej części składowej soku żołądkowego — pepsyny. Przed kilku laty prof. Danilewski (Petersburg) wykrył dwie istoty, z pomiędzy których jedna wzmaga, druga zaś tłumi działanie chimozyny. Wobec tego nasuwała się myśl, czy i w soku żołądkowym nie zawiera się substancya, przeszkadzająca działaniu pepsyny. Badania, przeprowadzone w tym kierunku przez D. w roku 1901, wykazały, że warstwa nabłonkowa błony śluzowej żołądka wytwarza istotnie substancyę organiczną, która ma własność tłumiącą względem pepsyny w środowisku kwaśnem; tę substancyę D. nazwał antypepsyną. Zawiera się ona w gęstym śluzie, pokrywającym powierzchnię błony śluzowej; zakwaszone płyny wyciągają ją z tego śluzu przy pozostawaniu w cieple. Ogrzewanie do 60—70° C. w ciągu dłuższego czasu i nawet krótkotrwałe gotowanie nie niszczą tej substancyi, co wskazuje, że antypepsyna nie jest zaczynem. Długotrwałe ogrzewanie z kwasem solnym obniża jej działanie; alkalia niszczą ją prędzej od kwasów. Antypepsyna nie niszczy pepsyny, lecz powstrzymuje szybkość jej działania zaczynowego i przeszkadza głębszemu hidrolitycznemu wpływowi pepsyny na białkany. Pepsyna zaś w kwaśnym roztworze niszczy powoli antypepsynę i nawet prędzej, niż sam tylko kwas. Antypepsyna wytwarza się wyłącznie przez błonę śluzową żołądka, lecz w błonie tej zawiera się tylko w nieznacznej ilości, ponieważ wydostaje się wciąż ze śluzem na powierzchnię. Naturalny sok żołądkowy psów zawiera bardzo niewiele antypepsyny; daleko więcej znajduje się jej w świeżym soku sztucznym.

W trzustce i błonie śluzowej jelit cienkich wykrył D. substancyę, tłumiącą działanie trypsyny, t. zw. antytrypsynę. Jest to również istota organiczna, o cechach nie zaczynowych, wytrzymująca krótkotrwałe gotowanie w roztworach alkalicznych; w tkankach zawiera się ona w niewielkiej ilości i może być wyciągniętą zapomocą płynów słabo alkalicznych. Antytrypsyna powstrzymuje szybkość działania trypsyny i przeszkadza głębszej tryptonizacyi białkanów. Wyciąg z błony śluzowej żołądka, zawierający antypepsynę, nietylko nie powstrzymuje działania trypsyny, lecz przeciwnie przyspiesza go; wyciąg zaś, zawierający antytrypsynę, niema żadnego wpływu na pepsynę. Na podstawie wszystkich tych danych prof. Danilewski przypuszcza, że antypepsyna i antytrypsyna przedstawiają naturalne środki ochraniające, dzięki którym ustrój żyjący jest zabezpieczony od grożącego mu wciąż samostrawienia narządu pokarmowego podczas aktu trawienia. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Docent Popielski. **Obwodowy ośrodek odruchowy gruczołów żołądkowych.** (*Wracz* 1901, Nr. 51). Bardzo ścisłe i dokładne doświadczenia docenta Popielskiego (Petersburg) wykazały, że 1) wydzielanie soku żołądkowego jest czynnością odruchową gruczołów żołądkowych; 2) odruch następuje tylko ze ścianek żołądka; 3) ośrodek odruchowy dla gruczołów żołądkowych nie jest umiejscowiony w mózgu, rdzeniu kręgowym, splocie słonecznym i zgrubieniach układu spółczulnego; 4) ośrodek ten jest umiejscowiony wyłącznie w samym żołądku, w jego ścianach, w miąższu, w których odnaleziono już dawno cały szereg zwojów nerwowych. Wyniki te stwierdzają myśl autora, wygłoszoną jeszcze w roku 1896 w pracy o unerwieniu trzustki, że komórki nerwowe obwodowe mogą odgrywać rolę samodzielnych ośrodków nerwowych, zdolnych do czynności odruchowej. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Strada i Pasini. **O wartości metody Piórkowskiego w celu bakteryologicznego rozpoznania duru brzusznego.** (*Mediz. Blätter* Nr. 7, 1902). Pomimo posiadania licznych metod, które ułatwiają różniczkowe bakteryologiczne rozpoznanie prątka durowego od prątka okrężnicowego, żadnej jednak nie możemy uznać za dokładną — i żadna z nich nie prowadzi do prędkiego i stanowczego rozpoznania, — co dla klinicysty jest koniecznem. W tym kierunku rozmaici badacze robili doświadczenia, a dopiero Piórkowskiemu powiodło się wynaleźć nowy sposób, polegający na złożeniu takiej odżywki, na której rosną oba wyżej wymienione prątki, każdy jednak w widocznie inny sposób. Przygotowanie tej odżywki jest następujące: Mocz prawidłowy zatrzymuje się w naczyniu przez 24—48 godzin, aż się stanie alkalicznym; następnie dodaje się do niego $^1/_2$% peptonu, 33% żelatyny — i gotuje się tę mięszaninę w łaźni wodnej aż do 100° C. Następnie masę tę przesącza się, nalewa do probówek i wyjaławia przez 15 minut. Po takiem przygotowaniu odżywki pozostawia się hodowle w ciepłocie 21°—24° C. Po 20-tu godzinach można już dokładnie odróżnić prątki duru od prątka okrężnicowego. Pierwsze są mniejsze, przeświecające, mają wejrzenie nitkowate i okazują liczne, bardzo długie odnogi na obwodzie. Drugie zaś są o wiele większe, silnie zabarwione, mniej przeźroczyste, mają wejrzenie gruboziarniste, brzegi ostro ograniczone i bez odnóg. Dr. Strada i Dr. Pasini stosowali ten sposób w 20—24 przypadkach duru. Badali stolec, mocz — i robili następnie zwyczajne próby kontrolne. W 20-tu przypadkach wynik był dobry — ze względu na bakterye durowe. W dwóch zaś, gdzie wątpliwość zachodziła o nawrót, wynik był ujemny, a w ostatnich dwóch przypadkach niepewny. Autorowie obiecują dalsze badania, oraz ulepszenia tej metody. *A. Dobrowolski* (Grybów).

Dr. F. Berndt. **W sprawie udziału okostnej w kostnieniu mięśni po jednorazowym urazie.** (*Archiv Langenbecka* 65/2. 1901). Niekiedy po jednorazowym silnym urazie i szybko, gdyż w przeciągu 3—4 tygodni, rozwija się w jakimś mięśniu *myositis ossificans traumatica*, którą ściśle odróżnić należy od *myositis ossificans progressiva* i od t. zw. *Reitknochen*. Sprawy tej klinicznie nie możemy oznaczyć ani jako zapalnej, ani jako nowotworowej; — zajmuje ona jakieś stanowisko pośrednie. Spornem jest jednak ciągle, czy kostnienie to rozpoczyna się pierwotnie w mięśniu, czy też bujanie tkanki kostnej rozpoczyna się od okostnej. Jedno i drugie zapatrywanie ma swoich zwolenników. Autor na podstawie kilku własnych przypadków operowanych i na podstawie badania mikroskopowego sądzi, że pierwotnie sprawa zaczyna się w okostnej i dopiero następowo mięsień zostaje zajęty. *Herman.*

Docent Dr. B. Housell. **O przypadku włókniako-mięśniako-naczyniaka** (*fibromyoangioma*) **mięśnia.** (*Brunsa Beiträge zur klin. Chir.* T. XXXII, Nr. 1). Nowotwór tego rodzaju spostrzegał autor w mm. uda u młodej dziewczyny. Guz ten sprawiał znaczne dolegliwości. Przed operacyą rozpoznawano nerwiaka nerwu kulszowego. Prawdziwy stan rzeczy odkrył się dopiero podczas operacyi. Nowotwór zajmował mm. dwugłowy, półbłoniasty i półścięgnisty. Pierwszy mięsień musiano wyciąć zupełnie, drugi, względnie trzeci, pozostawiono. Podobnych przypadków nie opisano więcej, jak 30. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

C. Noorden. **O urolu.** (*Centralbl. für Verdauung und Stoffwechsel.* 1901, Nr. 17). Urol jest połączeniem chemicznem kwasu chinowego z mocznikiem. Posiada stały punkt wrzenia 107°. Przedstawia się w postaci bardzo pięknych kryształów, łatwo w wodzie rozpuszczalnych. Kryształy te łatwo wilgotnieją, dlatego fabryka Schütza i Dahlmana w Gummersdorf przesyła lek ten w rurkach szklanych, zawierających w sobie po 10 grm. urolu. Tak trzeźwy spostrzegacz, jak Noorden, poleca urol w ilości 2—5 grm. dziennie jako środek moczopędny, działający podobnie jak urozyna, i jako środek przeciwartrytyczny. (Doświadczenia dotychczasowe, dokonane w krak. klinice chor. wewn., zdają się potwierdzać zdanie Noordena o skuteczności tego leku). *E. K.* (Kr. kl. lek.).

Drobne wiadomości terapeutyczne.

Bohnet. (*Centralbl. f. m. Wiss.* Nr. 52, 1901) poleca niezawiśle od M. Bresgena przepłókiwanie nosa roztworem 2·5‰ błękitu metylowego w nieżycie cuchnącym (*ozaena*). Twierdzi on, że wyniki tego leczenia są znakomite. *E. K.* (Kr. kl. lek.).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół z dnia 9 lutego 1902.

Przewodniczący kol. Schwarz zawiadamia, że kol. prof. Kader zgłosił swoje przystąpienie do Towarzystwa, poczem przez głosowanie jednomyślnie został przyjęty na członka. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

Kol. Sokołowski przedstawił chorego z praktyki prywatnej, którego choroba trwa od 6 tygodni. Na głowie zresztą dobrze włosem porosłej, powstają w przeciągu kilku dni ściśle ograniczone pola wyłysiałe, kształtu kolistego, o skórze prawidłowej, zupełnie gładkiej, z wyjątkiem ogniska na przodzie głowy, gdzie już meszkowate włosy (*lanugo*) porastać zaczynają. Cierpienie to znane jest pod rozmaitemi nazwami: *area Celsi, porrigo decalvans, alopecia areata;* najwłaściwszą

jednak i najwięcej używaną jest nazwa ostatnia. Co do etyologii tej choroby w ogólności, to zdania tu są podzielone: jedni przyjmują tło neuropatyczne, inni pasorzytnicze, a istnieją znane przypadki, gdzie np. po użyciu *thallium sulfuricum* występowały u suchotników typowe przypady łysiny plackowatej. W tych przypadkach, gdzie ogniska są nieregularnie rozrzucone, nie odpowiadają przebiegowi żadnego nerwu, gdy chory nie cierpi na żadną nerwicę, tłem choroby mogą być tylko pasorzyty. Leczenie na razie było w tym przypadku żadne; zastosowano *spiritus sinapis*, który zmian nie wywołał.

Kol. Borzęcki oświadcza, że rokowanie w tem cierpieniu jest wogóle dobre, gdyż b. często, chociaż po dłuższym czasie, przychodzi do zupełnego wyleczenia. W przypadku przedstawionym trzebaby się trochę pesymistyczniej zapatrywać na szybkość wyleczenia, gdyż sprawa postępuje, czego dowodzą luźnie siedzące włosy najbliższego otoczenia. Nie zupełnie zgadza się z teoryją pasorzytniczą, której zresztą nikt nie udowodnił. Znane zaś są liczne przypadki, gdzie obrażenia lub schorzenia nerwowe dają początek cierpieniu, np. po cięciu szablą w podjedynku, po *myelitis transversa* i t. p. W tym przypadku skóra pozbawiona włosów jest najzupełniej prawidłowa.

Kol. Krzyształowicz zgadza się z twierdzeniem kol. Sokołowskiego. Według niego przypadek ten polega na tle pasorzytniczem. Porastanie jednego ogniska meszkiem świadczy o odrodzeniu się włosów: skóra nie jest bez zmian, owszem, po bliższem przyjrzeniu się widzimy porozszerzane ujścia torebek włosowych, z których nadto można wycisnąć łój, a więc jest łojotok, włosy jedne są odłamane, inne przy podstawie zanikłe, a dalej prawidłowe tak, że włos ma kształt wykrzyknika; wogóle cała łysina dzieli się niejako na trzy części: w środku skóra zupełnie gładka, dalej na zewnątrz są włosy odłamane i zmienione, a jeszcze dalej włosy łatwo wychodzą, co świadczy, że sprawa pasorzytnicza szerzy się odśrodkowo. Zresztą dziś tylko szkoła wiedeńska stoi przy teoryi neuropatycznej; gdzieindziej już uznano teoryę pasorzytniczą.

Kol. Krzyształowicz przedstawia przypadek mięsakowatości skóry *(sarcomatosis cutis)* u człowieka w sile wieku po prawej stronie klatki piersiowej. Ogólnie znane są trzy typy mięsków: pierwszy Kaposiego, t. zw. *sarcoma idiopathicum pigmentosum*, drugi *melanosarcoma* i trzeci, który właśnie mamy przed sobą, *sarcomatosis cutis*. Cierpienie to rozpoczyna się zwykle drobnymi guzkami w skórze właściwej *(corium)*, guzki te następnie mnożą się, stają się twarde i grupują w pewnej okolicy, jak tutaj, albo też są nieregularnie rozrzucone po całem ciele. Cierpienie to daje względnie jeszcze nie najgorsze rokowanie, bo zmiany ustąpić mogą po racyonalnem stosowaniu arszeniku. Podobny przypadek przywieść może na myśl i grzybicę *(mycosis fungoides)*, jednakże badanie mikroskopowe rozstrzyga.

Kol. Steuermark zaznacza, że przed rokiem miał w leczeniu bardzo podobny przypadek, tylko że guzki były rozrzucone po całem ciele i pigmentowane; cała jednak sprawa ustąpiła po kilkomiesięcznem leczeniu arszenikiem. Gdybyśmy w tym przypadku rozpoznać chcieli grzybicę *(mycosis fungoides)*, to trzebaby to uważać już za trzeci okres, co zresztą nie bardzo zgadza się z obrazem chorobowym tego cierpienia. Kol. Borzęcki wyklucza tu rozpoznawanie grzybicy. Są wprawdzie znane przypadki *mycosis fungoides d'emblée*, ale zwykła grzybica ma początek i przebieg różny. Najpierw powstaje w danem miejscu wyprysk, następnie przychodzi do »lichenizacyi«, a wreszcie zaczynają się wyróżniać pojedyncze nacieki, które występują coraz obficiej i twardnieją. W tym przypadku umiejscowienie zwraca szczególniejszą uwagę. Guzki nie przekraczają linii środkowej ciała, ani przedniej, ani tylnej, ułożone są w grupę łukowato wzdłuż żeber przebiegającą tak, że ten przypadek, spostrzegany zdaleka, przypomina swem umiejscowieniem półpasiec. Zresztą na samo tło cierpienia różni autorzy różnie się zapatrują. Kol. Boczar podnosi, że przypadek ten zaliczyć trzeba do rzadkich; zgadza się na rozpoznanie *sarcomatosis cutis*, co zresztą badanie mikroskopowe i terapia potwierdzi. W dalszym ciągu dyskusyi nad tą sprawą i grzybicą zabierają głos koll: Boczar, Mayzel i Krzyształowicz.

Kol. Krzyształowicz przedstawia następnie chorego, znanego już z pierwszego posiedzenia, u którego rozpoznano wówczas niesztowice *(ecthymata)*. Przypadek ten jest nadzwyczaj pouczający, a cała tak długa obserwacya przemawia za zakażeniem zewnętrznem łańcuszkowcem. Chory, zanim się zgłosił do kliniki, cierpiał już cztery miesiące. W chwili przybycia miał strupy na głowie, na ciele niesztowice, pęcherze i rumień. Stosowano rozmaite leczenie, wreszcie zastósowano odkażenie skóry przez kąpiele antyseptyczne, nacieranie maścią Wilkinsona, zawijanie rąk maścią borową, a mimo to występują od czasu do czasu pęcherze i rumień. Poszukiwania mikroskopowe wykazały w czterech przedsięwziętych badaniach treści pęcherzy zawsze łańcuszkowce, które znaleziono również i w dnie wyciętego *in toto* pęcherza.

Kol. Boczar, biorąc pod uwagę cały przebieg choroby, który ściśle obserwuje, stałą obecność w preparatach drobnowidowych łańcuszkowca, przychodzi do przekonania, że jestto pęcherzyca na tle zewnętrznego zakażenia. Kol. Borzęcki nie może przeczyć temu, co mikroskop wykazuje; ale nie może dopatrzeć się tego ścisłego związku między znachodzeniem bakteryj a obrazem chorobowym; nie może zrozumieć, aby tak skrupulatne odkażanie skóry nie mogło usunąć łańcuszkowca. A zresztą, czem wytłomaczyć te podmiotowe uczucia swędzenia i pieczenia, które zawsze bezpośrednio występowały przed zjawieniem się rumienia? Gdyby tu w grę wchodziło tylko zakażenie zewnętrzne, chory nie mógłby się uskarżać na te objawy podmiotowe, z takiem występujące nasileniem. Gdyby łańcuszkowiec powodował wybuch pęcherzy, coby znaczyć miało to częste i niejako przygotowawcze występowanie rumienia? Chory nie podupada na siłach, owszem ma się zupełnie dobrze, a nawet odżywienie się podniosło. Dla niego cała ta sprawa przedstawia się jako *dermatitis herpetiformis Dühring*. Kol. Krzyształowicz broniąc zakażenia zewnętrznego, podnosi, że podmiotowe objawy dadzą się bardzo logicznie wytłomaczyć. Skoro powstaje rumień, tworzy się równocześnie i naciek w skórze; jestto więc sprawa zapalna, a że jej towarzyszą objawy swędzenia i bolu, temu się dziwić nie można, ale nie można również szczególu tego uważać za objaw wykluczający. Podczas samego odkażania skóry nie występowały pęcherze, a tylko w międzyczasie; odkażenie zresztą nie jest tu tak łatwe, bo jak badania drobnowidowe wykazują, łańcuszkowce znajdują się głęboko w skórze, zkąd je trudno usunąć. Kol. Schwarz podnosi, że dotąd nikt nie wie, na czem właściwie polega *pemphigus* i *dermatitis Dühringa* i jaka jest między cierpieniami temi różnica. Dla niego obraz kliniczny przemawia za pęcherzycą.

Kol. Borzęcki przedstawia dwóch braci bliźniaków, u których znajdują się jednakowe zmiany łuszczycy, coby przemawiało za dziedzicznością. Dalej przedstawia chorą z kilakiem wrzodziejącym na wardze górnej; chora ta nigdy nie przebywała leczenia przeciwkiłowego. Następnie przedstawia chorego z wypryskiem przewlekłym, ograniczonym na obu dłoniach, z równoczesnem zniekształtnieniem paznogci. A wreszcie znany z poprzednich posiedzeń przypadek ogólnej łuszczycy czerwonej, który obecnie po długiej i bacznej obserwacyi uważać musi za łupież czerwony Hebry *(pityriasis rubra Hebrae)*. U chorego tego najrozmaitsze leczenie dawało stale ujemne wyniki; skóra naciekła przedstawia się jakby była za krótka, chory nie może wykonywać swobodnych ruchów kończynami, gruczoły chłonne są wszystkie znacznie powiększone. Dopiero zastósowanie maści siarczanej przyniosło choremu pewną ulgę i może da dobry wynik. Kol. Schwarz nie zgadza się na rozpoznanie tu łupieżu czerwonego Hebry *(pityriasis rubra Hebrae)* i podnosi wszystkie sprzeczne okoliczności.

Kol. Boczar przedstawia chorego z kilakiem obojczyka, u którego na szyi znajdował się guz chełboczący, pozorujący zropiały gruczoł; po nacięciu go jednak przekonano się, że nie jest to zropiały, ale kiłowo zmieniony gruczoł. Nadto przedstawia chorą z kilakiem wargi górnej, u której z wywiadów nic o kile dowiedzieć się nie można i która też nie przebywała leczenia przeciwkiłowego.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Dr. Pacyna, sekretarz.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie zmiany ustawy o organizacyi służby zdrowia w gminach.

(Uchwała galicyjskiej krajowej Rady zdrowia według referatu Dra Józefa Merunowicza).

(Dokończenie).

Starania lekarzy okręgowych o poprawienie ich bytu, a nadto o wyjednanie dla nich emerytury na starość lub na przypadek

wcześniejszej niezdolności do pracy zawodowej, oraz zaopatrzenia dla ich wdów i sierót, zasługują na wszelkie poparcie, a to w interesie ludności oddanej pod opiekę sanitarną tych lekarzy.

Nie ulega bowiem wątpliwości, że zabezpieczenie lekarzom okręgowym choćby bardzo skromnego utrzymania na starość lub na przypadek wcześniejszej niezdolności do pracy, jakoteż zapewnienie, że ich wdowy i sieroty przynajmniej od śmierci głodowej będą zabezpieczone, będzie miało ten skutek, że lekarze zdolni i z najlepszemi kwalifikacyami, z kilkuletnią praktyką szpitalną, będą się ubiegać o posady lekarzy okręgowych. Zapewnienie lekarzom okręgowym przyszłości dozwoli im z całem poświęceniem oddać się wykonywaniu swych ciężkich obowiązków.

A zresztą powszechnie jest znaną śmiertelność znaczna lekarzy w ogóle, a w naszym kraju w szczególności. Wszak wszyscy w świeżej jeszcze mamy pamięci, jak to w ciągu jednego roku 1895 sześciu lekarzy w najpiękniejszych latach zmarło na dur plamisty; wszak od roku 1898 do 1 listop. 1901, a zatem niespełna w czterech latach, umarło w kraju 108 lekarzy (doktorów i chirurgów), czyli 26 przeciętnie na rok, co na ogólną liczbę lekarzy stanowi rocznie 22 *pro mille*, tj. tyle, ile w normalnych warunkach w innych krajach umiera z całej ludności wraz z niemowlętami.

Ta znaczna śmiertelność lekarzy ma swą przyczynę w częstej styczności z chorymi, dotkniętymi chorobami zakaźnemi, w niewygodach i przygodach podróży o każdej porze dnia i roku, w nieregularnem życiu itp. A że lekarze okręgowi jeszcze w wyższym stopniu jak inni lekarze narażeni na wszystkie przykrości i niebezpieczeństwa swego zawodu, stwierdza fakt, że już z pośród nich w ostatnich latach śmierć nieubłagana zabrała 13 ofiar i to przeważnie ludzi młodych, niżej 35 roku życia.

Dlatego też słusznem jest, by społeczeństwo w ten sposób odwzajemniło się lekarzom za ich poświęcenie, żeby na wzór funduszu emerytalnego urzędników państwowych utworzony został fundusz emerytalny dla lekarzy gminnych i okręgowych w Galicyi i aby fundusz ten, powstający głównie z opłat samych lekarzy okręgowych, pozostawał pod zarządem wydziału krajowego, a wszelkie niedobory by pokrywał fundusz krajowy. W ten sposób zabezpieczył Sejm morawski ustawą z d. 2. sierpnia 1898 lekarzom gminnym i okręgowym emeryturę, a ich wdowom i sierotom pensye zupełnie według wzoru najnowszej ustawy emerytalnej dla urzędników państwowych; morawscy lekarze gminni i okręgowi opłacają od 1 września 1898 po 3% od swych stałych poborów do funduszu emerytalnego, lecz za to mają prawo po 40 latach służby do pełnej płacy, a w razie udowodnionej wcześniejszej niezdolności — do emerytury, stosownie do liczby lat służby; po ich śmierci mają rodziny ich prawo do tak zw. kwartału pogrzebowego, a już po pięcioletniej służbie ich wdowy i sieroty do zaopatrzenia, podobnie jak wdowy po urzędnikach państwowych. Także Sejm kraiński przyznał lekarzom gminnym i okręgowym na równi z urzędnikami krajowymi prawo do emerytury i zaopatrzenie wdów i sierót. Na ten cel opłacają lekarze gm. i okręg. w pierwszych 3 latach swej służby po 10% od swych stałych poborów, w następnych latach tylko po 2%. Wreszcie Sejm karyncki przyznał na posiedzeniu 4 maja 1900 wdowom po lekarzach okręgowych, każdej po 800 kor. rocznie zaopatrzenia bez względu na wysokość płacy, jaką jej mąż pobierał, a dla każdej sieroty aż do 18 roku życia jedną piątą część pensyi wdowy, a gdy sierota niema także matki, dwie piąte części. Na pokrycie tego wydatku lekarze okręgowi w Karyntyi nic nie opłacają. Co do ich prośby o przyznanie im emerytury, sprawa jeszcze jest w toku.

Otóż zdaniem kraj. Rady zdrowia względy słuszności i interes służby wymaga, ażeby także i w Galicyi ustanowiono fundusz emerytalny dla lekarzy gminnych i okręgowych, zupełnie na modłę funduszu emerytalnego dla urzędników państwowych, z tą jedynie różnicą, aby prawo do emerytury pełnej zyskiwał lekarz okręgowy już po 35 latach, a nie po 40. Żądanie galic. lekarzy okręgowych, aby już po 25 latach mieli prawo do pełnej emerytury, jest za daleko idącem.

W petycyi swej do Sejmu krajowego obowiązują się lekarze okręgowi z Galicyi opłacać odpowiednie procenta na utworzenie funduszu emerytalnego dla siebie i dla swych rodzin i obowiązują się uiścić za dotychczasowe lata swej służby przypadające kwoty do tego funduszu, byle tylko zostały im te lata do emerytury wliczone.

Z 107 lekarzy okręgowych, będących w czynnej służbie, w końcu roku 1900 pobierało 78, czyli 73%, najniższą, ustawą oznaczoną płacę 1.000 koron; 19 czyli 18% miało płacę po 1.200, a mianowicie 2 w powiecie bocheńskim, po jednym w bohorodczańskim, cieszanowskim, grodeckim, jasielskim, kosowskim, trzech w nadwórniańskim, po jednemu w peczyniżyńskim, ropczyckim, sanockim, skałackim, starosamborskim, turczańskim, zbarazkim i żywieckim, 10 zaś pobierało po 1.400 koron, a mianowicie 3 w dobromilskim, 2 w przemyskim i dolińskim, po jednemu w myślenickim, rudeckim, śniatyńskim. Wobec wyrażonego powyżej zapatrywania, że wydział powiatowy powinien mianować lekarzy tych, których opłaca z funduszu powiatowego i dla nich oznacza wysokość płacy, trudno ustanowić jakiś „status“ lekarzy okręgowych, w którymby pewna część pobierała płace wyższe, średnie lub niższe, aby była możność awansu w tym „statusie“ i aby lekarz okręgowy, przenosząc się z jednej posady na drugą, zatrzymywał swą płacę, przeciwnie musi to być pozostawione uznaniu wydziału powiatowego, jaką płacę ustanowi lekarzowi okręgowemu stosownie do jego działalności, do jego zasług i do trudności miejscowych, wśród jakich pracować musi. Jesteśmy zdania, że wydziały powiatowe ocenią każdą rzetelną pracę i stosownie ją wynagrodzą, a dla lekarzy okręgowych będzie to bodźcem, mieć przed sobą możność osiągnięcia stałej płacy wyższej, bez wyczekiwania, aż starsi jego poprzednicy ustąpią mu miejsca.

Zresztą stała wyższa płaca musi być przywiązaną w służbie gminnej do miejsca, a nie do osoby; — wszak są okręgi, w których dla lekarza prywatna praktyka stanowi dobre źródło dochodu, podczas gdy w innych okręgach lekarz prócz pensyi i nielicznych dochodów z funduszów publicznych, na dochód z praktyki prywatnej zupełnie liczyć nie może; w tych też okręgach musi być słusznie płaca lekarza wyższą.

Słuszną jest także rzeczą, aby każdy lekarz gminny i okręgowy po roku służby prowizorycznej był stabilizowany, chybaby przeciw niemu podniesiono poważne zarzuty, o czem jednak powinien być pisemnie zawiadomiony celem umożliwienia mu rekursu do wydziału krajowego.

Każdy lekarz gminny i okręgowy, zajmujący stałą posadę, po pięciu latach powinien pobierać wyższą pensyę, przynajmniej o 200 koron i takich pięcioleci powinno być co najmniej trzy.

Natomiast nie może c. k. kraj. Rada zdrowia przychylić do prośby lekarzy okręgowych, aby pobierany przez nich ryczałt na podróże urzędowe wliczony był do płacy emerytalnej. Żądanie to musimy nazwać jako nieuzasadnione i nigdzie niepraktykowane.

Gdyby już przedtem któremu lekarzowi gminnemu lub okręgowemu gmina lub powiat przyznały prawo emerytury na mocy osobnej ugody, w takim razie po wejściu w życie funduszu emerytalnego dla lekarzy gminnych i okręgowych będzie ta umowa nadal miała moc obowiązującą, lecz gmina będzie miała prawo do tegoż funduszu o zwrot aż do wysokości w ustawie oznaczonej: z drugiej strony fundusz emeryt. będzie obowiązany pokryć brakującą lekarzowi emerytowanemu część jego emerytury aż do wysokości w ustawie oznaczonej. Takie postanowienie zawarte jest w §. 4. ustawy morawskiej z 2. sierpnia 1898 (dz. u. i rozp. kraj. 66).

Co się tyczy wykonywania prawa dyscyplinarnego nad lekarzami gminnymi i okręgowymi, kraj. Rada zdrowia wychodzi z tej zasady, że kto urzędnika opłaca, ten wykonuje nad nim prawo dyscyplinarne; dla tego oświadczyć się ona musi przeciw żądaniu lekarzy okręgowych, aby ustanowiono osobne komisye dyscyplinarne, składające się z marszałka powiatu, c. k. starosty i c. k. lekarza powiatowego. Natomiast domagać się musi kraj. Rada zdrowia, ażeby przed wydaniem orzeczenia dyscyplinarnego na lekarza gminnego lub okręgowego, władza orzekająca obowiązaną była zasięgać opinii przynależnej Izby lekarskiej co do winy lekarza, toż samo, aby w razie rekursu do Wydziału krajowego, c. k. Rada zdrowia musiała być pytaną o opinię. Ani gmina lub wydział powiatowy, ani też wydział krajowy nie będzie związany opinią Izby lekarskiej, względnie kraj. Rady zdrowia, a natomiast lekarz gminny lub okręgowy będzie miał tę pewność, że działalność jego, względnie jego przewinienie, będzie ocenione przez bezstronny organ zawodowy.

Żądanie lekarzy okręgowych, aby w sprawach sanitarnych, należących do własnego lub poruczonego zakresu działania gminy, oni a nie c. k. lekarze powiatowi byli jako znawcy do komisyi powoływani, sprzeczne jest z państwową ustawą sanitarną. Lekarze gminni i okręgowi są referentami spraw sanitarnych dla gmin, c. k. lekarze powiatowi zaś dla władzy politycznej powiatowej: otóż we wszystkich sprawach, w których orzeka gmina, winien być pytany o opinię (ewent. na podstawie oględzin na miejscu) lekarz gminny lub okręgowy; gdy zaś orzeka c. k. starostwo, ma być pytany c. k. lekarz powiatowy. Zastąpienie więc lekarza powiatowego w tych razach przez lekarza okręgowego byłoby nie zgodnem z ustawą.

Inne żądania, zawarte w petycyi lekarzy okręgowych do c. k. Namiestnictwa, zostają na razie pominięte, raz dla tego, że nie wymagają zmiany krajowej ustawy z 2. lutego 1891 dz. u. rozp. kr. l. 17, a po drugie, że niektóre z nich już zostały w drodze administracyjnej uwzględnione, wreszcie i dla tego, że niektóre z tych życzeń lepiej będzie można uwzględnić po zmianie ustawy przy opracowaniu zmian rozporządzenia wykonawczego.

C. k. kraj. Rada zdrowia streszcza więc swe zapatrywania co do projektowanych przez lekarzy okręgowych zmian ustawy z 2. lutego 1891 w sposób następujący:

1. Prawo mianowania lekarzy gminnych i okręgowych powinno pozostać jak w dotychczasowej ustawie; jeżeli jednak reprezentacya gminna lub powiatowa po upływie terminu, oznaczonego przez wydział krajowy w porozumieniu z namiestnictwem, nie zamianuje lekarza gminnego lub okręgowego, w takim razie te obie władze krajowe mają prawo ustanowić okręg sanitarny, oznaczyć wysokość płacy, rozpisać konkurs i zamianować lekarza na koszt funduszu gminnego lub powiatowego po myśli ustawy. Postanowienie § 4 obecnej ustawy, ograniczające tworzenie okręgów, winno być usunięte.

2. W siedzibie lekarza gminnego i okręgowego ma być kosztem gminy względnie funduszu powiatowego urządzony i utrzymywany lokal ordynacyjny, w którym przychodni chorzy, ubodzy bezpłatnie, mają być leczeni, a ich rany opatrywane.

3. Lekarz okręgowy obowiązany jest dwa razy do roku zwiedzić wszystkie gminy swego okręgu i o stosunkach sanitarnych w każdej gminie złożyć relacyę wydziałowi powiatowemu. Na pokrycie kosztów tych podróży będzie wymierzony lekarzowi okręgowemu ryczałt przez wydział krajowy w porozumieniu z namiestnictwem, po zasięgnięciu opinii władz powiatowych. Koszta wszystkich innych podróży, podejmowanych przez lekarza okręgowogo na wezwanie zwierzchności gminnych, wydziałów powiatowych lub starostwa, winny być pokryte z funduszów właściwych gmin, względnie z funduszu powiatowego, krajowego lub ze skarbu państwa, w sposób jak to oznaczy rozporządzenie wykonawcze.

4. Prawo oznaczania wysokości płacy lekarza gminnego i okręgowego pozostawia się tej władzy, która ponosi koszta tej płacy. Każdy lekarz gminny lub okręgowy otrzyma po każdych pięciu latach nienagannej służby w tej samej gminie lub w tym powiecie wyższą płacę o 200 koron.

5. Po roku służby prowizorycznej ma być każdy lekarz gminny lub okręgowy stabilizowany, chybaby podniesiono przeciw niemu zarzuty; lecz w takim razie winien być przed końcem roku prowizorycznej służby uwiadomiony pisemnie przez swą przełożoną władzę o tych zarzutach i o odmówieniu stabilizacyi. Przeciw odmowie stabilizacyi przysługuje lekarzowi gminnemu lub okręgowemu prawo rekursu do wydziału krajowego.

6. Lekarze gminni i okręgowi opłacają od dnia wejścia w życie zmienionej w tym kierunku ustawy po 3% od swych stałych poborów do funduszu emerytalnego i mają prawo po 35 latach służby do pełnej emerytury; w razie wcześniejszej niezdolności do pracy — do emerytury, stosownie do lat służby, analogicznie jak urzędnicy państwowi; po ich śmierci ma rodzina prawo do poboru tak zwanego kwartału pogrzebowego, a po pięciu latach służby ich wdowy do zaopatrzenia po 800 koron rocznie, bez względu na wysokość płacy męża, sieroty zaś do 18 roku życia do poboru $^1/_5$ części płacy wdowy; sieroty bez ojca i matki do poboru $^2/_5$ części płacy wdowy. Pobory te przypadają wdowie i sierotom nawet przed wysłużeniem 5 lat ojca, jeżeli tenże zmarł z powodu wykonywania obowiązków służbowych z ostrej choroby zakaźnej, o ile skarb państwa do opłacania tych emolumentów nie jest obowiązany. Za lata ubiegłe winni lekarze gminni i okręgowi opłacić do tego funduszu przypadające należytości, aby im te lata do emerytury mogły być wliczone.

7. Istniejące obecnie umowy gmin, względnie powiatów, z lekarzami gminnymi lub okręgowymi co do wypłaty emerytury nie zostają tą ustawą naruszone, lecz powinny być uregulowane w sposób, jak to się stało w krajowej ustawie morawskiej z d. 2 sierpnia 1898.

8. Wykonywanie prawa dyscyplinarnego nad lekarzami gminnymi i okręgowymi pozostaje jak w dotychczasowej ustawie, lecz przed wydaniem wyroku powinna być pytaną o opinię Izba lekarska, a w razie rekursu do wydziału krajowego, kraj. Rada zdrowia.

9. W końcu zwraca c. k. kraj. Rada zdrowia uwagę na potrzebę konieczną ustawowego uregulowania opieki nad ubogimi, bo bez tej regulacyi instytucya lekarzy gminnych i okręgowych zawsze będzie chromała.

Lwów, dnia 8. listopada 1901.

Dr. Józef Merunowicz, referent.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 10 kwietnia.

* D. 7 b. m. odbyło się Zgromadzenie delegatów galicyjskich Izb lekarskich, obu Towarzystw lekarskich i krakowskiego Towarzystwa samopomocy lekarzy, zwołane na wniosek P.P.: protomedyka Radcy Dworu Dr. Merunowicza i prezydenta Izby lek. wschodnio-galic. Dr. Festenburga. W obradach udział wzięli obok inicyatorów: prof. Dr. Mars, prof. Dr. Jordan, prof. Dr. Łazarski, prof. Dr. Nowak, prof. Dr. Ponikło, prof. Dr. Ciechanowski, poseł Dr. Opydo, Dr. Bogdanik, Dr. Langie i Dr. Kwaśnicki.

Obradom przewodniczył prof. Dr. Mars, na sekretarza powołano prof. Dr. Ciechanowskiego. Treścią prawie całodziennych obrad były nader doniosłe sprawy ekonomiczne bytu lekarzy. W rozprawach wzięli udział wszyscy obecni, a uchwały zapadły jednomyślnie. Do najważniejszych uchwał należą:

I. Zebrani delegaci Towarzystw i Izb lekarskich galicyjskich zobowiązują się w Towarzystwach i instytucyach, które zastępują, wyjednać poparcie dla petycyi, wniesionej przez krak. Towarzystwo samopomocy lekarzy do rządu i parlamentu, opartej na zasadzie współdziałania samych lekarzy i społeczeństwa, a odnoszącej się do ogólnie obowiązującego ubezpieczenia emerytury dla lekarzy na starość i na przypadek niezdolności do pracy zawodowej, oraz zabezpieczenia pensyi wdowom i sierotom po lekarzach.

II. Zebrani uznają konieczność zmiany ustawy Izb lekarskich i zobowiązują się sprawę tę w instytucyach przez siebie reprezentowanych popierać w myśl uchwał Izb, w tym kierunku powziętych.

III. Zebrani uznają potrzebę rewizyi statutu Towarzystwa samopomocy lekarzy.

IV. W sprawie podniesionej przez »Związek wiedeńskich Towarzystw lekarskich«, zmierzającej do wciągnięcia galic. Towarzystw lek. do tego »Związku«, w celu wspólnego działania do pomnożenia funduszów, mających służyć do zasilania »miejscowych« kas zapomogowych, zgromadzeni wyrazili przekonanie, które w odpowiedzi należy przesłać prezydyum »Związku«, że delegaci Towarzystw i Izb lekarskich galicyjskich uznają tego rodzaju działanie za niedostateczne na dzisiejsze czasy i w tym celu popierają całą siłą wyżej wymienioną petycyę »Towarzystwa samopomocy lekarzy«, a ze swej strony upraszają zarząd »Związku«, ażeby dołożył wszelkich starań u władzy i parlamentu do pomyślnego załatwienia tej petycyi. Towarzystwa lekarskie galicyjskie byłyby skłonne do połączenia się ze »Związkiem wiedeńskich Towarzystw lekarskich« dla współdziałania w wyżej oznaczonym celu humanitarnym, lecz do czasu rozejrzenia się w statucie i poznania praw i obowiązków członków, muszą się zachować wyczekująco. Prowadzenie dalszych rokowań w tej sprawie delegaci powierzyli Zarządowi Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

V. Roztrząsano sprawę zbyt małych kwot zapomogowych, któremi Towarzystwa zapomogowe obdzielają potrzebujących. Zastanawiano się, czy nie należałoby zmienić regulamin w tym kierunku, ażeby mniej odkazywać do kapitału żelaznego, a więcej przeznaczać na bieżący fundusz zapomogowy. Wreszcie rozważano, czy nie dałoby się stworzyć pewnych kategoryj potrzebujących, np. osobno lekarzy, a osobno wdów i sierót po lekarzach i ażeby pewne Towarzystwa zaopatrywały tylko pewne kategorye potrzebujących. Obrady w tym względzie mają posłużyć do dalszego badania tych ważnych spraw; wnioski, jakie się wyłonią w dalszym ciągu, poddane będą pod uchwały na jednem z przyszłych zgromadzeń delegatów Towarzystw i Izb lekarskich.

VI. Uchwalono popierać krajowe Towarzystwa zapomogowe, w szczególności zaś usilnie się starać o wpisywanie się liczne do Towarzystwa lekar. galicyjskiego, które kwotą dziś już posiadanego funduszu zapomogowego mogłoby odegrać wybitną i zbawczą rolę w przyszłem ukształtowaniu się stosunków ekonomicznych stanu lekarskiego w Galicyi.

* Ministeryum oświaty, w myśl uchwały lwowskiego Wydziału lekarskiego, nadało Drowi Pawłowi Kučerze *veniam legendi* z zakresu anatomii patologicznej.

* P. Aleksander Zarewicz z Krakowa otrzymał na międzynarodowej higienicznej Wystawie w Rzymie najwyższą nagrodę za wynaleziony przez siebie przyrząd do odkażania.

* Dr. Gans uprasza nas o zawiadomienie kolegów, że z przyzwoleniem władzy zmienił swoje nazwisko rodowe na Porajewski.

(—) Bibliotece Towarzystwa lekarskiego krakowskiego złożono następujące dary: 1) Prof. Dr. Ks. Gałęzowski ofiarował siedm zupełnych roczników «Recueil d'Ophthalmologie«. Doc. Dr. M. Rutkowski podarował 66 oprawnych tomów różnych czasopism polskich. 3) Prof. Dr. L. Wachholz ofiarował sześć roczników polskich czasopism, nadsyłanych Komisyi sprawozdawczej do roczników »Virchowa-Kirscha«.

Wszystkim wyżej wymienionym ofiarodawcom składam niniejszem najserdeczniejsze podziękowanie.

Dr. Leon Konrad Gliński. Bibliotekarz Krak. Tow. Lek.

* Między 19 a 25 marca doniesiono władzy o trzech nowych przypadkach ospy w powiecie gorlickim. W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy: we Lwowie (1 przypadek); w powiatach: bohorodczańskim (2 gminy); brodzkim (2 dm.); buczackim: (1 gm.); jaworowskim (1 gm,); kałuskim (1 gm); kolbuszowskim (1 gm.); mościskim (3 gm.); nadworniańskim (3 gm.); przemyskim (1 gm.); skałackim (1 gm.); stanisławowskim (3 gm.); tarnopolskim (2 gm); trembowelskim (1 gm.); wadowickim (1 gm.); złoczowskim (1 gm). Wszystkich przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było w Galicyi 94.

* Na posiedzeniu berlińskiej Komisyi do badania raka profesor Leyden miał odczyt o pasorzytniczem pochodzeniu tego nowotworu, do udowodnienia czego miały służyć preparaty i rysunki. Okazał on na preparatach drobnowidowych ciałka, podobne do ócz ptasich, rzekomo mające być przyczyną raka. Zgromadzeni podnieśli liczne skrupuły, mianowicie Lubarsch i Hansemann utrzymywali, że ciałka te nie są tworami swoistymi raka.

* Centralne biuro berlińskie do walki z gruźlicą posiadać będzie własny organ pod tyt. »Tuberculosis«. Czasopismo to wychodzić będzie raz na miesiąc.

Mianowania i odznaczenia. Na następcę Kaposiego powołany został prof. Riehl z Lipska. W Odesie mianowani zostali: Dr. Bogdanow profesorem szczegółowej terapii i doc. Massen profesorem położnictwa i ginekologii Dr. Jaboulay mian. prof. kliniki chirurg. w Lugdunie. Dr. Baldi został zwycz. profesorem farmakologii w Pizie. Dr. Carlier profesorem chirurgii w Lille. Dr. Faivre profesorem kliniki lekarskiej w Poitiers.

Nekrologia. Dr. Tomasz Piotrowski zmarł 4 b. m. we Lwowie, licząc lat 34. Prof. ginekol. kliniki Dr. Crouzat zmarł w Tuluzie. Dr. Eugeniusz Kondracki zmarł w Kijowie, w 61 r. życia. Dr. Józef Schöbl, prof. okulistyki, zakończył życie d. 7 b. m. w Pradze. Następca Pettenkofera prof. Buchner zmarł w Monachium d. 5 b. m., licząc lat 52. Dr. Józef Preibisz zmarł d. 6 b. m. w Poznaniu.

Bibliografia:

— *Nowiny lekarskie* Nr. 4. Działowski: Nowy przypadek alopecyi ogólnej, oraz kilka słów o etylogii i przebiegu tej choroby. Koelichen: Przypadek zapalenia gruźliczego opon rdzeniowych oraz rdzenia.

— *Kronika lekarska* Nr. 7. T. Borzęcki: Jakie wyniki osiągają suchotnicy z pobytu w szpitalach naszych. Flatau: Budowa rdzenia w świetle badań nowożytnych (c. d.).

— *Odczyty kliniczne* Nr. 157, 158 i 159. W. Janowski: Semiotyka ogólna wymiotów.

— *Medycyna* Nr. 14. Kraushar: Kilka uwag z powodu 114 przypadków błonicy krtani u dzieci. Gaszyński: Kilka słów o leczeniu drgawek porodowych z przytoczeniem teoryj o samozatruciu (dokończenie).

— *Gazeta lekarska* Nr. 14. Dzierzgowski: Przyczynek do sprawy uodporniania zwierząt przeciw błonicy, oraz do sprawy wyrobu surowicy przeciwbłoniczej. Koelichen: Przyczynek do badań nad syringo- i hidromyelią (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 4. Goldman: Przyczynek do nauki o śmiertelnych krwotokach po cięciu tchawicy. Zalewski: Projekt pomocy lekarskiej gminnej na tle obecnej organizacyi płockiej (dok.). Zienkiewicz: O działalności pomocy lekarskiej wiejskiej w gub. płockiej. Działalność lekarska w obwodzie ciechanowskim (dok).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 14. Kuffner i Jansky: Zkušenosti o demenci afatické (dok.). Chalupecký: Uztah vzájemný přiznakû očnich při soucitnem onemocněni a traumatické neurose a jich odhad při pojišťováni úrazovem.

— *La Presse médicale* Nr. 26. Morestin: Nowotwory rakowate obu warg, jednoczesne, lecz od siebie niezależne. Guihal: O aspirynie i jej własnościach leczniczych.

N. 27. Rouslacroix: O przechodzeniu własności aglutynacyjnych na płód z matki, która przebyła dur podczas ciąży Fischer: Próby zapobiegania chorobom wenerycznym.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 13. Bringer: Trucizna do zatruwania strzał, używana w niemieckiej Afryce wschodniej. Schild: O atoksylu, nowym przetworze arsenowym i jego zastosowaniu w chorobach skórnych. Joseph i Piórkowski: Przyczynek do nauki o prątku kiłowym (dok.). Buttersack: O mechanicznem działaniu ubocznem na oddychanie i krążenie (dok.). Rosenheim: O samoistnem rozszerzeniu przełyku bez anatomicznego zwężenia (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 14. Weiler: Przyczynek do kazuistyki ropni podprzeponowych, zawierających żółć. Zapalenie guzów jamistych, żylnych naczyniaków i splotów żylnych, powstałe w następstwie zwiększenia się starego naczyniaka i utworzenia się nowej rozstrzeni żylnej. Frisch: 400 operacyj kamieni pęcherzowych (c. d.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 13. Trendelenburg: Chirurgiczne leczenie ropnicy połogowej. Berndt: O wyłuszczaniu i odradzaniu się długich kości w zapaleniu kości i szpiku kostnego, oraz w gruźlicy w kości. Wilms: Leczenie chirurgiczne licznych ropni wątroby, powstałych wskutek zapalenia przewodów żółciowych i woreczka żółciowego. Bertelsmann i Mau: Przenikanie bakteryj do krwiobiegu jako przyczyna gorączki moczowocewkowej (febris urethalis). Lange: O niedostatecznem napięciu mięśnia i jego leczeniu chirurgicznem. Krukenberg: O leczeniu róży w »czerwonej izbie«. Sack: O istocie i postępie Finsenowskiego leczenia światłem.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 14. Bergmann: Wyleczenie postrzału w czaszkę. Rose: Metoda badania chorego na zapalenie wyrostka robaczkowego. Wolff: O krwawem przełożeniu jądra z kanału pachwinowego do moszny. Kümmell: Chirurgiczne leczenie puchliny brzusznej w marskości wątroby.

Redakcya otrzymała. Blumenthal: 1) Le mouvement antituberculeux en France et en Belgique. 2) Lettres de Russie. 3) Obszczestwiennaja borba s tuberkulezom, kak s narodnoj boleźnju. w zapadnoj Europie i Amerikie. Od dr. Talko-Hryncewicza: Trudy Troickosawsko-kiachtinskaho otdielenja priamurskaho otdieła imper. ruskaho geograf. obszczestwa.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie d. 16 b. m. o godz. 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Eisenberg mówić będzie: „O nowszych teoryach odporności“.

Rok XLI. Kraków, 19 Kwietnia 1902. Nr. 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O racyonalnym składzie i terapeutycznem stosowaniu leczniczych wód mineralnych i kąpieli do kuracyi letnich.

Napisał

Dr. W. Jaworski

profesor medycyny wewnętrznej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

W nowszych czasach stosuje się leki coraz częściej w rozcieńczonych rozczynach wodnych, przesyconych kwasem węglowym. Gaz ten nadaje rozczynom nietylko smak przyjemny, lecz sprawia to, że leki bywają łatwiej znoszone i wessane, a nadto działa kwas węglowy podniecająco na trawienie, na czynność układu nerwowego i nerek. Rozczyny wodne ciał leczniczych, nasycone kwasem węglowym, nazywamy wogóle wodami leczniczemi. Jedne z tych rozczynów zawierają w rozpuszczeniu same sole mineralne, nazywamy je przeto wodami leczniczemi mineralnemi. W innych znów rozpuszczone są związki ciał organicznych lub roślinnych, jak np. kwas salicylowy, salicylan sodowy, wapniowy, magnowy, cytrynian lub winian żelazowy, kreozot. piperazyna i t. d. Te nazywamy dla odróżnienia od mineralnych wodami leczniczemi organicznemi. W niniejszej rozprawie zajmiemy się tylko wodami leczniczemi składu mineralnego.

Używanie mineralnych wód leczniczych zwiększa się z dnia na dzień. Istnieją jednak oprócz zewnętrznych przyczyn jeszcze i wewnętrzne, które stają na przeszkodzie ich rozpowszechnieniu. Najprzód należałoby ustalić zasady, na których ma być oparty skład chemiczny wód leczniczych. Następnie należy wprowadzić dla nich nazwy, któreby dla lekarza były łatwe do zapamiętania i równocześnie oznaczały skład ilościowy wody leczniczej, odejmując im wszelkie cechy tajemniczości. Wogóle powinny wody lecznicze odpowiadać następującym warunkom co do swego składu i istoty:

a) Do rozpuszczania należy używać wody przekroplonej.

b) W rozczynie ma się znajdować działająca sól mineralna wraz z dodatkiem innych soli, które działanie głównego składnika wzmacniają lub czynią wodę łatwiej strawną, a stosunki osmotyczne stosownie do potrzeby regulują.

c) Zgęszczenie rozczynu stosuje się według składu chemicznego i stosunków osmotycznych cieczy międzykomórkowych ustroju, jakoteż według stopnia zadziałania na stan patologiczny chorego, jaki zamierzamy osiągnąć.

d) Rozczyny powinny być nasycone kwasem węglowym pod ciśnieniem.

e) Nazwy wód mineralnych leczniczych należy w ten sposób dobierać, aby przez nie skład ich chemiczny był wyrażony, przyczem winno się przestrzegać pewnego systemu. Oznaczeń dowolnych wód leczniczych należy unikać ze względu, aby nie uchodziły za leki tajne lub specyfiki

Aby powyższym warunkom zadość uczynić, wziąłem za podstawę skład chemiczny popiołu, najważniejszej i w największej ilości w ustroju znajdującej się cieczy międzytkankowej, tj. surowicy krwi. Według C. Schmidta znajdują się w 1000 gm. ludzkiej surowicy krwi, zamienionej na popiół, następujące ilości ciał nieorganicznych: Chloru 3,565; kwasu siarkowego 0,130; kwasu fosforowego 0,146; sodu 3,438; potasu 0,317; fosforanu wapniowego 0,300; fosforanu magnowego 0,220. Po obliczeniu tych składników na sole obojętne, skład ilościowy popiołu otrzymanego z jednego litra surowicy ludzkiej przedstawia się:

Siarkan potasowy	0.28
Chlorek potasowy	0,36
Chlorek sodowy.	5,59
Fosforan sodowy	0,27
Węglan sodowy.	2,63
Fosforan wapniowy	0,30
Fosforan magnowy.	0,22
Soli suchych	9.65 gm. *p. m.*

Ostatnią liczbę wziąłem za podstawę składu chemicznego mineralnych wód leczniczych z następującemi zmianami. Liczbę 9,65 zaokrągliłem dla dogodności obliczenia na 10 przez podniesienie ilości węglanu sodowego z 2,63 na 3.0, a ilość nierozpuszczalnych fosforanów wapniowego i magnowego zastąpiłem solą fosforową sodową, przez co powiększa się ilość fosforanu sodowego z 0,27 po zaokrągleniu na 0.7; nierozpuszczalny fosforan magnowy zastąpiono węglanem magnowym. Zawartość więc jednego litra rozczynu, utworzonego z tak zaokrąglonych ilości soli, a przybliżonego swym składem do surowicy krwi, będzie wynosić *pro mille:*

K_2SO_4	0,2
KCl	0,3
NaCl	**5,5**
Na_3PO_4	0,7
Na_2CO_3	**3,0** (= 4,74 natr. bicarb.).
$MgCO_3$	0,3 (= 0.53 magn. bicarb).

Soli suchych 10,0 gm. *p. m.*

I. Przez rozpuszczenie powyższych ilości soli w jednym litrze wody przekroplonej i po nasyceniu kwasem węglowym pod ciśnieniem, otrzyma się wodę mineralną leczniczą, którą chcemy nazwać normalną.

Normalna woda lecznicza jest według składu chemicznego wodą słono-alkaliczną i jako taka może być stosowana. Odnawia ona ciecze międzykomórkowe i działa łagodząco na błony śluzowe. Po wydaleniu z niej kwasu węglowego wolnego może być stosowaną jako rozczyn fizyologiczny.

Powyższa normalna woda mineralna jest punktem

wyjścia do wytwarzania wszystkich wód mineralnych leczniczych według następujących zasad: każda woda lecznicza, zawierająca w jednym litrze 10 gramów suchych soli mineralnych, nazywa się normalna. 5 gramów pół normalną, 3·3 gramów $^1/_3$ normalną, 2·5 gramów $^1/_4$ normalną, 15 gramów półtora-normalną, bez względu na jakość soli. Sole zawarte w leczniczych wodach mineralnych oblicza się jako obojętne i suche, bez wody krystalicznej.

Ilość gramów działającej soli, zawartej w wodzie mineralnej leczniczej, wyraża się w stopniach w ten sposób, że jeden gram *pro mille* soli działającej oznacza jeden stopień. Np. czterostopniowa bromowa lecznicza woda mineralna jest wodą, która zawiera w jednym litrze 4 gramy bromku sodowego. Dokładna nazwa wody mineralnej leczniczej będzie opiewać dla przykładu: „ośmio-stopniowa normalna woda alkaliczna" oznacza tyle, że w jednym litrze wody rozpuszczono 10 gramów suchych soli, a w tych ośm gramów suchego węglanu obojętnego; roztwór otrzymany przesycono kwasem węglowym pod ciśnieniem. Alkaliczna woda czterostopniowa półnormalna utworzoną została z pięciu gramów *p. m.* suchych soli, a w nich znajduje się cztery gramy suchego węglanu sodowego obojętnego.

Skład chemiczny pojedynczych wód leczniczych wyprowadza się w ten sposób, że w wodzie 1—, $^1/_2$—, $^1/_3$—, $^1/_4$—, normalnej (p. Nr. I.) podstawia się zamiast składników, tam zawartych, działające sole w stosownych ilościach, jednak zawsze tylko w ten sposób, aby całkowita ilość wszystkich soli, rozpuszczonych w jednym litrze, wynosiła zawsze 10; 5; 3·3; 2·5 gramów *pro mille*. Podstawienie działającej soli uskutecznia się na tej podstawie, że opuszcza się w roztworach 1—, $^1/_2$—, $^1/_3$—, $^1/_4$—, normalnych (p. Nr. I.) pewną ilość soli dla danej wody mniej ważnych, a podstawia taki sam ciężar soli działającej, pozostawiając w roztworze dla dopełnienia ciężaru 10, 5, 3·3, 2·5 gramów pewną ilość takich składników, które działanie dodanej soli wspierają, lub smak wody polepszają. Jeżeli z jednego czynnego składnika utworzono dwie wody lecznicze, to oznaczono wodę z mniejszą ilością czynnego składnika jako słabszą, a z większą mocniejszą. Ilość pojedynczych soli podana jest na jeden litr *(pro mille)* w stanie bezwodnym zupełnie odpowiednio do przytoczonych niżej wzorów chemicznych.

Według powyższych zasad ułożono do użytku leczniczego 18 rodzajów mineralnych wód leczniczych, których skład i własności lecznicze poniżej przytaczam:

Dwie wody alkaliczne, słabsza i mocniejsza.

II. Alkaliczna woda słabsza jest czterostopniowa $^1/_2$ normalna woda lecznicza mineralna składu chemicznego *p. m.*

K_2SO_4	0,10
KCl	0,15
NaCl	0,25
Na_3PO_4	0,20
$MgCO_3$	0,30 (= 0,53 magn. bicarb.).
Na_2CO_3	**4,00** (= 6,3 natr bicarb.).
Soli suchych	5,00 gm. *p. m.*

Woda alkaliczna lecznicza rozrzedza śluz w przewodzie pokarmowym, w drogach oddechowych i moczowych, zobojętnia kwasy w moczu i w żołądku, przyspiesza wydzielanie moczu, żółci i soku trzustkowego. Odpowiada ona swą zawartością dwuwęglanu sodowego (6.3 *p. m.*) i fosforanu sodowego silniejszym zdrojom alkalicznym, jak: Vals 7·2; Biliny 4·2; Vichy 4·8; Fachingen 5,5; Fellathal 4,2; Vittel i t. d. Znajduje ona zastosowanie w tych samych chorobach, co i powyższe wody zdrojowe: w nieżycie kwaśnym i śluzowym żołądka, w nieżytach narządów oddechowych, przyczem ogrzana służy do płókania gardła; w nieżycie pęcherza i osadach moczanowych, w skazie moczanowej, w dnie, w chorobach wątroby, w nieprawidłowem wydzielaniu żółci, w kamicy żółciowej, cukromoczu i t. p. Stosowanie tej wody musi być połączone ze zachowaniem odpowiedniego higienicznego i dyetetycznego trybu życia, a w szczególności w nieżytach żołądkowo-kiszkowych i w cukromoczu. Równocześnie należy poprzeć leczenie w porze letniej przez polecenie pobytu pod opieką lekarską w sanatoryach lub stacyach klimatycznych, położonych bądź w wysokich górach, bądź nad morzem, a jeżeli to nie jest możliwe, to przynajmniej przez pobyt na świeżem powietrzu w dobrze urządzonych uzdrowiskach (p. niżej). Ilość wody pitej rano naczczo wynosi 1—3 szklanek[1]); nadto może chory popijać wodę alkaliczną kilka razy po szklance w ciągu dnia. Działanie wody alkalicznej zwiększa się przez picie na pół ogrzanej, co się uskutecznia w ten sposób, że ogrzewa się silniej pół szklanki wody, poczem dopełnia się ją wodą nieogrzaną. W rozstrzeniach żołądka korzystniej jest zastąpić słabszą wodę alkaliczną przez mocniejszą.

III. Alkaliczna woda silniejsza jest to 8-miostopniowa normalna woda lecznicza mineralna o składzie chem. *p. m.*

KCl	0,1
NaCl	1,0
Na_3PO_4	0,1
$MgCO_3$	0,8 (= 1,41 magn. bicarb.).
Na_2CO_3	**8,0** (= 12,6 natr. bicarb.).
Soli suchych	10,0 gm. *p. m.*

Alkaliczna mocniejsza woda lecznicza posiada większą zawartość dwuwęglanu sodowego (12,6 *p. m.*), niż jakikolwiek znany zdrój alkaliczny, (Vals 7·2, Biliny 4·2, Vichy 4·8 i t. d.). Używa się jej do zobojętnienia kwasu moczowego i żołądkowego w tych przypadkach, w których wprowadzanie większej ilości wody jest przeciwwskazane z powodu mechanicznego osłabienia żołądka. Stosuje się ją w wysokich stopniach nadmiernej kwaśności żołądka, skazie moczanowej, osadach moczanowych, zaburzeniach żółci i t. p. Rano naczczo podaje się $^1/_2$—$1^1/_2$ szklanki w kilku dawkach do picia. Wśród dnia poleca się do picia po $^1/_2$ szklanki w godzinę po każdem jedzeniu dla stępienia kwasów. Obok polecenia stosownej dyety i higienicznego trybu życia, poleca się w lecie picie tej wody pod kontrolą lekarską w miejscach klimatycznych, uzdrowiskach (p. niżej), w stacyach nadmorskich, stosownie do stanu chorobowego.

IV. Słona woda lecznicza słabsza jest 8-stopniową normalną słoną wodą mineralną składu chem. *p. m.*

Na_2SO_4	1,0
NaCl	**8,0**
$MgCO_3$	0,5 (= 88 magn. bicarb).
Na_2CO_3	0,5 (= 0,79 natr. bicarb.).
Soli suchych	10,0 gm. *p. m.*

[1]) Szklanka wynosi przeciętnie około 250 c³.

Slabsza słona woda lecznicza odpowiada solankom o średniej zawartości soli kuchennej: Kissingen (Rakoczy 5·8); Wiesbaden 6·8; Pyrmont (Salzquelle 7,0); Schmalkaden 9,3; Homburg (Elisabethquelle 9·8); Mondorf 8,7; Mergentheim 6,6; Bourbonne les Bains 5.9; Dürckheim 9,2; Salzbad 5,2; Münster a. Stein 7,9 i t. d. Bywa też w tych samych chorobach polecaną co i powyższe zdroje, w celu podniecenia trawienia, przyspieszenia przemiany materyi, wzniecenia czynności wydzielniczej błon śluzowych. Używa się jej przeto do leczenia nieżytu górnych i dolnych dróg oddechowych, nieżytu śluzowego żołądka, jelit i przewodów żółciowych, w skłonności do zaparcia stolca, w obrzękach wątroby i śledziony w dnie, w zołzach, w nieżytach i przewlekłych zapaleniach macicy i jajników, w celu usunięcia pozostałości po wypocinach i t. d. Wodę pije się naczczo od 2—3 szklanek. Osoby z trawieniem wrażliwem używają wody na pól ogrzanej, przez co wypróżniające działanie wody znacznie się osłabia. W lecie wskazany jest równoczesny pobyt w klimacie górskim lub nad morzem, jakoteż stosowanie słonych kąpieli gazowych leczniczych (p. niżej), w innych znów lekkie zabiegi hidryatyczne (p. niżej) pod kierownictwem lekarza.

V. S ł o n a m o c n i e j s z a w o d a lecznicza jest 13-sto stopniową $1^1/_2$ normalną słoną wodą mineralną leczniczą składu chem. *p. m.*

Na_2SO_4	0,5
NaCl	**13,0**
$MgCO_3$	1,0 (= 1,77 magn. bicarb.).
Na_2CO_3	0,5 (= 0,79 natr. bicarb.).

Soli suchych 15,0 gm. *p. m.*

Mocniejsza woda słona ma skład chemiczny i działanie podobne, jak najsilniejsze solanki: Hall 12·1; Königsdorf-Jastrzemb 11·4; Nauheim (Curbrunnen 15,4); Neuhaus (Bonifaciusquelle 14.7); Rehme (Bitterbrunnen 12,6); Kreuznach (Oranienquelle 14,1); Salzschlirf (Tempelbrunnen 11·1); Soden 14·5; i t. d. Działanie tej wody na trawienie, wydzielanie błon śluzowych i przemianę materyi jest podobne, jak słabszej słonej, lecz o wiele energiczniejsze. Używa się jej w tych chorobach, co i wymienionych wód zdrojowych; przedewszystkiem w nieżycie jelit, połączonym z silnem zaparciem żywota, w przekrwieniu narządów brzusznych, zwłaszcza w powiększeniu wątroby, w otyłości, skazie moczanowej, dnie, w przewlekłych zapaleniach macicy i t. d. Wodę pije się od 1—3 szklanek rano naczczo, przyczem unika się drażniących pokarmów, jak korzeni, surowych owoców i t. p. Pobyt letni, kierowany stosownie przez lekarza, w stacyach górskich lub nadmorskich, a zwłaszcza równoczesne leczenie hidryatyczne (p. niżej) wzmacnia działanie wody w wysokim stopniu.

VI. A l k a l i c z n o - s ł o n a woda jest $2^1/_3$ stopniową $^1/_4$ normalną alkalicznosłoną wodą mineralną leczniczą składu chem. *p. m.*

$MgCO_3$	0,10 (= 0,17 magn. bicarb.).
NaCl	**1,00**
Na_2SO_4	0,05
Na_3PO_4	0,05
Na_2CO_3	**1,30** (= 2.1 natr. bicarb.).

Soli suchych 2,50 gm *p. m.*

Alkaliczno-słona woda jest bardzo smaczną, łagodnie działającą wodą leczniczą, której się używa w tych samych przypadkach chorobowych, co alkaliczno-słone zdroje w Ems, Gleichenberg, Luhaczowicach, Roisdorf, Rogat, Weilbach i t. d. Może być poleconą do picia jako s t o ł o w y n a p ó j zamiast wód: selterskiej, giesshübelskiej, krondorfskiej, Apollinaris i t. p. Działa ona ługująco na ustrój i jest napojem moczopędnym, podniecającym także trawienie i łaknienie, a kwasy słabo zobojętniającym. Stosuje się ją także do r o z c i e ń c z e n i a s i l n i e j s z y c h w ó d m i n e r a l n y c h l e c z n i c z y c h, jak np. mocniejszej wody alkalicznej Nr. III, mocniejszej wody słonej Nr. V, wody jodowej Nr. XII, XIII; bromowej Nr. XIV, XV, wód arsenikalnych Nr. XVII, XVIII. Jako środka leczniczego poleca się wodę alkalicznosłoną w lekkich nieżytach błon śluzowych dróg oddechowych (w nieżytowem zapaleniu gardła, krtani i oskrzeli) tak do picia, jak i do płókania i wziewania; w niestrawności żołądkowej, w nieżytach dróg moczowych i żółciowych w pozostałości po wypocinach i t. d. Wody używa się najstosowniej naczczo w ilości 1—2 szklanek, jako też w ciągu dnia kilka razy jako napoju stołowego. Osobom wrażliwym zaleca się wodę na pól ogrzaną, przez co wessalność jej się zwiększa; do płókania używa się także wody ogrzanej. Wielką korzyść przynosi równoczesny pobyt letni pod opieką lekarską w górskich miejscowościach klimatycznych, w uzdrowiskach (p. niżej), nad morzem. W wielu przypadkach wskazane jest picie wody z równoczesnym pobytem w zakładzie wodoleczniczym (p. niżej). (C. d. n).

II. **Z zakładu higieny Uniwersytetu Jagiellońskiego i c. k. powszechnego Zakładu do badania środków spożywczych w Krakowie.**

Nowoczesne sposoby odkażania mieszkań.

Napisał
Dr. Leonard Bier
adjunkt zakładu.

Nie ma może w zakresie higieny publicznej sprawy, któraby w równym stopniu zajmowała uwagę lekarzy praktycznych i szerszego ogółu ludności, jak sprawa odkażania mieszkań po chorobach zakaźnych. W higienie doświadczalnej sprawa ta w ostatnich kilku latach dała powód do napisania bardzo wielu prac, powołała cały szereg badaczy, słowem więcej się nią zajmowały umysły higienistów z zawodu, aniżeli niejedną inną kwestyą.

Śledząc za wynikami tych prac, spostrzega się od niedawna znaczne wyjaśnienie pojęć co do działania środków odkażających, określenie, czego spodziewać się możemy po tych środkach przy zastosowaniu ich do mieszkań, wreszcie ustalenie metod, jak je stosować należy, by odkażenie mieszkania dawało pewność.

Zajmując się od lat kilku badaniem wartości coraz to nowych sposobów odkażania mieszkań, badając w czasie wycieczek higienicznych po Niemczech organizacyę odkażania w kilku miastach, które cieszą się wzorowemi urządzeniami w zakresie higieny publicznej, uważałem za rzecz pożyteczną podzielić się wynikami tych badań w przekonaniu, że ostatnie sposoby odkażania mieszkań są tak pewne i tak dalece praktyczne, że powinny znaleść i u nas zastosowanie — tem więcej, że u nas choroby zakaźne więcej grasują i większy zbierają plon. Pracę moją podzieliłem na dwie części, zamierzając w pierwszej omówić nowoczesne

sposoby odkażania mieszkań, ich wartość naukową i praktyczną, pozostawiając omówienie organizacyi odkażania do części drugiej.

Jakkolwiek leży to również w interesie ogółu, by już w czasie choroby otoczenie chorego było odkażane, pomijam jednak sposoby odkażania, które stosować należy już w tym okresie, zaliczając tę sprawę raczej do zakresu higieny prywatnej osób, otaczających chorego i do obowiązków lekarza ordynującego, aniżeli do zakresu działania władz, których pieczy powierzone jest zdrowie ogółu. Według dotychczasowych ustaw i rozporządzeń sanitarnych Austryi władza lekarza urzędowego, z wyjątkiem wyjątkowych okoliczności, grożących bardzo wielkiem niebezpieczeństwem n. p. podczas wybuchu epidemii moru lub cholery, nie sięga tak daleko, by przysługiwało mu prawo zarządzeń odkażających już w ciągu choroby. Natomiast obowiązkiem władz lekarskich, czuwających nad policyą zdrowia, jest przeprowadzenie odkażania po ukończeniu choroby.

Przed odkryciem bakteryj, jako przyczyny przeważnej liczby chorób zakaźnych, odkażanie mieszkań przedstawiało się o wiele prościej, aniżeli obecnie. Do odkażenia mieszkania wystarczało spalenie w niem pewnej ilości siarki. Ubranie i inne przedmioty, do których nie można było zastosować gotowania, lub których dla większej wartości nie można było spalić, ogrzewano w specyalnych komorach, lub też naparzano parą wodną w kotłach w ciągu kilku minut. Obumieranie roślin w mieszkaniach wykadzanych siarką, zamieranie pluskiew i wszy w przedmiotach ogrzewanych lub naparzanych, było według pojęć ówczesnych dostateczną rękojmią, że i wszelkie twory uorganizowane, jakie już w owym czasie podejrzywano w czynnikach przyczynowych chorób zakaźnych, wyginą, jeżeli zastosuje się środki te do przedmiotów, na których najprawdopodobniej mieszczą się zarazki. Prócz bezwodnika kwasu siarkawego stosowano wtedy także chlor, gdyż wierzono, że gazy, przenikając przedmioty, łatwiej niż płyny odkażają przedmioty na wskróś. Wkrótce jednak odkrycie ważniejszych zarazków chorób zakaźnych, w szczególności badania Kocha[1]), obaliły wiarę w wartość odkażającą pary siarki spalonej. Nawet w ilości przekraczającej znacznie ilość w praktyce desinfekcyjnej stosowaną, bezwodnik siarkawy nie zabija zawsze bakteryj, a działalność jego natomiast się wzmaga, lecz tylko na powierzchni przedmiotów, jeśli zwiększymy obfitość pary wodnej w mieszkaniu, przyczem jednak przedmioty metalowe i tkaniny, szczególnie barwione, znacznemu ulegają zepsuciu. Te ujemne wyniki co do wartości odkażającej pary siarki spalonej, stwierdzone przez Kocha, jak również analogiczne prace Proskauera i Fischera[2]), odnoszące się do chloru i bromu, sprawiły, że środki te ustąpić musiały z praktyki odkażania mieszkań.

W późniejszym czasie poznano wybitne własności bakteryobójcze rozczynów kwasu karbolowego, sublimatu i wapna żrącego. Koch, Gaffky i Löffler[3]) określili warunki, w jakich strumień pary wodnej działa na bakterye, zaś Esmarch[4]) stwierdził, że przez wytarcie ścian chlebem lub gąbką można je oczyścić z bakteryj. Środki te poczęto też stosować do odkażania mieszkań. Bielenie wapnem ścian tynkowanych, lub malowanych farbą olejną, ścieranie chlebem lub gąbką ścian tapetowanych i malowanych olejno, następnie zmywanie ich rozczynem kwasu karbolowego, zmywanie i ścieranie rozczynem karbolu sprzętów drewnianych, obijanych ceratą, zmywanie podłogi rozczynem mydła szarego, a następnie kwasu karbolowego, stosowanie pary wodnej w przyrządach do odkażania szat, pościeli i innych części urządzenia domowego, oto w krótkości zebrane sposoby odkażania mieszkań. Dla skutecznego przeprowadzenia odkażenia i przy zastosowaniu tych sposobów Guttmann i Merke[5]) wymyślili i zestawili cały zbiór przyborów, mających ułatwić wykonanie odkażenia; wyćwiczono w tym celu specyalną służbę sanitarną. Sposób ten, wprowadzony obowiązkowo znacznym kosztem, szczególnie w wielu miastach niemieckich, nie znajduje jednak poparcia wśród publiczności, a nawet lekarzy. Szerszy ogół nie dopatruje w bieleniu ścian, ścieraniu tapet chlebem, zmywaniu i skrapianiu kwasem karbolowym, w myciu podłogi i wycieraniu wilgotną szmatą, czy zmywaniu pendzlem sprzętów — niczego więcej, jak zwykłego gruntownego oczyszczenia mieszkania, które wykonać można siłami domowemi. Naruszenie sprzętów choćby bez uszkodzenia przez osoby obce, a jeszcze więcej zabieranie części urządzenia domowego — pościeli, bielizny i ubrań — po za dom, uważa publiczność za wdzieranie się w prawo własności, za krzywdę sobie wyrządzoną, krzywdę nieraz istotną, spowodowaną zepsuciem lub poplamieniem odkażanych parą przedmiotów. — Nie brak i pośród lekarzy nieufności w skuteczność tego rodzaju odkażania. Przedmioty obcierane za krótko stykają się z środkiem odkażającym; środek, użyty do skrapiania przedmiotów, szybko spływa z miejsc więcej wyniosłych, niema zatem czasu zadziałać na zarazki, jeżeli się na nim znajdują. Odkażanie mieszkań, wykonywane przez służbę stale do tego używaną, dzień po dniu, w sposób jednakowy i tak mechaniczny, jakim jest wyżej opisany, musi znudzić i znużyć nawet ludzi obowiązkowych, co również wpłynie ujemnie na skuteczność odkażenia przedmiotów, z wyjątkiem odkażonych parą. — Oto w krótkości zarzuty, czynione przez lekarzy temu sposobowi odkażania. Że zarzuty te słuszne, stwierdziły badania Silberschmidta[6]) i Flüggego[7]). Pierwszy z nich poddawał kontroli działalność służby, używanej do odkażania, w Zurychu, drugi w Wrocławiu. Stwierdzili oni przy tym sposobie odkażania, że nie wszystkie sztucznie zakażone miejsca podłogi, ścian i mebli zostały odkażone. Brak popularności tego rodzaju odkażania obok powyższych wątpliwości co do jego wartości, oto przyczyny, które zmusiły do rozglądania się za innymi środkami, sposobami, usuwającymi niedogodności i brak pewności sposobu Guttmanna i Merkego.

Dawne spalanie siarki większem cieszyło się uznaniem wśród publiczności, więcej przemawiało do jej przekonania, aniżeli mycie i ścieranie. W wykadzaniu dopatruje się publiczność czegoś mistycznego, jak mistyczną jest dla niej istota chorób zakaźnych; w jej wyobraźni wykadzanie pewniej zniszczy chorobę, aniżeli woda, mydło i szczotka.

[1]) Koch: Mittheil. a. d. kaiserl. Gesundheitsamte, Bd. I.
[2]) Mittheil. a. d. kais. Gesundheitamte, Bd. II.
[3]) Mittheil. a. d. kais. Gesundheitamte Bd. I. 1881.
[4]) Zeit. f. Hyg. Bd. II. 1887.
[5]) Viertel. f. öffen. Gesundheitspflege 1891. Bd. 23.
[6]) Vierteljahr. f. öffentl. Gesundheitspflege Bd. 3. 1898. Str. 313.
[7]) Zeit. f. Hyg. u. Infections krankheiten Bd. 29.

Poszukiwacze nowego środka odkażającego przypuszczali, że również tylko gaz o własnościach bakteryobójczych zadość uczyni tym wymaganiom, które odpowiadałyby ogólnie pokładanym nadziejom w odkażaniu mieszkań. Tylko gaz o własnościach odkażających nadaje się do wnikania wszędzie i może odkazić równocześnie wszystkie przedmioty w mieszkaniu. To też gdy w roku 1888 pierwszy Löw[8]) zwrócił uwagę na odkażające własności formaldehydu, a Aronsohn[9]) i Trillat[10]) badania te potwierdzili, cała nadzieja rozwiązania tej tak trudnej sprawy spoczęła na tym nowym, bo dopiero od 1868 znanym związku chemicznym.

Zanim przystąpię do omówienia sposobów stosowania tego środka i jego wartości odkażającej przy zastosowaniu w mieszkaniu, uważam za rzecz pożyteczną pomówić o własnościach, jakie mieć powinien przetwór odkażający i o sposobach jego stosowania w mieszkaniu. Własności te są następujące: 1) powinien zabijać zarazki tej choroby, do której się go stosuje i to bezwzględnie pewnie, i wszędzie, gdziekolwiekby się znajdowały w mieszkaniu; 2) nie działać trująco na osoby, wykonujące odkażanie i mieszkańców odkażonego mieszkania; 3) nie niszczyć ścian, ani innych części urządzenia domowego; 4) działać możliwie najszybciej, aby mieszkańcy nie byli przez czas dłuższy pozbawieni mieszkania; 5) powinien być łatwym w użyciu tak, aby wykonanie odkażania nie wymagało umiejętności specyalnej; 6) być ile możności jak najtańszym. Prawie wszystkim tym warunkom zdawał się czynić zadosyć formaldehyd, bo działał na bakterye w hodowlach energicznie i szybko; wdechany w postaci pary nie oddziaływa wybitnie trująco, nie niszczy przedmiotów, a cena jego, jakkolwiek podówczas na razie dosyć znaczna, przy większem zapotrzebowaniu i ulepszonej wytwórczości spaść była powinna. Do otrzymania pary formaldehydu w celu odkażania mieszkań posługiwano się dwoma sposobami: parowaniem 40% roczczynu t. zw. formaliny i alkoholem mrówkowym, który przez niezupełne spalenie w specyalnych lampkach utleniał się na aldehyd mrówkowy.

Okazało się jednak wkrótce, że pierwszy ze sposobów nie jest odpowiednim. Samoistne parowanie formaliny, nawet bardzo obfite, w szalkach płaskich nie zabijało zarazków w małych przestrzeniach nawet przy parowaniu w ciągu kilku dni (Oemichen[11]) i Philipp[12]). Również i parowaniem formaliny przez jej zagotowanie nie można było nasycić powietrza dostateczną ilością formaldehydu, gdyż przy zagęszczeniu roczczynu powyżej 40% wskutek wcześniejszego parowania wody wydzielało się w formalinie ciało białe, polimeryczny związek formaldehydu, paraldehyd. Spodziewano się przeto osiągnąć ilość formaldehydu, potrzebną do zabicia wystawionych próbnych zarazków innym sposobem. Wytwarzanie aldehydu mrówkowego z alkoholu amylowego w lampkach, służących do tego celu, polega na własności zagęszczania i powolnego spalania się pary alkoholu, przechodzącej przez rozżarzoną siatkę lub wężownicę platynową. W niektórych z nich, już ulepszonych, dostęp powietrza jest tak uregulowany, że pozwala na możliwie najwolniejsze spalanie alkoholu i uzyskanie możliwie wielkiej ilości aldehydu. Są to lampy Barthela, zmodyfikowane przez Krehla, Trillata, Cambriera i Brocheta. Również i przy tym sposobie stosowania formaldehydu otrzymywano wyniki dodatnie tylko na powierzchni przedmiotów i to nie zawsze pewne. Zastosowanie lampek dla wywiązywania formaldehydu w celu odkażania większych przestrzeni okazało się trudnem, jak to z pracy Pfuhla wynika, z tego względu, że wobec małej pojemności lampek potrzeba ich użyć w większej liczbie. Zapalenie zaś wielkiej liczby lampek wymaga tak długiego przebywania w przestrzeni odkażanej, że dla wykonującego odkażenie grozi niebezpieczeństwo zaczadzenia się przez wdechanie pary tlenku węgla, wydzielanego równocześnie obok formaldehydu. Najwięcej jeszcze wymaganiom praktyki odpowiada przyrząd Trillata,[13]) zwany przez niego „appareil formogene à projection“ o zbiorniku pojemności 8—10 *l*, z którego przez kilka otworów wychodząca para alkoholu metylowego spala się przy uregulowanym dopływie powietrza w obecności rozżarzonej platyny i miedzi na aldehyd mrówkowy. Doświadczenia z tym przyrządem, dokonane przez Trillata, Bardeta i G. Rouxa, dawały wyniki dodatnie przy spaleniu 2—3 *l* alkoholu na 100 m^3 przestrzeni. Przyrządy te jednak nie znalazły zastosowania w praktyce, raz z powodu działania nie zawsze pewnego, powtóre dlatego, że nie są ekonomiczne. Jak to bowiem wykazał Strüver[14]), spala się w nich zaledwie 7—9% alkoholu na aldehyd, podczas gdy reszta utlenia się na tlenek węgla, bezwodnik węglowy i wodę. Do zabicia niezarodnikujących bakteryj cholery, duru, błonicy, paciorkowca, potrzebna jest ilość 3,8 grm. formaldehydu na 1 m^3, a tę otrzymuje się dopiero z 60 grm. alkoholu, przez co koszta odkażenia mieszkania o niewielkiej pojemności narastają do 20-tu i więcej koron. Koszta te zdwajają się przy odkażaniu więcej opornych zarazków zarodnikujących, odpowiednio do podwójnej ilości potrzebnego alkoholu.

Różnicę skuteczności działania pary aldehydu w przestrzeniach większych, w porównaniu do skuteczności jej pod kloszami, w skrzyniach i szafach, tłómaczono sobie polimeryzacyą pary, która stykając się z przedmiotami zimnymi, zamienia się na ciało stałe, odkażająco prawie nieczynne, t. j. w *trioxymetylen*, czyli paraformaldehyd. Zapobiedz tej polimeryzacyi formaldehydu usiłowali badacze. Trillat w swoim „autoclave formogène“, ogrzewalnym kotle zamkniętym, zaopatrzonym w manometr, ciepłomierz i rurkę, którą para aldehydu pod ciśnieniem 3—4 atmosfer dziurką od klucza do mieszkania się przedostawała, zapobiegał polimeryzacyi przez dodatek chlorku wapna i wody do formaliny — (na 1 litr formaliny dodawał 400 grm. wody i 200 grm. chlorku wapniowego). Wyniki otrzymane przez wynalazcę, oraz G. Rouxa i Bosca[15]) Niemana[16]), Pfuhla[17]), Strüvera[18]) wykazywały znacznie pewniejsze działanie tego

[8]) Oscar Löw: Berichte der Gesell. f. Morphologie u. Physiologie ref. Münch. med. Woch. 1888.
[9]) Berlin. klin. Wochen. 1892. N-o 3 d.
[10]) Compt. rend. CXIV.
[11]) Arbeiten a. d. kais. Gesundheitsamte. Bd. 11.
[12]) Münch. med. Wochs. 1894.

[13]) Trillat: La formaldehyde et ses applications pour la désinfection des locaux contaminés. Paris. Georges carré 1896.
[14]) Zeit. f. Hyg. u. Infektiónskrankheiten 1896 Bd. 25.
[15]) Annales de l' Inst. Pasteur 1896.
[16]) Deut. med. Woch. 1896.
[17]) Zeit. f. Hyg. u. Infektionskrankheiten Bd. 24. 1897.
[18]) *l. c.*

sposobu odkażania, aniżeli poprzednich. W 2 doświadczeniach, wykonanych przezemnie w pokoju o pojemności 39 m^3, otrzymałem obumarcie wszystkich powierzchownie wystawionych zarazków błonicy, duru, cholery, a nawet zarodników wąglika; natomiast schowane w głębi pod ubraniem, grubszą chustką i w kieszeni nitki z bakteryami niezarodnikującemi zachowywały żywotność swoją. Według Strüvera wyniki te otrzymuje się przy zastosowaniu 2,5 grm. formaldehydu na 1 m^3. Ponieważ zaś w kotle pozostaje zawsze pewna ilość mieszaniny formaliny z wodą i chlorkiem wapniowym, używać należy na 1 m^3 10 ctm^3 formochlorolu, jak mięszaninę tę nazwał Trillat.

Wyzyskanie formaldechydu przy zastosowaniu formochlorolu jest o wiele większe, aniżeli przy zwykłem parowaniu formaliny, bo wynosi prawie 78% (w stosunku do 28—50% przy zwykłej formalinie). Ujemny wynik otrzymuje się (Trillat, Pfuhl) przy użyciu formaliny, zawierającej alkohol metylowy; przy ogrzewaniu bowiem łączy się alkohol z aldehydem na nieczynny dla odkażania *methylal*. W porównaniu do poprzednich sposobów stosowania formaldehydu ma ten sposób Trillata obok pewniejszego, chociaż tylko powierzchownego, działania odkażającego, tę nadto zaletę, że daje się zastosować zewnątrz przestrzeni zakażonej. Wadą natomiast jego jest to, że działa pod znacznem ciśnieniem, więc z obawy wybuchu wymaga umiejętnej obsługi, a nadto jest drogi.

Aronsohn otrzymał odkażenie mieszkań czystym gazem. Użył on do tego celu spolimeryzowanego paraldehydu, wyrabianego w pastylkach 1 gramowych przez fabrykę Scheringa. Paraldehyd, ogrzany w specyalnej lampce (zwanej „Aesculap“) depolimeryzuje się przy ciepłocie 150° C. i jako formaldehyd rozchodzi sie po przestrzeni. Polimeryzacyi w przestrzeni spodziewał się zapobiedz Aronsohn parą wodną, wytworzoną przy spaleniu spirytusu, ogrzewającego lampkę. Stosując 1 grm. paraformaldehydu na 1 m^3, zabijał Aronsohn[19]) w przeciągu 24 godzin bakterye niezarodnikujące, a 2 grm. zabijały już pewnie zarodniki wąglika i wszelkie bakterye zawarte w kurzu mieszkania. Dodatni ten skutek otrzymywał Aronsohn wobec zarazków, znajdujących się powierzchownie, przykrytych kilkoma warstwami bibuły lub cienkiem płótnem; natomiast zarazki wewnątrz materaców i poduszek, jak również w kieszeniach, uchodziły śmierci. Podobne wyniki otrzymał Fairbanks[20]), który na podstawie doświadczeń swych twierdzi, że ogrzaniem powietrza w odkażanym pokoju do 22° C można skrócić czas działania przy użyciu lampki i pastylek Scheringa do 8, względnie 10 godzin, przyczem nawet zarodniki wąglika udaje się zabić. Doświadczenia zaś Gemünda[21]), Elsnera Spieringa[22]), jak również Czaplewskiego[23]) i Kaupa[24]) nie przemawiały za tak pewnem i zawsze skutecznem działaniem. W doświadczeniach Elsnera i Spieringa nie zawsze obumierały zarazki duru i gronkowca złocistego; Kaupowi nie udawało się zabijać bakteryj gruźliczych w plwocinie. Doświadczenia wykonane w Krakowie, początkowo wspólnie z prof. Bujwidem i pod jego kierunkiem, wykazywały po 24 godzinnem działaniu tylko żywotność bakteryj zarodnikujących, natomiast niezdolność do rozwoju wszystkich innych, nawet dosyć ukrytych. Nieszczelność okien i drzwi powstrzymywała odkażanie. Gruber[25]) w orzeczeniu swem w austryackiej Najwyższej Radzie zdrowia nie zaleca tego sposobu do odkażania mieszkań, uważając za pewniejsze zmywanie i ścieranie przedmiotów, ścian i podłóg płynnymi środkami odkażającymi, oraz zeskrobanie ścian i ich bielenie. (c. d. n.).

[19]) Zeit. f. Hyg. u. Infectionskrank. 1897. Bd. 25.
[20]) Cent. f. Bacter. Abth. I. Bd. XXIII. Nr. 1, 2 i 16.
[21]) Münch. med. Woch. 1897 Nr. 50.
[22]) Deut. m. Woch. 1898. Nr. 46.
[23]) Münch. m. Woch. 1898. Nr. 41.
[24]) Wien. med. Woch. 1899. Nr. 42.
[25]) Oesterr. Sanitätswesen 1898. Nr. 40 i 41.

III. **Z kliniki chorób wewnętrznych Radcy Dworu Prof. Dra Edwarda Korczyńskiego w Krakowie.**

Badania przemiany pierwiastków w rozmiękczeniu kości.

Podał

Doc. Dr. L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

Oceniając i porównując ze sobą wyniki oznaczeń z pojedynczych dni i z całych okresów, w każdym prawie kierunku dostrzedz można szczegóły, które tok przemiany pierwiastków w tym zakresie, w którym w naszych przypadkach była badana, wyróżniają od toku prawidłowego.

Zacznijmy od oznaczeń fosforu.

W obu przypadkach otrzymywano podczas każdego okresu, jakkolwiek nie bez dość znacznych wahań, bilans dodatni kwasu fosforowego. W pierwszem spostrzeżeniu wynosiła dzienna ilość P_2O_5, zatrzymywanego w ustroju, w okresie pierwszym 1·26 gm., w drugim 0·35 gm.. w trzecim 1·20 gm., w czwartym 0·80 gm., w piątym, podczas podawania kołaczyków jajnikowych, 0·13 gm. Pożywienie prawie wyłącznie roślinne okresu drugiego wpływało, jak z przytoczonych liczb wnosić można, podniecająco na wydzielanie fosforu; podobnie działało także podawanie jajników.

W drugiem spostrzeżeniu wynosił dodatni dzienny bilans P_2O_5 w okresie pierwszym 0·34 gm., w drugim 0·13 gm., w trzecim 0·95 gm., w czwartym 0·82 gm. Wyniki były więc tutaj cokolwiek różne. W okresie dyety mięsnej otrzymano wprawdzie nieco wyższą liczbę, wskazującą ilość niewydzielonego kwasu fosforowego, aniżeli w następnym okresie dyety mięszanej, ale za to już w okresie trzecim, przy tym samym składzie pożywienia, przewyższyła ilość zatrzymywanego fosforu bilans dodatni pierwszego okresu. W ostatnim, czwartym okresie stwierdzono, podobnie jak w ostatnim okresie pierwszego spostrzeżenia, pewne wzmożenie się wydzielania kwasu fosforowego podczas podawania kołaczyków jajnikowych; było ono jednak za mało wybitne, aby z tego wzmożenia stanowcze wysnuwać wnioski. Trudno też wobec uzyskanych wyników mówić w tym przypadku o stanowczym i wybitnym wpływie składu pożywienia lub istoty, działającej w kołaczykach jajnikowych, na wydzielanie kwasu fosforowego.

Okoliczność ta, że w obydwóch przypadkach rozmiękczenia kości, co do przebiegu i stanu choroby w danej chwili niejednakowych, stale stwierdzić można było zatrzymywanie się fosforu w ustroju, zasługuje na dobitne zaznaczenie i podniesienie.

Niemniej ciekawy jest drugi szczegół, zwracający uwagę przy oznaczeniach kwasu fosforowego. W każdym mianowicie okresie stwierdzić można było wyraźną zmianę wzajemnego stosunku między ilością P_2O_5, wydzielonego w moczu i w kale. Podczas gdy w warunkach prawidłowych, przy zwykłym sposobie żywienia przeszło 80% fosforu, wprowadzonego z pokarmami, pojawia się w moczu, przy dyecie wyłącznie mięsnej nawet około 95%, to w naszych oznaczeniach otrzymywano liczby odsetkowe o wiele niższe, niekiedy nawet bardzo nizkie. Wogóle zaś wahała ilość kwasu fosforowego, wydzielonego w moczu między 60—75%.

Podobne stosunki wydzielnicze spostrzegać można stale u zwierząt roślinożernych, doświadczalnie wywołać je można także u ludzi. Pokarmy roślinne zawierają, jak to powszechnie wiadomo, bardzo znaczne ilości kwasu fosforowego, ale zawierają także nader obficie zasady, między niemi zasady ziemne, przedewszystkiem wapno. Mocz zwierząt, żywiących się roślinami, zawiera bardzo tylko małe ilości kwasu fosforowego; kał zato obfituje w fosfor. Dzieje się to właśnie skutkiem wprowadzania do ustroju wielkiej ilości zasad. Że tłómaczenie powyższe, ogólnie przyjęte, najzupełniej jest słuszne, dowodzą dostatecznie doświadczenia, przedsiębrane na ludziach. Wykazują one, że ilość fosforu, wydzielanego w moczu, można znacznie obniżyć, podnosząc równocześnie ilość fosforu, zawartego w kale, przez podawanie w większej obfitości połączeń zasadowych, zwłaszcza zaś przez podawanie soli wapniowych.

Jeśli zaś warunkowy nadmiar wapna powoduje zmniejszenie się ilości kwasu fosforowego w moczu, a zwiększenie się w kale, to takie same następstwa sprowadzić musi warunkowy niedobór wydzielanego fosforu. A z takim właśnie warunkowym niedoborem wydzielniczym, spowodowanym zatrzymywaniem kwasu fosforowego przez ustrój, spotykaliśmy się w całym szeregu okresowych naszych oznaczeń. Zupełnie więc słusznie przypuszczać można, że zmiana stosunku wydzielniczego była wypływem względnego niedoboru kwasu fosforowego. Przypuszczenie to popierają zresztą także i wyniki oznaczeń wapna w obu spostrzeżeniach.

Wydzielanie soli wapniowych odbywało się jakościowo w podobny sposób, jak w warunkach fizyologicznych, to znaczy, że przeważna część wapna opuszczała ustrój w kale, nieznaczna tylko w moczu; ilościowo jednak stwierdzić można było mniej lub więcej wybitne różnice i wahania stosunkowe.

W przypadku pierwszym otrzymywano w trzech pierwszych okresach w moczu ilości wapna, leżące najzupełniej w granicach prawidłowych. W okresie pierwszym i drugim niedostrzeżono nawet znaczniejszych wahań dziennych. Pojawiać się one zaczęły dopiero z końcem trzeciego okresu, a w ostatnim dniu tegoż okresu spadła ilość wapna wydzielonego w moczu prawie o połowę pierwotnej wartości. Wybitniejsze różnice wystąpiły w okresie czwartym, a zwłaszcza w piątym, w którym mocz zawierał bardzo małe ilości wapna, stanowczo już nieprawidłowo małe. Podnieść przytem trzeba, że w miarę tego ubożenia podnosiła się ilość wapna w kale, malał równocześnie pierwotny bilans dodatni, aż wreszcie w okresie czwartym i piątym przeszedł w bilans ujemny. W okresie pierwszym wydzielało się z moczem około 25% wapna, dzienny bilans dodatni wynosił 0·33 gm.; w okresie drugim około 17%, bilans dodatni spadł pomimo większej ilości wapna w pokarmach (okres dyety roślinnej) do 0·10 gm.; w okresie trzecim znajdowano w moczu około 20% CaO, bilans dodatni wynosił już zaledwo 0·008 gm.; w okresie czwartym przy dalszem obniżeniu do 16% pojawił się bilans ujemny — 0·15 gm. W okresie ostatnim, w którym w moczu wydzielało się zaledwo 10% wapna, wynosił bilans ujemny — 0·36 gm.

Bardzo podobnie układały się stosunki także w drugiem spostrzeżeniu. Różnica polegała na tem tylko, że w przypadku tym, z wyjątkiem okresu trzeciego, w którym wystąpił nieznaczny bilans dodatni, wynoszący 0.05 gm. CaO dziennie, zawsze stwierdzano bilans ujemny, najznaczniejszy w okresie drugim, podczas którego nadmiernie wzrosła ilość wapna, wydzielanego w kale. W obu spostrzeżeniach, zwłaszcza zaś w drugiem, występuje na jaw nader wyraźnie wzajemna zależność w wydzielaniu kwasu fosforowego i wapna. Ilekroć razy pojawiało się mniej wapna w moczu, a więcej w kale, spadała także ilość fosforu w moczu, podnosiła się ilość fosforu w kale i naodwrót.

O wydzielaniu azotu ogólnie przedewszystkiem zaznaczyć trzeba, iż odbywało się ono bardzo nierównomiernie Zwłaszcza, gdy w pokarmach podawano znaczniejsze ilości białka, przydarzały się tak wybitne różnice dzienne, że wprost uderzać musiały. Wśród naszych spostrzeżeń dostarczają w tym kierunku wybitnych przykładów oznaczenia, wykonywane w pierwszych okresach w obydwóch przypadkach. W pierwszym z nich zawierały pokarmy po 19·8 gm., w drugim po 17 gm. azotu dziennie. Różnice ilości azotu w moczu dochodziły w tym czasie do 4 gm. Niedostateczne spalanie ciał azotowych w jednym dniu pokrywał ustrój spaleniem nadmiernem w dniu następnym, lub w jednym z następnych. Wogóle jednak przeważała w naszych przypadkach dążność do zatrzymywania azotu. W pierwszym z nich była ona nawet dość stała, tak, że we wszystkich okresach stwierdzano większy lub mniejszy okresowy bilans dodatni. W przypadku drugim otrzymano w dwóch pierwszych okresach bilans dodatni, w trzecim i czwartym okresie ujemny.

Współczynnik $\frac{P_2O_5}{N} = 1:8·1$, oznaczający stosunek kwasu fosforowego do azotu w moczu przy żywieniu się pokarmami mięsnymi, zatrzymany był z pewnemi zmianami w spostrzeżeniu drugiem, w którem w pojedyńczych okresach otrzymywano liczby, leżące nader blisko powyższej cyfry. W okresie pierwszym wynosiła ostatnia liczba proporcyi 8·2, w drugim 8·6, w trzecim 7·7, w czwartym 8·2. — Natomiast w przypadku pierwszym dostrzedz można było bardzo wyraźną różnicę powyższego stosunku. Odnośne liczby wynoszą w okresie pierwszym 4·6, w drugim 4·4, w trzecim 6·9, w czwartym 7·5, w piątym 6·9. Co do okresu pierwszego, a zwłaszcza drugiego nizką tę cyfrę wytłómaczyć można wysoką stosunkowo wartością fosforu pokarmów, w drugim także ubóstwem tychże w azot. W trzech ostatnich okresach przyczyna leżała wyłącznie tylko w obfitszem wydzielaniu kwasu fosforowego drogą nerek.

W streszczeniu przedstawiałyby się wyniki oznaczeń przemiany materyi, uzyskane w naszych przypadkach, w następujący sposób:

1. Spalanie ciał azotowych odbywa się w przebiegu rozmiękczenia kości nierównomiernie.

2. Pochodzi stąd, że ilość azotu, wydzielanego przez chory ustrój tak w pojedyńczych dniach, jakoteż w całych okresach, jest niejednakowa. Bilans azotu bywa bądź dodatni, bądź ujemny, znacznie rzadziej nastaje zupełna równowaga azotowa.

3. Ilości kwasu moczowego, wydzielanego średnio, leżą w granicach fizyologicznych. Często jednak przydarzają się dnie, w których kwas moczowy wydziela się w ilości zwiększonej.

4. W przypadkach rozmiękczenia kości nie zbyt dawnych, w których choroba przebiega łagodniej i nie wywołuje objawów wyraźnej chery (kacheksyi), zatrzymuje ustrój kwas fosforowy.

5. Wydzielanie kwasu fosforowego jest o tyle jeszcze upośledzone i nieprawidłowe, że związek ten pojawia się w znacznej stosunkowo ilości w kale, że równocześnie odsetkowa ilość jego w moczu jest mniejsza niż w warunkach fizyologicznych.

6. Wapno wydziela się przeważnie w kale. W moczu pojawiają się ilości zmienne, bardzo często o wiele niższe, aniżeli w warunkach fizyologicznych.

7. Wydzielanie wapna bywa bardzo często wzmożone i przewyższa dowóz. Wynika stąd bilans ujemny wapna. W tym ostatnim razie zmniejszone jest wyraźnie wydzielanie wapna w moczu, czemu towarzyszy odpowiednie zmniejszenie się ilości kwasu fosforowego, wydzielanego w moczu.

Jeślibyśmy z wyników tych wnioski praktyczne wysnuwać chcieli, to zaznaczyćby można, że dla chorych, dotkniętych sprawą rozmiękczenia kości, wskazaną jest taka dyeta, w której stosunkowa i bezwzględna ilość fosforu jest dość wielka. Najodpowiedniejsze byłyby przeto pokarmy mięsne. A to tembardziej, że w pokarmach tych znajduje się także pewna ilość nukleiny, której, jak przypuszczam, chorzy na rozmiękczenie kości więcej potrzebują. Ciekawą też byłoby rzeczą dowiedzieć się, czy przez podawanie przez czas dłuższy kwasu nukleinowego nie udałoby się sprowadzić lepszych stosunków w przemianie pierwiastków, względnie poprawy samej choroby.

Drugi wniosek dotyczy sprawy rokowania. W ciągu moich doświadczeń dostrzegłem, że w przypadku pierwszym, w którym tok przemiany pierwiastków był wogóle pomyślny, każdemu chwilowemu pogorszeniu stanu chorej towarzyszyły także zmiany wydzielnicze, przedewszystkiem zaś zmniejszała się ilość fosforu i wapna w moczu. W drugim przypadku, w którym w czasie ostatniego pobytu w klinice nie nastała widoczna poprawa stanu, mniej korzystnie przedstawiała się przemiana pierwiastków, zwłaszcza pod względem wydzielania fosforu i wapna. U tej chorej dwa powyższe ciała pojawiały się w moczu przeważnie w ilościach małych, bilans wapna był — jak to podnieśliśmy — we wszystkich okresach z wyjątkiem trzeciego ujemny. Wnoszę ztąd, że, znajdując w moczu prawidłowe ilości wapna i fosforu, nie stwierdzając przytem zbyt znacznych wahań w ilości wydzielanego azotu, przypuszczać można, że sprawa chorobowa nie tylko nie postępuje dalej, ale że okazuje dążność do przycichania i do poprawy, a nawet do stanowczego ustępowania. Jeśli się dzieje przeciwnie, a nieprawidłowe stosunki wydzielnicze śledzić i stwierdzać można przez czas dłuższy, wtedy w ciemniejszych barwach przedstawia się sprawa rokowania. Myśleć wtedy można o ostatnim zabiegu leczniczym, jakim rozporządzamy, o kastracyi. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Szymonowicz. **Lehrbuch der Histologie.** Würzburg. 1901).

Późno, to prawda, ukazuje się w „Przeglądzie lek.“ wiadomość o dziele prof. Szymonowicza, czego niech autor nie bierze za złe. Każdy, ktokolwiek miał w ręku Jego książkę, szczere uznanie dla pracy autora przyznać musi Nie wchodzę w szczegóły, gdyż przekroczyłoby to ramy „Przeglądu lek.“. Jak w każdem dziele ludzkiem znalazłyby się usterki, niedostatki; wobec istniejących zalet nie mają one znaczenia. Wykład jasny, zwięzły, przedmiotowość w przedstawieniu rzeczy, uwzględnianie zapatrywań różnych na zagadnienia sporne, co w podręczniku każdym uważam za bardzo ważne i konieczne, gdyż student dowiaduje się, co i o ile w zakresie przedmiotu traktowanego jest mniej lub więcej pewne, odznaczają to dzieło. Słusznie też spotkały książkę autora bardzo pochlebne oceny ze strony obcych, a do pochlebnej oceny, wypowiedzianej w Kosmosie przez prof. Kadyiego, przyłączam się w zupełności. Za zasługę poczytać należy autorowi, iż wszędzie uwydatnia Polaków, którzy w histologii pracowali, z czego student powziąść może wiadomość, iż i my przyczynialiśmy i przyczyniamy do wyjaśnieniu niejednej kwestyi.

Żałować należy, iż mimo intencyi autora, dzieło Jego ukazać się nie mogło w wydaniu polskiem, a piśmiennictwo polskie nie wzbogaciło się dziełem, które i ze względu na liczne wzorowe rysunki i tablice w części kolorowane, co w podręczniku histologii tak ważne ma znaczenie, odznacza się przed wielu innemi. Gorąco też polecam dzieło profesora Szymonowicza młodzieży naszej. *Prof. Browicz.*

Ziemmsen i Rieder. **Röntgenografia w medycynie wewnętrznej.**

Dotychczas wyszły nakładem Bergmanna w Wiesbadenie trzy zeszyty atlasu heliograficznego, który powinien zająć uwagę każdego lekarza chorób wewnętrznych, posiadającego przyrząd Röntgena najnowszej konstrukcyi. Dzieło poprzedzone jest wstępem o znaczeniu röntgenodyagnostyki i röntgenotechniki. Autorowie twierdzą słusznie, że i ten sposób badania, taksamo jak i wszystkie inne, osobliwie optyczno-dyagnostyczne, wymaga bardzo dokładnych przyrządów i bardzo wielkiej wprawy ze strony badającego.

Zeszyt I. zawiera dziesięć bardzo starannie wykonanych heliograwur z tekstem niemieckim i angielskim, odnoszących się przeważnie do układu kostnego i kosztuje on stosunkowo niezbyt wiele, bo tylko 15 mk.

Świeżo wydany zeszyt II. i III. w cenie księgarskiej 30 mk, mieści w sobie 11 tablic, odnoszących się ściśle do chorób wewnętrznych. Z pośród wzorowo wykonanych heliograwur zasługują na szczegółowe uwzględnienie obrazy kamicy nerkowej, przepukliny przeponowej, kostnicy mięśni i miażdżycowego zwyrodnienia tętnicy sprychowej i łokciowej. (W krak. kl. przekonano się wielokrotnie, że znaczenie rozpoznawcze röntgenografii narządów wewnętrznych jest o wiele pewniejsze, aniżeli röntgenoskopii. Jest ono bardzo kosztowne i wymaga wiele wprawy, a mimo to wyniki rozpoznawcze, osobliwie w zakresie kamyków nerkowych i kamyków żółciowych, bardzo często są niepewne).

E. K. (K. R. K. I.).

V. Wyciągi.

L. Dydyński. **O porażeniu Landryego** (*paralysis ascendens acuta*). (*Nowiny lekarskie* 1902, Z. 1, 2, 3). Na wstępie swej pracy daje autor ogólny pogląd na rozwój pojęć o tej choro-

bie od chwili wyodrębnienia jej jako samoistnej postaci chorobowej, przestrzegając porządku chronologicznego. Znajdujemy tam streszczone zapatrywania pierwotne szkoły francuskiej z Duchennem na czele, który pierwszy starał się o wykrycie anatomicznego siedliska choroby i upatrywał je w przednich rogach rdzenia — i nieco późniejsze zapatrywania Westphala, według którego porażenie Landryego miało być wyrazem zakażenia, względnie zatrucia. Obszernie omawia dalej autor nowsze prace, przeważnie autorów niemieckich, jak Kahlera, Picka, Schulza i Schulzego, Eisenlohra, Leydena, Eichhorsta, Strümplla i in., zajmujące się bardzo dokładnie tak stroną kliniczną omawianego cierpienia, jakoteż poznaniem zmian anatomicznych co do ich umiejscowienia, rozległości i jakości. Podnieść z nich wypada dwa szczegóły: Pierwszy, że objawy choroby ze stanowiska klinicznego w różnych przypadkach bywają różne, — drugi, że zmiany anatomiczne nie ograniczają się ściśle do pewnej tylko części układu nerwowego. Stwierdzono bowiem, że wbrew pierwotnym spostrzeżeniom występować mogą w przebiegu porażenia Landryego wybitne zmiany w czuciu, że mięśnie ulegają zwyrodnieniu, dającemu się wykazać przez badania prądem elektrycznym. Nie mniej ważne były wyniki badań anatomicznych, wykazujących rozsiane zmiany zapalne w rdzeniu kręgowym, przedewszystkiem w szyjnej jego części, stwierdzających nadto w niektórych przypadkach samodzielne zmiany zapalne w nerwach obwodowych. Że powodem tych z wszelkiem prawdopodobieństwem jest zakażenie, wykazywać się zdawały badania bakteryologiczne, wykonane przez Eisenlohra.

Prace anatomo-patologiczne skłoniły w swoim czasie Leydena do rozróżnienia dwóch postaci porażenia Landryego: postaci opuszkowej i postaci neurotycznej, różnych tak co do objawów, jakoteż co do usadowienia zmian anatomicznych

Po powyższym wstępie podaje autor w drugiej części swej pracy opis dwóch przypadków, spostrzeganych przez siebie, a wreszcie kreśli na podstawie własnych i cudzych spostrzeżeń obraz kliniczny choroby i szkicuje jej przebieg. Po zawarte tam szczegóły, jako nie dające się streścić w krótkiem sprawozdaniu, odsyłamy czytelnika do oryginału.

W zapatrywaniach na patogenezę omawianej choroby zbliża się autor najbardziej do zapatrywań Krewera, wypowiadając zdanie, że porażenie Landryego jest następstwem schorzenia nerwów obwodowych, wywołanego działaniem bliżej nieznanych istot (toksyn). Charakter wstępujący porażenia tłómaczy nierówną odpornością nerwów; nerwy kończyn dolnych, jako najmniej odporne, ulegają wpływom szkodliwym najwcześniej, nerwy kończyn górnych później, nerwy opuszkowe najpóźniej.

O obfitości materyału literackiego, zużytkowanego przez autora, i o sumienności w opracowaniu obranego tematu świadczy poważna liczba prac, których spis znajdujemy na końcu rozprawy.

L. Korczyński (Kr. kl. I.).

Helbron. **O oderwaniu siatkówki w zapaleniu nerek u ciężarnej.** (*Berl. kl. Woch.* 1902, Nr. 4—5). W pierwszej części swej pracy przechodzi autor dotychczasowe publikacye, w drugiej zaś przytacza historyę 25-letniej ciężarnej, pierwiastki, u której w 8-mym miesiącu ciąży wystąpiła obustronna *neuroretinitis albuminurica* z częściowem oderwaniem siatkówki. Przypadłości te w 14 dni po sztucznie wywołanym porodzie w zupełności ustąpiły. We wszystkich spostrzeganych przypadkach nastąpiło wyleczenie po przerwaniu ciąży, w jednym nawet bez przerwania ciąży; zupełna jednak siła wzroku nie powraca z wyleczeniem, dlatego H. radzi przerywać ciążę jak najwcześniej. *P.*

Dr. L. Blumreich i Dr. L. Zuntz. **Uwagi doświadczalne i krytyczne nad patogenezą drgawek (eklampsyi).** (*Arch. f. Gynäk.* Tom 65, Zeszyt III). Znane spostrzeżenie kliniczne, że po pierwszym napadzie drgawek wystarczą już bardzo słabe bodźce w kierunku narządów płciowych, jak n. p. badanie, kateteryzacya, odkażanie, aby wywołać ponowne napady, przemawia za wzmożoną pobudliwością układu nerwowego. Spotkać się z tym stanem można w przebiegu ciąży prawidłowej, a odnosi się ona głównie do sfery zmysłowej. Znaną jest wrażliwość zmysłu, smaku, słuchu, powonienia u kobiet ciężarnych. Przy drgawkach jednak idzie o sferę ruchową. B. i L. przeprowadzili w tym kierunku szereg doświadczeń na ciężarnych i nieciężarnych zwierzętach ssących i doszli do przekonania, że istotnie mózg zwierząt ciężarnych znajdował się zawsze w stanie nieprawidłowo wzmożonej pobudliwości. Doświadczenia swoje robili ci autorowie w ten sposób, że w jednym ich szeregu posypywali ośrodki ruchowe kory mózgowej sproszkowaną kreatyną, w drugim zaś szeregu doświadczeń wstrzykiwali roztwór kreatyny do tętnicy szyjnej zewnętrznej. W obu razach wyniki były te same, a mianowicie: u zwierząt ciężarnych występowały zawsze mniej lub więcej typowe napady kurczowe, podobne do drgawkowych, podczas gdy u nieciężarnych objawy te stwierdzono tylko u niespełna ²/₃ zwierząt, użytych do doświadczeń; następnie zauważyli autorowie, że u ciężarnych potrzeba było do wywołania napadów dawek znacznie mniejszych, aniżeli u nieciężarnych.

W drugiej części swej pracy roztrząsają B. i Z. dotychczasowe teorye, usiłujące wytłómaczyć powstanie drgawek. Teorya Schrödera, dopatrująca przyczynę tej choroby w niedokrwności mózgu; Halberstmy — w ucisku ciężarnej macicy na moczowody; Rosensteina — w obrzęku mózgu wskutek utraty białka — upadły, jako pozbawione podstawy anatomo-patologicznej i nie zgadzające się z rzeczywistością. Długo utrzymywała się teorya (Laver-Frerichs) utrzymująca, że drgawki nie są czem innem, jak tylko mocznicą, spowodowaną pierwotnem zapaleniem nerek. Następnie była jeszcze teorya samozakażenia (badacze francuzcy) wytworami, powstającymi wskutek upośledzenia przemiany materyi (karbaminy-leukomainy), jako następstwo ciąży. Wreszcie w ostatnich czasach powstała teorya (Fehling-Dienst), dopatrująca przyczyny drgawek w płodzie, którego wytwory niedostatecznej przemiany zatruwają ustrój matki. Najbliżej prawdy zdają się być dwie ostatnie, jako oparte na charakterystycznych wynikach anatomo-patologicznych; żadna z nich jednak nie jest bez zarzutu, gdyż są to tylko hipotezy. B. i Z. sądzą, że sprawę patogenezy drgawek będzie można pchnąć naprzód, jeżeli się nie poprzestanie na badaniu stopnia jadowitości tylko krwi i moczu, ale będzie się badać w tym kierunku pojedyncze narządy. Możliwem jest bowiem, że poszukiwany czynnik trujący nie znajduje się wcale we krwi i w moczu, albo tylko w minimalnej ilości, nie dającej się wykryć, ale za to jest nagromadzony w jakimś narządzie (może w układzie nerwowym?) i ztąd wywołuje swe działanie, podobnie jak mocznik, który tylko w bardzo małej ilości wykazać można we krwi, a nagromadza się w nerkach. Badania więc wyciągów pojedynczych narządów co do ich jadowitości, mogą nam wyjaśnić patogenezę drgawek. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Fuchs. **Stwardnienie i zanik przybrzeżny rogówki.** (*Graef. Archiv f. Opht.* T. 52, 1901). Obwódka starcza (arcus senilis) rogówki ogranicza się li tylko do części przybrzeżnych rogówki i polega na złożeniu mas szklistych w powierzchownych warstwach rogówki. Jednakże nie często zdarza się, że obwódka starcza sięga znacznie w części środkowe rogówki, przyczem środek sam, leżący naprzeciwko źrenicy, jest zupełnie przeźroczysty. Jeśli się to zdarza, to najczęściej zauważyć to można na górnym odcinku rogówki. Fuchs opisuje kilka takich dość rzadkich przypadków, przyczem część źreniczna rogówki okazywała zanik: istota rogówkowa była ścieńczała bardzo znacznie, jak gdyby po owrzodzeniu. W jednym przypadku nawet rogówka poddała się parciu śródgałkowemu i wydęła się, wytwarzając w ten sposób niezborność wraz z krótkim wzrokiem (wydłużenie osi ocznej). F. miał sposobność badania takiej rogówki z zanikiem przybrzeżnym pod drobnowidem, przyczem stwierdził brak w tem miejscu, dotkniętem sprawą chorobową, błony Bowmana, nowowytworzone naczynia, oraz rozluźnienie tkanki rogówkowej, i rowek w tkance rogówki, jako wyraz jej częściowego zaniku. Nie jest to jednak żadne następstwo zapalenia, o czem wywiady świadczyćby powinny, ale istotny zanik. Przypadki takie już były opisywane, jednakże F. pierwszy miał sposobność dokładnego badania drobnowidowego takiego przypadku.

Dr. Brudzewski.

Ruge. **Badania anatomiczne nad wypatroszeniem gałki, jako operacyą zapobiegającą zapaleniu sympatycznemu.** (*Graef. Arch. f. Opht.* T. 52, 1901). W ostatnich dziesiątkach lat wykonuje się często wypatroszenie gałki ocznej, jako operacyę mającą zapobiegać wystąpieniu zapalenia spółczulnego oka drugiego. Jednakże podnoszą się głosy, że mimoto zapalenie sympat. oka drugiego nieraz występuje w późniejszym czasie, jak w przypadku Schmidt-Rimplera, który też jeden z pierwszych z zarzutami przeciw tej operacyi wystąpił. Zwrócił on uwagę na to, że chyba przy wykonaniu tego zabiegu nie wydobywa się całej treści jamy gałki — i te właśnie resztki naczyniówki, i nerwu wzrokowego, zostające w twardówce, dają powód do wystąpienia zapalenia spółczulnego. Taki przypadek opisał właśnie Pflüger i Schmidt-Rimpler.

Autor obecnej pracy miał właśnie sposobność badania drobnowidowego takiej gałki, na której wykonano wypatroszenie to *lege artis* — i przekonał się, że rzeczywiście mimo dobrej operacyi zostają w jamie twardówkowej resztki barwika i tkanki naczyniówkowej (operacyę wykonał prof. Schirmer z Gryfii), a tem samem operacya ta nietylko że nie może zastąpić usunięcia zupełnego gałki ocznej, ale owszem wprowadza w błąd lekarza i chorego, którzy się czują spokojnymi. *Dr. Brudzewski.*

Dr. Mironow. **O przerywaniu ciąży zapomocą elektryczności.** (*Żurnał akuszerstwa i żeńskich boleźniej* Nr. 12, 1901). Przy stosowaniu stałego prądu metodą Apostoliego autor zauważył, że przy wprowadzeniu elektrody tuż powyżej wewnętrznego ujścia

macicy skurcze jej są silniejsze, niż w innych razach, gdy n. p. elektroda sięga dna. Da się to wytłómaczyć bliskością zwoju szyjki macicznej (najsilniejszego i najliczniejszego splotu nerwowego macicy. Powyższe spostrzeżenie naprowadziło autora na myśl stosowania prądu elektrycznego w celu przerywania ciąży. Po należytem odkażeniu wprowadzał on elektrodę dwubiegunową do szyjki macicznej i stosował prąd 75—100 M. A. w ciągu 15-tu minut; zabieg ten stosował 2—3 razy na dobę aż do otrzymania pożądanego skutku. W dwu przypadkach opisanych wystarczyła trzykrotna elektryzacya do sprowadzenia czynności porodowej, przebiegającej zupełnie według typu fizyologicznego. W trzecim przypadku wobec bardzo słabo pobudliwej macicy stosował prąd silniejszy (aż do 200 M. A.) ośm razy i zdołał wzniecić czynność porodową. Przebieg połogu we wszystkich trzech przypadkach był zupełnie prawidłowy. Sposób ten uważa autor za najlepszy ze wszystkich, dążących do przerwania ciąży, gdyż daje rękojmię bezpieczeństwa, nie jest przykry dla chorych i wznieca poród pod względem mechanizmu i przebiegu najbardziej zbliżony do fizyologicznego. *Z. Czaplicki.*

Dr. M. O. Wyss. **Dwa dziesięciolecia chirurgii nerek.** (*Brunsa Beitr. zur klin. Chir.* T. XXXII, Nr. 1). Na 243 stronicach rozpisuje się W. o kazuistyce cierpień chirurgicznych nerek, spostrzeganych od roku 1881 do 1901 w klinice Krönleina w Zurychu. Tłem tej długiej rozprawy jest 118 odpowiednich przypadków. Całą tę kazuistykę ugrupować można w sposób następujący:

1) Nerka ruchoma — przypadków 18. W 16 przyszycie nerki (*nephropexis*) m. Guyon, % śmiertelności bezpośredniej = 0. Wyleczeń trwałych 7.

2) Nowotwory złośliwe — przypadków 15. We wszystkich stwierdzono raka. Do operacyi nadawało się 11 i tyleż razy wykonano wycięcie nerki, zawsze zewnątrzotrzewnowo. Śmiertelność pooperacyjna 10%, trwałe wyleczenie u dwóch chorych.

3) Jeden przypadek ograniczonego zwyrodnienia nerki (*degeneratio renis circumscripta*) i jeden potworniak (*teratoid*). W obu wycięcie nerki z zupełnym efektem.

4) Nefrostomia w jedynym przypadku bąblowca doprowadziła do zupełnego wyleczenia.

5) Na 10 przypadków puchliny wodnej nerek operowano 9 razy: 3 nefrektomie, 4 przyszycia nerki (w jednym przypadku z dodatkiem nefrostomii), 1 raz nefrektomia częściowa, 1 raz nefrostomia. Z tej grupy zmarł jeden chory po wycięciu nerki z powodu zapalenia otrzewnej z przedziurawienia; 8 razy wyleczenie trwałe.

6) Z 37 przypadków gruźlicy nerek operowano w 29: 21 nefrektomii (+2), 3 częściowe wycięcie nerki (+1), 2 nefrostomie (+1); 3 szerokie nacięcie ropnia (+2). O ile się dowiedzieć zdołano, 17 z operowanych cieszy się zupełnem zdrowiem.

7) Otok ropny nerek leczono w 7 przypadkach: 4 nefrektomie, 3 nefrostomie (+1). O wiadomo, że są zdrowi.

8) Kamicę nerkową, spostrzeganą 8 razy, leczono chirurgicznie 6 razy: 2 nefrektomie, 3 nefrolitotomie i jedno nacięcie próbne (+2). Żyje zdrowych 2.

9) Po przypadkowem podwiązaniu moczowodu, po umyślnem jego wycięciu podczas operacyi raka kiszki i po zaciśnięciu moczowodu bliznami w przebiegu zapalenia stawu biodrowego, musiano wyciąć nerkę (+1).

10) Po urazie nerki leczono chorych 14. Postępowano bardzo zachowawczo. Na nerkach bezpośrednio nic nie poczynano. Zmarło trzech nieoperowanych chorych.

Prócz tego notuje autor przypadki wrodzonej wodnej puchliny nerek, zwyrodnienia torbielkowatego nerek, nerki podkowiastej i t. p.

Z innych uwag autora zanotować się godzi, że w drugiem dziesięcioleciu śmiertelność bezpośrednia po operacyach na nerkach znacznie się zmniejszyła, dzięki używaniu do znieczulenia wyłącznie eteru (nie chloroformu!) i unikaniu wszelkich antyseptyków. Następnie podnosi W., że puchlina nerek powstaje tylko wobec przewlekłego zamknięcia moczowodu (nie ostrego) i przy równoczesnych zmianach nieżytowych w miedniczkach. Dalej czyni uwagę, że gruźlica nerek może być sprawą pierwotną i może się sama wyleczyć. Lecz na to trzeba długo czekać, gdy tymczasem druga nerka ciągle jest narażoną na niebezpieczeństwo zakażenia. Wreszcie autor zwraca uwagę na bardzo rzadkie przypadki, ściśle ograniczone do jednej części i jednej nerki, przypadki zwyrodnienia torbielkowatego; zdaniem W. przypadki takie leczyć się winno wycięciem nerki. *Herman.*

Prof. Dr. H. Küttner. **Rana kłóta trzustki, wyleczona przez zaszycie.** (*Brunsa: Beitr. zur klin. Chir.* XXXII, 1902, Nr. 1). Pacyent został skaleczony nożem w brzuch. Stwierdzono wypadnięcie żołądka i jelit, rozległą ranę ciętą przedniej ściany żołądka i obfity krwotok z głębi brzucha. Przyczyną tego ostatniego była rana cięta trzustki. Dwoma szwami głębokimi i jednym powierzchownym krwotok opanowano, poczem opatrzono żołądek, jelita i ranę w powłokach. Chory wyzdrowiał. *Herman.*

Sawicz. **Wydzielina soku jelitowego.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1902, Nr. 6). Badania Sawicza (z pracowni prof. Pawłowa), tyczące się soku jelitowego, uzupełniają poniekąd prace Szepowalenki, Lintwarewa i innych, mają one mianowicie na celu rozstrzygnięcie zagadnienia, co właściwie wywołuje wydzielanie się tego soku? Wprowadzając rurkę do jelita psa głodnego, otrzymał S. nieznaczną ilość płynu z bardzo małą zawartością kinazy; w następnych porcyach ilość kinazy szybko spadała do zera. Można było zatem wnioskować, że mechaniczne drażnienie rurką wywołuje wydzielanie się tylko wody, ponieważ w czasie karmienia sok jelitowy wydziela się zawsze z obfitą zawartością kinazy. Wprowadzając potem do jelita różne substancye, mianowicie sok trzustkowy, sok żołądkowy, roztwory skrobi, żółć, zawiesinę tłuszczową, zawiesinę składającą się z tłuszczu i soku trzustkowego i t. d., przekonał się S., że z tych wszystkich przetworów jedynie sok trzustkowy, nawet użyty w bardzo niewielkiej ilości, wywołuje obfite wydzielanie się soku jelitowego z znaczną zawartością kinazy. Oprócz soku trzustkowego podobne działanie wywierał i surowy sok mięsny; należy jednak pamiętać, że w tym soku może zawierać się zaczyn trzustkowy, tak jak pepsyna znajduje się w mięsie surowem; przegotowany sok mięsny nie miał żadnego wpływu na wydzielanie się soku jelitowego. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Prof. Dehio. **O starzeniu się serca.** (*XI-ty Zjazd przyrodników i lekarzy rosyjskich w Petersburgu. Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 3). Badania prof. Dehio (Dorpat) przekonały go, że podczas pracy fizycznej ciśnienie krwi nie utrzymuje się w wieku starczym na jednakowym poziomie, jak to ma miejsce u osobników młodych, lecz szybko spada, wywołując duszność, kołatanie serca, ściskanie w piersiach i inne oznaki ostrej mechanicznej niedomogi serca. Serce starcze nie jest w stanie wykonywać tak częstych skurczów, jak to czyni serce młode; okoliczność ta usposabia w znacznym stopniu do szybszego wystąpienia jego niewydolności. Zaburzenia w czynności serca występują wskutek zmian anatomicznych, polegających na bujnym rozroście tkanki łącznej i zaniku włókien mięśniowych w miąższu ścian serca, zwłaszcza w przedsionkach. Tej sprawie chorobowej D. daje miano *myofibrosis cordis* i odróżnia ją od *myocarditis callosa* i *infectiosa*. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Langowoj. **Pośrednie i bezpośrednie skutki gastroenterostomii.** (*VIII Zjazd Pirogowski w Moskwie. Wracz* 1902, Nr. 6). Na podstawie 10-ciu przypadków bliznowatego zwężenia odźwiernika (9 w następstwie wrzodu okrągłego żołądka i 1 po otruciu kwasem siarkowym), w których zastosowano zabieg operacyjny, Langowoj doszedł do następujących wniosków. Wszystkie objawy zaburzeń w trawieniu (bóle, odbijanie, zgaga, wymioty itd.) ustają bardzo szybko po wykonaniu gastroenterostomii; polepszenie to jest zwykle trwałe; zastój treści w żołądku zmniejsza się również po dokonanej operacyi, lecz nie znika w zupełności. Wzmożony ruch perystaltyczny żołądka, który występuje przed operacyą bardzo wybitnie, po jej dokonaniu ustaje zupełnie. Wytworzony otwór w żołądku posiada zdolność zamykania się; tylko w 1 przypadku przy rozdymaniu żołądka powietrze przedostawało się odrazu do jelit, po ukończeniu zaś rozdymania dolna część brzucha powoli opadała. Ogólna kwaśność soku żołądkowego obniża się we wszystkich przypadkach; w niektórych z nich wolny kwas solny znika zupełnie, pomimo że przed operacyą był w kilku przypadkach nadmiar kwaśności. Domieszka żółci do treści żołądka spostrzega się we wszystkich przypadkach. Zaparcie stolca po operacyi ustępuje szybko; uporczywe rozwolnienie wystąpiło tylko w 1 przypadku. Ogólna waga chorych stale podnosiła się. (Prawie też same wyniki ogłosił i nasz rodak, Dr. Renecki, na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w roku 1900 *Sprawozdawca*). *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Prof. J. Thomayer. **Znaczenie metody fizykalnej w rozpoznawaniu gruźlicy początkowej.** (*Sbornik klinický* T. III, Zeszyt 3). Autor zadaje sobie pytanie, o ile możemy środkami fizykalnymi, obecnie nam dostępnymi, stwierdzić początek gruźlicy, która, jak to Birch-Hirschfeld wykazał, zaczyna się nieżytem oskrzelowym, ograniczonym do szczytów płucnych. Opukiwanie nie ma tu znaczenia. Z objawów przysłuchowych podają autorowie, jako cechy gruźlicy początkowej: 1) osłabienie szmerów oddechowych; 2) wdech zaostrzony; 3) wydech przedłużony; 4) wdech przerywany (*saccadée*); 5) rzężenia.

W zakładzie prof. Thomayera badano szczegółowo chorych z początkowymi objawami gruźlicy, którzy się zgłosili po raz pierwszy w roku 1899 i kazano im zgłosić się w rok później. U 17-tu

z osłabionymi szmerami oddechowymi jednego szczytu znaleziono tę samą zmianę po roku mimo zupełnie dobrego stanu zdrowia. U czterech chorych z ciężkimi objawami jam płucnych stwierdzono po roku wyleczenie i tylko osłabienie szmerów oddechowych było wykazalne. Ztąd wniosek, że osłabienie szmerów nie jest objawem rozpoczynającej się gruźlicy, lecz raczej wskazuje na zakończenie sprawy. U czterech stwierdzono niezmieniony po roku wydech przedłużony, mimo dobrego stanu. Tak samo wdech zaostrzony pozostawał bez zmiany. Zachowania się oddechu przerywanego autor nie spostrzegał. Wszystkim powyższym objawom odmawia Thomayer znaczenia rozpoznawczego. Jedynie furczenia lub rzężenia słyszalne po kaszlu w szczytach płucnych mają zdaniem jego znaczenie rozpoznawcze. *Dr. M. Blassberg.*

Nobécourt i Merklen. **O roli łańcuszkowca i zmian w wątrobie w wytwarzaniu rumieni zakaźnych.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Lipiec, 1901). Często w przebiegu pewnych chorób zakaźnych, jakoteż chorób krtani, płuc i przewodu pokarmowego wytwarzają się wysypki podobne do płoniczych lub odrowych, a powstają one prawdopodobnie skutkiem zakażenia następowego. Autorowie spostrzegali podobne wysypki w przebiegu chorób przewodu pokarmowego u dzieci młodszych i w przebiegu chorób gardła, a badanie wykazało na błonach śluzowych tych narządów i we krwi łańcuszkowce. Badania histologiczne naprowadziły autorów na myśl, że łańcuszkowce dlatego w niektórych przypadkach powodują wystąpienie wysypki, a w innych nie, że w pierwszym przypadku powodują one zmiany w wątrobie, dające się histologicznie wykazać. *Dr. Jan Landau.*

Moncorvo. **O dnie zniekształcającej w wieku dziecięcym.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Lipiec, 1901). Dziecko pięciomiesięczne z objawami kiły i zimnicy, pochodzące z matki, cierpiącej na gościec stawowy i z ojca, podejrzanego o kiłę, przedstawia następujący obraz: na ręce prawej i lewej zgrubienie wrzecionowate stawów śródręcza i falang palca grubego; guzy na stawach dwóch pierwszych falang palca wskazującego, czwartego i piątego. Miejsca obrzękłe zaczerwienione i bolesne; na innych palcach brak obrzmienia. Zresztą zmian na innych stawach nie było. Badanie promieniami Röntgena wykazuje nasady kostne prawidłowe. *Dr. Jan Landau.*

Dr. G. v. Illyés. **Cewnikowanie moczowodów i radyografia.** (*Deutsche Zeitschrift f. Chir.* T. 62, 1902, Z. 1 i 2). Stosując się do zalecenia Tuffiera, L E. Schmidta, G. Kolischera i F. Loewenhardta wprowadzał autor przy pomocy cystoskopu do moczowodów cewniki opatrzone w mandryn metalowy (drut srebrny lub ołowiany), poczem tak przygotowanych chorych przeświecał X — promieniami. Otrzymywał radiogramy z bardzo wyraźnym cieniem, odpowiadającym cewnikowi, względnie przebiegowi moczowodów. Szczegół ten wyzyskać można w kierunku rozpoznawczym: śledząc bowiem stosunek obrazu cewnika w moczowodzie do cienia, odpowiadającego nerce, możemy wnioskować o przyrodzie jakiegoś guza w jamie brzusznej, a dalej taka wskazówka zwrócić musi naszą uwagę na jakiś nikły i niewyraźny cień na röntgenogramie, który takim tylko sposobem uznać możemy za kamyki w miedniczce. *Herman.*

Prof. J. Dollinger. **Sztuczna odma piersiowa, jako operacya wstępna do wycięcia przenikających nowotworów klatki piersiowej.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1902, Nr. 3). Treść rozprawki przytoczona w tytule. Dodać należy tylko tyle, że autor takie postępowanie obmyślił, gdyż odma (pneumothorax), powstająca nagle u chorego narkotyzowanego i podczas operacyi, znacznie pogarsza rokowanie. Odmę wytwarza na kilka dni przed operacyą, przez przecięcie w znieczuleniu ścian klatki piersiowej w przestworze międzyżebrowym i przez założenie drenu. Wedle tych zasad operował dwóch chorych z jak najlepszym wynikiem. *Herman.*

† Profesor Jan Baliński.[1]

Zmarły w Petersburgu dnia 24 (11) marca b. r. Prof. Jan Baliński należał do zastępu najwybitniejszych psychiatrów XIX stulecia, a jako twórca psychiatryi naukowej i klinicznej w Rosyi, oddał temu krajowi nieocenione usługi.

Urodzony w r. 1827 z ojca — Michała, znanego historyka i profesora Uniwersytetu wileńskiego i matki z domu Śniadeckiej, córki Jędrzeja Śniadeckiego, ś. p. prof. Baliński otrzymał nader staranne wychowanie i poważne wykształcenie szkolne. Po ukończeniu klasycznego gimnazyum w Warszawie zapisał się w r. 1842 do Medyko-Chirurgicznej Akademii w Petersburgu. Rozpoczynając nauki lekarskie, jako 15-letni słuchacz, uczynił Baliński podanie o wyjątkowe prawo odbycia 1-ego i 2-ego kursu Akademii jednocześnie, z zobowiązaniem uczęszczania w ciągu roku na wszystkie repetytorya i poddania się najostrzejszemu egzaminowi z wszystkich przedmiotów, obowiązujących do przejścia na kurs 3. Uzyskawszy to pozwolenie, dotrzymał najzupełniej uczynionej obietnicy i dobrowolnie przyjętych zobowiązań. Po 4-ech latach pobytu w Akademii, jako 19-letni młodzieniec, otrzymał Baliński stopień lekarza, przyczem został odznaczony złotym medalem i zapisany na marmurowej tablicy (najwyższe odznaczenie dla kończących Akademię).

W r. 1850 wstąpił Baliński do służby wojskowej w Oranienbaumie i otrzymał przeznaczenie do 2-go „wojskowo-lądowego“ (obecnie klinicznego) szpitala w Petersburgu.

Na dalsze losy Balińskiego wywarli wielki wpływ rodacy nasi, którzy wówczas zajmowali katedry profesorskie w Akademii Medycznej w Petersburgu; do nich należeli Józef Mianowski i Antoni Krasowski, szczególnie pierwszy.

W r. 1852 adjunkt-profesor przy prof. Mianowskim, Dr. Henryk Kułakowski, został mianowany profesorem zwyczajnym; Mianowski wystąpił na konferencyi profesorskiej z wnioskiem, ażeby Akademia nadała Balińskiemu posadę, opróżnioną przez awans Kułakowskiego. Konferencya przyjęła propozycyę przychylnie, ale na zatwierdzenie ministra wojny czekać trzeba było aż 4 lata; były tu niezawodnie przyczyny natury osobistej, oprócz tego prawdopodobnie mianowaniu temu stała na przeszkodzie ta okoliczność, że Baliński wówczas nie posiadał jeszcze stopnia doktora medycyny.

Rozprawę na stopień doktora medycyny przedstawił Baliński dopiero w lutym 1855 r. p. t. *„Conspectus historicus in febris doctrinam“.* W r. 1856 minister wojny zatwierdził wreszcie Balińskiego na stanowisku adjunkta prof. Mianowskieg specyalnie do wykładów z zakresu pedyatryi. Jesienią 1856 r. rozpoczął Baliński wykład dla słuchaczy IV kursu, lecz jako profesor chorób dziecięcych cieszył się niewielkiem powodzeniem; były to wykłady teoretyczne, do których podobno profesor własnego mało wkładał, to też słuchaczów miał niewiele.

Rozszerzenie w r. 1857 programu nauczania w Akademii wytworzyło potrzebę mianowania osobnego profesora dla wykładów psychiatryi, która dotąd należała do przedmiotów podrzędnych, łączonych zwykle z innymi; (w tym czasie wykładał ją prof. Kułakowski, farmakolog, a przed nim prof. Mianowski, terapeuta). Idąc za poradą i poleceniem prof. Krasowskiego, prezydent Akademii polecił w r. 1857 prof. Balińskiemu rozpocząć wykłady z zakresu psychiatryi (teoretyczne dla 3-ego kursu i kliniczne dla 5-ego. Tu dopiero młody profesor znalazł się w swoim żywiole: po opracowaniu szczegółowego programu; rozpoczął wykłady, które szczyciły się niesłychanem powodzeniem; po raz pierwszy w Rosyi zaczęto podczas wykładów psychiatryi wyjaśniać słuchaczom teoryę na dobranych chorych; na tem polu klinicznem umiał Baliński porwać słuchaczów tak głębią myśli, jak świetną wymową; unosił go szlachetny zapał, który się udzielał licznemu audytoryum. Na te wykłady Balińskiego, które zyskiwały coraz większy rozgłos, uczęszczali licznie nie tylko studenci, lecz nieraz i osoby nie należące do kategoryi słuchaczów (prezydent Akademii, profesorowie i t. d.). Lecz tak prof. Baliński, jak i jego słuchacze odczuwali dotkliwie brak choć jako tako urządzonej kliniki; istniejący niewielki oddział dla obłąkanych przy „wojskowo-lądowym“ szpitalu, według zdania naocznych świadków przedstawiał się wprost niemożliwie („pod wielu względami stał niżej od średniowiecznych zakładów dla obłąkanych“, jak mawiał sam prof. Baliński).

[1] Główne daty przy opracowaniu tego życiorysu wypisałem z pracy Dra Tekutiewa p. t.: »Historya katedry i kliniki psychiatrycznej w Akad. Med. w Petersburgu«.

Pod wpływem energicznych jego zabiegów, popartych przez prezydenta, oddział dla umysłowo chorych został zupełnie przekształcony według projektu samego Balińskiego. Natychmiast po otwarciu nowego oddziału w r. 1859 rozpoczął prof. Baliński robić starania o wysłanie go zagranicę dla poznania tamtejszych instytucyi dla obłąkanych.

Uzyskawszy upragnione pozwolenie, spędził Baliński 4 miesiące na zwiedzaniu zakładów w Niemczech, Francyi, Belgii i Anglii, a program jaki sobie wyrobił podczas zwiedzania tych instytucyj, świadczy, jak poważnie i gruntownie zapatrywał się na swoje zadanie.

Jednocześnie z urządzaniem oddziału psychiatrycznego, zajął się Baliński ułożeniem skryptów z psychiatryi dla swoich słuchaczów. Nie upłynęło roku od objęcia katedry, a już (w r. 1858) wydał 8 litografowanych arkuszy, a w r. 1859 resztę (również 8 arkuszy) swego podręcznika, który zyskał wielkie uznanie tak u grona profesorów, jak i u słuchaczów. Był to pierwszy podręcznik psychiatryi, urzędownie uznany w Rosyi. Najmniej miejsca poświęcił Baliński opisowi poszczególnych postaci chorób umysłowych; zajęły go głównie obok rokowania i leczenia etyologia, patogeneza i anatomia patologiczna cierpień psychicznych. Leczeniu fizykalnemu autor mało udzielił miejsca, natomiast szczegółowo roztrząsa leczenie moralne i psychoterapeutyczne. Podręcznik zawiera w sobie szczegółowy opis urządzeń zakładów dla obłąkanych.

W r. 1860 utworzona została w Akademii etatowa katedra psychiatryi, którą zajął Baliński, jako profesor zwyczajny.

Nie zadawalniając się przekształconym oddziałem dla umysłowo chorych, Baliński włożył cały zapas swej energii w zabiegi około wybudowania nowej kliniki psychiatrycznej. Miał on tu do przełamania niezliczone mnóstwo trudności, podjął się jednak olbrzymiego trudu początkowania i rozwinięcia wymarzonego dzieła: dwa razy był zagranicą dla poznania planów budowy specyalnych zakładów i w r. 1867 po przezwyciężeniu wszystkich przeszkód ujrzał ziszczonem swe dzieło, klinika została otwarta.

W tym samym czasie również na wniosek prof. Balińskiego założony zosłał czasowy przytułek dla chorych nieuleczalnych, cierpiących przewłocznie na zboczenia umysłowe.

Niezwykły organizatorski talent Balińskiego i głęboka wiedza specyalna, uczyniły z niego pierwszorzędną powagę psychiatryczną w Rosyi; gdzie tylko w tem państwie powstawała sprawa budowy zakładu dla obłąkanych, zasięgano rady Balińskiego, jako najpoważniejszego znawcy. W jednym z takich wyjazdów znawcy znalazł się prof. Baliński i w Królestwie Polskiem: był to czas, kiedy dyrektor Departamentu medycznego w Petersburgu, Dr. Pelikan, nosił się z myślą założenia „okręgowych lecznic dla obłąkanych“ w różnych miejscach państwa. Projekta te na razie nie doszły do skutku, ale właśnie w sprawie zamierzonej budowy w Warszawie centralnego zakładu dla obłąkanych (obliczonego na 300 łóżek), hr. Berg, ówczesny namiestnik, zwrócił się w r. 1866 do ministra wojny Milutina z prośbą o przysłanie prof. Balińskiego dla zasięgnięcia jego zdania. Wysłany do Warszawy, ułożył w ciągu jednego miesiąca projekt i plan budowy wspomnianego zakładu.

Jednocześnie z częstymi wyjazdami w celach naukowych i organizatorskich zagranicę i wewnątrz państwa, Baliński rozwijał swą działalność organizatorską i w innych kierunkach: w r. 1861 założył „Towarzystwo psychiatrów“ w Petersburgu; następnie dał początek bogatemu zbiorowi biblioteki specyalnej przy klinice psychiatrycznej. Wreszcie jako członek medycznej Rady przy ministerstwie spraw wewn. i wojskowo-medycznej Rady przy ministerstwie wojny, — Baliński brał udział w naradach nad wszystkiemi sprawami, które miały związek z psychiatryą i opieką nad umysłowo chorymi w całem państwie rosyjskiem. Od czasu założenia kliniki psychiatrycznej Baliński oddał się wyłącznie pracy nauczycielskiej, a w r. 1876 po wysłużeniu 25 lat przeszedł w stan spoczynku w tem przekonaniu, że „zadanie, należące do niego i jego czasów, zostało przezeń spełnione, a dla dalszego rozwoju instytucyi potrzebne są nowe siły“.

W r. 1876/7 wykładał Baliński psychiatryę na kursach lekarskich dla kobiet, poczem oddał się wyłącznie pracy administracyjnej: nie było bodaj komisyi w tej lub innej sprawie, dotyczącej opieki nad obłąkanymi w Rosyi, do którejby nie był powołany, bądź jako jej przewodniczący, bądź też jako członek-znawca. W sprawach psychiatryi pozostał on do końca życia najwyższą i rozstrzygającą powagą w Rosyi. Ostatnie kilka lat, począwszy od r. 1895, Baliński z powodu nadwątlonego zdrowia zupełnie się usunął od wszelkich spraw i resztę życia spędził w zaciszu domowem.

W życiu tutejszej kolonii polskiej zmarły profesor nie brał wogóle prawie żadnego udziału.

Streszczając działalność profesora Balińskiego, należy ją nazwać głównie organizatorską i pedagogiczną: był on twórcą pierwszego w Rosyi zakładu naukowego z zakresu psychiatryi, stojącego na wysokości wymagań nauki; powołał do życia szkołę, z której wyszedł zastęp wybitnych psychiatrów rosyjskich (w tej liczbie kilka naszych rodaków z prof. Mierzejewskim na czele, najbliższym uczniem i następcą prof. Balińskiego); wreszcie postawił sprawę opieki nad obłąkanymi w Rosyi na stopie, zbliżonej do urządzeń zachodnio-europejskich.

Prac drukowanych (z wyjątkiem doraźnego artykułu „Ekspertyza w sprawie Mironowicza, Bezaka i Siemianowej“ w r. 1885), prof. Baliński nie pozostawił. Wypowiadał podobno żartobliwie zdanie, że „pisać nie warto, bo w każdym razie następne pokolenie przedstawi i opisze sprawę lepiej, niż poprzednie; jeżeli zaś pisać, to coś epokowego — *etwas Epoche machendes*“.

O udziale jednak prof. Balińskiego w postępie nauki świadczą rękopiśmienne jego prace, jako to: projekt urządzenia kliniki, obszerna korespondencya z powodu budowy tego zakładu (z wyłożeniem zasad opieki nad umysłowo chorymi), wreszcie wykłady psychiatryi, na których wychowało się całe pokolenie znakomitych psychiatrów.

Kończąc na tem życiorys znakomitego uczonego, żałować tylko należy, że tak niezwykły talent organizatorski, taka żelazna energia i wytrwałość, zużyte zostały na obczyznie i nie znalazły — bo nie szukały — pola na glebie ojczystej.

Dr. Stefan Rudzki (Ptbg).

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Program kursów dla lekarzy,

które odbędą się od 7 do 26 lipca 1902 r. w Krakowie.

1) Prof. Dr. Kostanecki: Anatomia narządu moczopłciowego; między 7 a 12 lipca, codziennie od 5 do 6 wieczorem. Czesne 10 koron.

2) Docent Dr. Bochenek: Anatomia topograficzna klatki piersiowej i jamy brzusznej, 2 godziny tygodniowo. Czesne 10 koron.

3) Prof. Dr. Cybulski: Najnowsze teorye o unerwieniu serca. Ogółem 5 godzin. Czesne 10 koron.

4) Prof. Dr. Stopczański: O sposobach badań chemicznych wydzielin i wydalin ustroju ludzkiego i wynikach uzyskanych przez nie dla celów fizyopatologicznych; raz na tydzień po dwie godziny. Czesne 4 korony.

5) Prof. Dr. Bujwid: *a*) Praktyczne metody badania wody, powietrza i ważniejszych artykułów spożywczych. Ogółem 10 godzin. Czesne 10 koron.

b) Rozpoznawanie najważniejszych bakteryj i pasorzytów. Ogółem 4 godziny. Czesne 4 korony.

c) Szczepionki zapobiegawcze, ich badanie, oraz przyrządzanie. Ogółem 5 godzin. Czesne 5 koron.

6) Prof. Dr. Klecki: Podstawy naukowe najnowszych kierunków terapeutycznych. Ogółem 6 godzin, od 6 do 7 wieczorem. Czesne 10 koron.

7) Prof. Dr. Ciechanowski: *a*) Dyagnostyka anatomiczno-patologiczna; 7 godzin tygodniowo, od godziny 8 do 9 rano. Czesne 15 koron. *b*) Dyagnostyka mikroskopowa nowotworów: 3 godziny tygodniowo. Czesne 10 koron, (najwyżej dla 6 uczestników).

8) Prof. Dr. Łazarski: O nowszych lekach i lekach działających heroicznie; 5 godzin tygodniowo. Czesne 10 koron.

9. Prof. Dr. Korczyński wraz z prof. Drem Jaworskim: Kurs praktyczny dyagnostyki chorób wewnętrznych, z szczegółowem uwzględnieniem metod badania chemicznego, bakteryologicznego i drobnowidowego: 3 razy tygodniowo, od godziny 8 do 10 rano. Czesne 12 koron.

10) Prof. Dr. Kader: *a*) Ćwiczenia kliniczne w badaniu i leczeniu chorych chirurgicznych z specyalnem uwzględnieniem ortopedyi; 3 razy tygodniowo, od godziny 12 do 2. Czesne 12 koron. *b*) Ćwiczenia operacyjne na zwłokach ludzkich i zwierzętach żywych; 3 razy tygodniowo od 12 do 2. Czesne 36 koron, (najwyżej dla 6 uczestników).

11) Prof. Dr. Trzebicky: Ćwiczenia w operacyach i opatrunkach chirurgicznych z uwzględnieniem potrzeb lekarzy praktycznych: 6 razy tygodniowo po 2 godziny. Czesne 24 koron.

12) Docent Dr. Bossowski: Chirurgia w zakresie niezbędnym dla lekarza wykonującego praktykę; 5 godzin tygodniowo. Czesne 30 koron.

13) Prof. Dr. Wicherkiewicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu najważniejszych chorób ocznych, ćwiczenia w wziernikowaniu, demonstracye operacyj ocznych: 3 razy tygodniowo od 8 do 10 godziny rano. Czesne 12 koron.

14) Prof. Dr. Jordan: Ćwiczenia w badaniu, rozpoznawaniu i leczeniu chorych ginekologicznych: 5 razy tygodniowo. od godziny 10 do 12. Czesne 20 koron, (najwyżej dla 20 uczestników: zamiejscowi mają pierwszeństwo).

15) Docent Dr. Rosner: *a*) Ćwiczenia w badaniu ciężarnych, rodzących i położnic 5 razy tygodniowo; od 8 do 10 rano. Czesne 20 koron. *b*) O wskazaniach, warunkach i technice operacyj położniczych; 3 razy tygodniowo, od 5 do 6 wieczorem. Czesne 6 koron Oba kursy najwyżej dla 20 uczestników: zamiejscowi mają pierwszeństwo.

16) Prof. Dr. Jakubowski: Pogląd na nowoczesne sposoby badania, rozpoznawania i leczenia chorób dzieci, wraz z demonstracyami na chorych w klinice i ambulatoryum pedyatrycznem; 5 godzin tygodniowo, od 9 do 10 rano. Czesne 10 koron.

17) Docent Dr. Raczyński: Nowsze metody leczenia chorób zakaźnych z szczególnem uwzględnieniem seroterapii i intubacyi. W pierwszym tygodniu 6 razy, od godziny 9 do 11, potem w miarę materyału. Czesne 24 koron.

18) Prof. Dr. Reiss: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób skórnych i wenerycznych 4 razy tygodniowo od godziny 9 do 10 rano. Czesne 8 koron.

19) Prof. Dr. Wachholz: Ćwiczenia w badaniach i orzeczeniach sądowo-lekarskich: 2 razy tygodniowo, od godziny 12 do $1^1/_2$. Czesne 6 koron.

20) Prof. Dr. Żuławski: Dyagnostyka chorób umysłowych; 5 razy tygodniowo, od godziny 10 do 12. Czesne 50 koron.

21) Prof. Dr. Pieniążek: Kurs praktyczny o chorobach górnych dróg oddechowych z szczególnem uwzględnieniem ich zwężeń; 5 razy tygodniowo, od godziny 10 do 11 rano. Czesne 10 koron.

22) Prof. Dr. Browicz: Kurs otyatryi 5 razy tygodniowo, po godzinie. Czesne 10 koron.

23) Doc. Dr. Łepkowski: Kurs wyrywania zębów, 2 godziny tygodniowo. Czesne 10 koron.

W sprawie honoraryów lekarskich.

Na liczne zapytania w sprawie ściągania zaległych honoraryów lekarskich przez Tow. samopomocy lekarzy, które jako sekretarz tegoż Towarzystwa otrzymuję, pospieszam dać wspólną wszystkim P. T. Kolegom odpowiedź, korzystając z uprzejmości Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«.

W wykonaniu uchwały Walnego zgromadzenia Tow. samopomocy z dnia 24 listopada 1901 r. utworzył Wydział Towarz. t. zw. »Oddział należytości dla członków«. Zadaniem jego jest, w myśl życzeń Kolegów, ściąganie zaległych honoraryów. Postępowanie przy tem jest następujące: Kolega X, któremu winien jest pacyent Z. kwotę n. za leczenie, zgłasza pretensyę swą listownie do Wydziału Towarzystwa na ręce Sekretarza. Na to otrzymuje blankiet z cesyą pretensyi swej na rzecz Towarzystwa, który podpisawszy, zwraca Wydziałowi. Od tej chwili pacyent Z. staje się dłużnikiem Towarzystwa, które przesyła mu I-sze upomnienie zapłaty. Gdy to do dni 8 nie skutkuje, przesyła mu się upomnienie II-gie z zagrożeniem kroków sądowych. Jeżeli i to pozostanie bez skutku, ściąga Towarzystwo na drodze sądowej zaległość, którą następnie po strąceniu pewnej prowizyi zwraca Koledze X., o ile ten nie przekaże całej kwoty Towarzystwu lub na inny cel humanitarny.

Tego rodzaju biuro ściągania honoraryów lekarskich istnieje od lat kilku w Berlinie, oddając, jak sprawozdania jego wykazują, prawdziwe usługi lekarzom. U nas w Galicyi mamy też podobną prywatną instytucyę, zawiązaną przed paru laty przez lekarzy w Białej. I ta również okazała się skuteczną.

Jakie korzyści przedstawia tego rodzaju instytucya?

1. Lekarz, któremu pacyent zalega z honoraryum, może być pewnym, że w ten sposób najprędzej dług swój wydobędzie, bo jak doświadczenie w Białej i Berlinie poucza, rzadko kiedy przychodzi tam do sprawy sądowej, gdyż pacyent, otrzymawszy wezwanie od korporacyi, zazwyczaj pospiesza z wyrównaniem długu. 2. Gdyby przyszło do kroków sądowych, lekarz nie ponosi trudów stawania, świadczenia i t. d., gdyż załatwia to adwokat, syndyk Towarzystwa. 3. Publiczność nauczy się powoli, że długów za leczenie lekceważyć nie wolno, że każdy cent, dłużny lekarzowi, będzie wyegzekwowany, bo w interesie jednostki staje cały zorganizowany stan lekarski.

Do zubożenia lekarzy przyczynia się dziś obok innych czynników także i to właśnie, zakorzenione wśród publiczności, lekceważenie długów za leczenie. Ta sama osoba, któraby nigdy dłużną nie została aptekarzowi, kupcowi, krawcowi i t. p., nie wstydzi się wyzyskać pomoc lekarską nieraz w bardzo rozległych granicach i potem lata całe zalegać z honoraryum. Upomnienie kilkakrotne pozostaje bez odpowiedzi, aż wreszcie znudzony lekarz przestaje się upominać i kwota, często znaczna, bezpowrotnie przepada. Dzieje się też i tak: ktoś winien jest nizkie honoraryum, dajmy na to 10 lub 20 koron Lekarz upomni się raz i drugi, wreszcie widząc, że listy jego nie odnoszą skutku, pomyśli sobie: »suma ta ostatecznie mnie nie zuboży, ponosić trudów dochodzenia sądowego nie warto« — i daje pokój; 10 czy 20 koron przepada, to mniejsza, ale niesumienny pacyent nabiera przekonania, że najlepiej nie odpowiadać na upomnienia, to i długu płacić nie będzie potrzeba.

Temu brudnemu wyzyskowi raz koniec położyć należy i do tego właśnie zmierza uchwała Walnego zgromadzenia Tow. samopomocy. Niech tylko Koledzy zechcą choćby najmniejsze kwoty zgłaszać do Towarzystwa, aby oduczyć publiczność od owego brzydkiego zwyczaju »naciągania« lekarzy. Jeżeli kwota jest zbyt małą, można ją przekazać w całości na cel dobroczynny, ale nie darować jej pod żadnym warunkiem pacyentowi. Pokażmy raz przecież, że i my wyzyskiwać się nie damy i że choćby to była jedna korona, ściągniemy ją, jeżeli nam się słusznie należy.

Jako dowód, że ten sposób musi odnieść skutek, przytoczyć pozwolę sobie najświeższy przykład już z działalności naszego Towarzystwa. Pewien pacyent winien był od roku lekarzowi 40 koron. Gd. 4-krotne prywatne wezwania pozostały bez odpowiedzi, lekarz ów przekazał pretensye swe Wydziałowi Towarzystwa samopomocy. Skutek był zadziwiający; po pierwszem wezwaniu ze strony »Oddziału należytości« Towarzystwa pacyent dług odesłał, przepraszając w najgrzeczniejszych słowach za zwłokę. *Dr. Langie,* sekretarz Tow. samopomocy.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 17 kwietnia.

* Komisya sanitarna m. Krakowa uchwaliła na ostatniem posiedzeniu odroczyć na razie sprawę obsadzenia wakującej posady fizyka miejskiego; Komisya oświadczyła się za przekazaniem tej sprawy przyszłej Komisyi sanitarnej, którą wybierze nowa Rada miejska.

(—) Cała prasa lekarska w Czechach zajęła nader życzliwe stanowisko wobec wniesionej do parlamentu petycyi »Tow. samopomocy lekarzy« w sprawie ubezpieczenia. W ostatnim numerze »Věstnika« organu Izb lekarskich czeskiej i morawskiej, tudzież Towarzystwa »Ustředni jednota českých lékařů v. Král. Českém«, umieścił prezes tegoż Towarzystwa Dr. Vlasák obszerny artykuł, w którym przytacza przetłómaczoną na czeskie wzmiankowaną petycyę. W tym samym numerze

zamieszczono też na innem miejscu w całości list, wystosowany w języku czeskim od prezydyum »Tow. samopomocy« do wszystkich Redakcyj i Towarzystw z prośbą o poparcie petycyi.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymał Maryan Godlewski.

* W Mauer-Oehling ma być otwarty zakład dla chorych umysłowo podług systemu angielskiego, t. j. pielęgnowania w rodzinie. Zakład ten ma stanowić kolonię małych domków z ogródkami, w których mieszkające rodziny będą pielęgnować najwyżej po dwóch chorych, podług z góry wskazanego systemu. Będzie to największy zakład dla umysłowo chorych w Austryi.

* Między 26 marca a 8 kwietnia stwierdzono dur osutkowy we Lwowie (2 przypadki) i w następujących powiatach galicyjskich: bohorodczańskim (2 gm.), brodzkim (1 gm.), buczackim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.), kałuskim (1 gm.), kołomyjskim (1 gm.), mościskim (3 gm.), myślenickim (1 gm.), nadworniańskim (7 gm.), przemyskim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (4 gm.), skałackim (1 gm.), stanisławowskim (2 gm.), tarnopolskim (2 gm.), trembowelskim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Wszystkich przypadków duru w tygodniu sprawozdawczym było 131; w tygodniu poprzedzającym 94.

Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XII (16—22—III). Ludność średnia roczna wynosi 94.057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 6, urodziło się dzieci 60, zmarło osób 66 — mianowicie: z gruźlicy 13 (6 zam.), z zapalenia płuc 11, z błonicy 1 (zam.), z płonicy 2 (1 zam.), z cholery dziecięcej 4 (1 zam.).

Tydzień XIII (23—29—III). Zawarto małżeństw 6, urodziło się dzieci 101, zmarło osób 56 — mianowicie: z gruźlicy 19 (7 zam.), z zapalenia płuc 12, z błonicy 1 (zam.), z płonicy 5 (1 zam.), z odry 1.

Tydzień XIV (30—III—5—IV). Zawarto małżeństw 12, urodziło się dzieci 99, zmarło osób 81 — mianowicie: z gruźlicy 25 (9 zam.), z zapalenia płuc 10 (3 zam.), z błonicy 2 (1 zam.); z odry 2 (1 zam.), z cholery dziecięcej 2 (1 zam.).

Nekrologia. Dr. Adolf Kahane, lekarz pułkowy, zmarł w Jarosławiu. W Skalmierzycach (w poznańskiem) zmarł dr. Józef Ilowiecki, licząc lat 52. We Lwowie zmarł Józef Kubicki docent Akademii weterynaryi, prof. Szkoły rolniczej w Dublanach, współredaktor »Przeglądu weterynarskiego«. W Wiedniu zmarł Prof. Jan Hebra w 55 roku życia.

Bibliografia:

— *Krytyka lekarska* Nr. 4. Wysłouch: Ohyda wieku (c. d.). Z. Kramsztyk: Połączenie chorób skóry z chorobami wenerycznemi we wspólnym oddziale szpitalnym jest niewłaściwe.

— *Gazeta lekarska* Nr. 15. Męczkowski: Spondylosis rhizomelica. Dzierzgowski: Przyczynek do sprawy uodporniania zwierząt przeciw błonicy, oraz do sprawy wyrobu surowicy przeciwbłoniczej (c. d.). Koelichen: Przyczynek do badań nad syringo- i hidromyelią (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 15. Kopczyński: Przypadek syfilisu opon i rdzenia w części lędźwiowo-krzyżowej z niezwykłemi zaburzeniami odżywczemi. Kraushar: Kilka uwag z powodu 114 przypadków błonicy krtani u dzieci (dok.).

— *Lékařské rozhledy* Z. 4. Mladějowský: Poznamký k balneotherapii. V. Kučera: Poznámky k elektrotherapii (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 15. Chalupecký: Wztah vzájemný přiznaků očnich při soucitnem onemocnění a traumatické neurose a jich odhad při pojišťováni úrazovém (dok.). Zahradnický: O léčeni ileu atropinem.

— *La Presse médicale* Nr. 28. Interwencya położnicza w przypadkach trudnego rodzenia. Keim: Opieka następowa po wielkich krwotokach położniczych. — Nr. 29. Trąd i syringomyelia.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 14. Ehrlich: O wieloraności uodporniających składników surowicy. Marmorek: O jedności gatunku łańcuszkowców chorobotwórczych dla człowieka. Holländer: Kwestya mechanicznego usposobienia do gruźlicy wraz z wnioskiem dotyczącym plastyki ubytków nosa przy wilku. Gescheit: O chorobie Menièra łącznie z jednym przypadkiem wyleczonym. Rosenfeld: Zwężenie jelita cienkiego na tle kiłowem. Wallerstein: O wystąpieniu wałeczków w moczu przy sztucznie wywołanej zastoinie żółci. Saalfeld: Przyczynek do leczenia rzeżączki przewlekłej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 15. Weichselbaum: Obecny stan wiedzy o powstawaniu gruźlicy i jej zapobieganiu. Kraus i Ludwig: O bakteryohemolizynie i antyhemolizynie. Gruber: O bakteryobójczem działaniu surowicy uodporniającej. Frisch: 400 operacyj kamieni pęcherzowych (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 14. Fraenkel: O szpiku kostnym i o chorobach zakaźnych. Treupel i Edinger: Badania związków rodanu. Walther: O wywichnięciu niezupełnem przy wrodzonem zwichnięciu w stawie biodrowym. Ehrlich: Płókanie żołądka roztworem azotanu srebrowego, jako skuteczny pod względem leczniczym i rozpoznawczym zabieg pędzący żółć. Adler: O wytwarzaniu »energietyków« przez ustrój. Riedinger: O nieprawidłowościach postawy przy histeryi. Dreyer: »Primula obconica«, jako przyczyna choroby. Weinberg: Zmiana barwy włosów. Siegert: Nowoczesne sanatorya dla oseskow i ich znaczenie dla lekarzy. Sack: O istocie i postępie Finsenowskiego leczenia światłem (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 15. Bial: O rozpoznawaniu pentosuryi. Loeventhal: Doświadczenia nad ziarnistem zwyrodnieniem krwinek czerwonych. Lenzmann: Dalsze spostrzeżenia nad przewlekłem zapaleniem wyrostka robaczkowego. Helbing: O wrodzonej szczelinie w szyjce kości udowej. Pariser: Uwagi nad leczeniem wrzodu żołądka.

Redakcya otrzymała. Działowski: Nowy przypadek alopecyi ogólnej, oraz kilka słów o etyologii i przebiegu tej choroby.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie d. 23 b. m. o godz. 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Eisenberg mówić będzie: „O nowszych teoryach odporności".

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edwarda Korczyńskiego odbędzie zwyczajne doroczne Ogólne Zebranie członków swych we wtorek, dnia 22 b. m., o godz. 6-tej wieczorem *w sali wykładowej kliniki lekarskiej* Uniw. Jagiellońskiego (Kopernika 15).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 26 Kwietnia 1902. Nr. 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.**

Przyczynek do leczenia gruźlicy jelita ślepego.

Podał
Dr. J. Weinsberg
lekarz oddziału.

W r. 1898 zestawił Conrath[1]) 85 przypadków gruźlicy kiszki ślepej, w których jużto wykonano różne zabiegi operacyjne, jużteż pozostawiono chorych własnemu losowi, a w tych razach chorzy po krótszej lub dłuższej chorobie ginęli, najczęściej wskutek uogólnienia się sprawy gruźliczej. Jako przyczynek do patologii i leczenia gruźlicy jelita ślepego przytaczam poniżej 7 historyj chorób, zestawionych w oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza pod kierunkiem prof. Trzebicky'ego.

Zanim jednak przystąpię do skreślenia przebiegu choroby w przytoczonych 7 przypadkach, chciałbym w krótkości zebrać znane dotychczas szczegóły o etyologii, umiejscowieniu, rozpoznawaniu i leczeniu gruźlicy kiszek.

Prawie zawsze gruźlica przewodu pokarmowego jest sprawą wtórorzędną, występującą najczęściej u osobników, dotkniętych zmianami gruźliczemi płuc, rzadziej u cierpiących na gruźlicę innych narządów, przedewszystkiem gruczołów chłonnych (krezkowych, zaotrzewnowych, okołooskrzelowych), u kobiet zaś czasem w następstwie gruźlicy części płciowych. Dotychczas przytoczone przypadki „pierwotnej" gruźlicy jelit są w części opisane niedokładnie, w części zaś wogóle niepewne co do swej „pierwotności". W każdym jednak razie już z punktu widzenia teoretycznego nie można w zupełności zaprzeczyć, jakoby gruźlica pierwotnie w jelitach nie mogła wystąpić; jeżeli jednak tak jest, to przypadki tego rodzaju należą do największych rzadkości. Biedert[2]) wyszukał w piśmiennictwie 12 przypadków pierwotnej gruźlicy kiszek, sam jednak mimo olbrzymiego swego doświadczenia i materyału nie widział ani jednego przypadku. Natomiast niejednokrotnie znajdował w kale dzieci z wtórorzędną gruźlicą przewodu pokarmowego prątki Kocha, raz nawet u oseska. Autor ten dochodzi do wniosku, że przypuszczenie możliwości zakażenia przewodu pokarmowego gruźlicą wskutek spożywania mleka krów, dotkniętych perlicą, lub mleka kobiet gruźliczych należy bardzo ograniczyć. Demme zestawił 17 przypadków odosobnionej gruźlicy kiszek i gruczołów krezkowych; inni autorowie również wspominają o przypadkach takich, zawsze jednak zajęte były gruczoły chłonne i ztąd powstaje trudność w ocenieniu, czy zajęcie przewodu pokarmowego było pierwotnem, czy też tylko następstwem schorzenia gruczołów. Natomiast bardzo często występuje gruźlica przewodu pokarmowego u osobników, dotkniętych gruźlicą innych narządów. I tak wykazuje statystyka Eisenharta[3]) na 1000 sekcyj osób dorosłych, dotkniętych gruźlicą płuc, 566 przypadków gruźlicy jelit, czyli 56·3%. Inni autorowie podają znacznie mniejsze lub większe odsetki gruźlicy jelit u osobników, cierpiących na gruźlicę innych narządów.

Należy odróżnić dwa rodzaje gruźlicy kiszek: 1) umiejscowioną w różnych częściach przewodu pokarmowego, począwszy od jelita czczego w dół i 2) zajmującą tylko kiszkę ślepą i dolną część jelita biodrowego. Druga ta postać jest znacznie częstszą i rzecz ta wymaga zastanowienia się, dlaczego właśnie to miejsce tak często ulega sprawie chorobowej. Dla wytłómaczenia przytaczano różne powody mniej lub więcej prawdopodobne. Najgłówniejszą przyczyną, na co zresztą wszyscy badacze się zgadzają, zdają się być mechaniczne warunki krążenia treści jelitowej. Jak już wyżej wspomniano, gruźlica kiszek jest w olbrzymiej większości przypadków sprawą następową, powstałą najczęściej wskutek połykania plwociny gruźliczej. W przełyku plwocina ta styka się ze ścianą narządu tylko przez bardzo krótki czas. Przełyk zresztą, wysłany nabłonkiem płaskim, jest znacznie odporniejszy, aniżeli inne części przewodu pokarmowego. W żołądku treść pokarmowa przez mechaniczną pracę narządu przesuwa się ciągle z miejsca na miejsce, z drugiej zaś strony silnie trawiący sok żołądkowy niszczy zarazki gruźlicze i tylko wtedy, gdy ilość ich jest znaczna, część ich dostaje się wśród prawidłowych stosunków do dalszych części przewodu pokarmowego. Drogę od dwunastnicy przez jelito cienkie aż do zastawki Bauhina odbywa treść pokarmowa stosunkowo szybko i ztąd pochodzi, że ta przestrzeń rzadziej chorobie ulega. Natomiast w dolnej części jelita biodrowego, gdzie przez mechaniczną przeszkodę, spowodowaną łączeniem się jelita cienkiego z grubem pod kątem prostym, krążenie treści jelitowej doznaje przeszkody, kał, zatrzymując się dłuższy czas, drażni błonę śluzową, wytwarza *locus minoris resistentiae* i na gruncie w ten sposób przygotowanym prątki gruźlicze, pozostając przez dłuższy przeciąg czasu w styczności ze ścianą jelita, rozpoczynają swą zgubną działalność. Z innych ubocznych przyczyn, dla których jelito ślepe łatwiej ulega gruźlicy, podają odmienne unaczynienie tej okolicy (wiele małych tętnic, a mało żył), obecność licznych mieszków, dalej tę okoliczność, że jelito ślepe znajduje się w stanie zaniku u człowieka i że na zastawce Bauhina budowa kosmkowa jelita cienkiego przechodzi w bu-

[1]) Ueber die lokale chronische Coecumtuberkulose und ihre chirurgische Behandlung. Beiträge zur klin. Chir. F. XXI, Z. I.

[2]) Lehrbuch der Kinderkrankheiten.

[3]) Ueber Häufigkeit und Vorkommen der Darmtuberkulose.

dowę jelita grubego, a wiadomo jest, że pasy te, w których budowa tkanek jednego rodzaju przechodzi w budowę inną, łatwo ulegają nietylko przemianie nowotworowej, ale także i zapaleniu.

Sprawa chorobowa w kiszce ślepej przebiega zawsze pod postacią przewlekłą. Wskutek tego powstaje zgrubienie bardzo znaczne chorego jelita i wyrostka robaczkowego, zrosty coraz nowe z otoczeniem tak, że na pierwszy rzut oka preparat anatomiczny robi wrażenie nowotworu. Tem się tłómaczy, że tak często rozpoznanie stanu chorobowego za życia natrafia na znaczne trudności i że najczęściej rozpoznanie brzmi przed wykonaniem zabiegu operacyjnego: „Neoplasma coeci“ lub „Appendicitis chronica“. Z objawów miejscowych żaden nie jest dla tej właśnie choroby znamiennym. Podmiotowo odczuwają chorzy niemiłe uczucia w okolicy prawego talerza biodrowego, których zwykle nie umieją dokładnie określić. Przechodząc do objawów przedmiotowych, należy przedewszystkiem podkreślić, że biegunka będąca jednym z głównych objawów, cechujących gruźlicze schorzenie przewodu pokarmowego u suchotników, przy miejscowem zajęciu jelita ślepego wcale nie jest wybitną. Przeciwnie przeważa tu zaparcie stolca naprzemian z biegunką. Dopiero w późniejszych okresach zaczynają przeważać objawy utrudnienia krążenia treści jelitowej. Występują mianowicie od czasu do czasu gwałtowne bóle napadowe, połączone nieraz z wymiotami, które to bóle po pewnym czasie ustępują. W wyżej przytoczonej pracy wspomina Conrath o dwóch przypadkach chorobowych, w których podawanie leków czyszczących wśród napadów bólu potęgowało tylko dolegliwości, a natomiast stosowanie nalewki makowca sprowadzało niebolesne wypróżnienia. Czasami w odchodach można stwierdzić krew lub ropę, co zawsze jest dowodem powstawania ropni i owrzodzeń w dotkniętem chorobą jelicie. Wszystkie przytoczone objawy mogą jednak znachodzić się i w przebiegu innych, częstszych chorób kiszki ślepej i dlatego do rozpoznania różniczkowego same przez się służyć nie mogą. Czas, w którym zgrubiała kiszka ślepa staje się wyczuwalną w postaci guza, jest w różnych przypadkach różnym. I tak u niektórych chorych istnieją przypadłości podobne do przytoczonych przez długi okres czasu, a badanie fizyczne brzucha nie wykazuje żadnych zmian; u innych znowu chorych przy pierwszym napadzie niedrożności można już wybadać guz w okolicy prawego talerza biodrowego. Jak z powyższego zestawienia objawów wynika, odróżnienie w mowie będącej choroby od innych z tem samem umiejscowieniem jest bardzo trudne, a czasami wręcz niemożliwe i tylko objawy ze strony innych narządów, a przedewszystkiem płuc, mogą zwrócić uwagę lekarza na właściwą drogę.

Co się tyczy leczenia omawianej choroby, to powinno ono być operacyjnem w każdym przypadku, gdzie stan chorego na to pozwala. W pierwszym rzędzie należałoby się starać o wydalenie z ustroju całego ogniska choroby, czyli wykonać wyłuszczenie całego guza. Niestety rękoczyn ten nie zawsze daje się wykonać. Z zestawionych przez Conratha 81 przypadków leczonych operacyjnie, w 48 wykonano wyłuszczenie chorego jelita; śmiertelność wynosiła 16·7%. Trudności w czasie operacyi są czasem bardzo znaczne wskutek licznych zrostów z otoczeniem, które zmuszają do znacznego przedłużenia operacyi przez oddzielanie zrostów, wyłuszczanie lub odcinanie częściowe nerki dla silnego spojenia guza z moczowodem, resekcyę silnie z guzem pozrastanych pętli jelita cienkiego i t. d. W dodatku operacya w najlepszym razie uwalnia wprawdzie chorego od gruźlicą dotkniętego jelita, ale nie zapobiega szerzeniu się sprawy z pierwotnego jej siedliska, którem, jak to już kilkakrotnie nadmieniliśmy, najczęściej są płuca. W każdym razie całkowite wycięcie chorego jelita jest operacyą, która najbardziej zdaje się przemawiać do przekonania, chociaż statystyka po tym najradykalniejszym zabiegu wykazuje jednak stosunkowo znaczną ilość nawrotów choroby w tem samem miejscu.

Również częściowa resekcya schorzałej ściany jelita wykonana w 6 znanych przypadkach, mimo drobnych względnie wśród operacyi zmian, nie daje wcale zbyt zachęcających wyników. Gdy całkowite wyłuszczenie jelita schorzałego, a tem samem usunięcie całego ogniska gruźliczego, z przyczyn czy to ogólnych lub miejscowych jest niemożliwem, a objawy zwężenia światła jelit nie pozwalają już same przez się na wykonanie tylko laparatomii próbnej, która, jak wiadomo, w niektórych przypadkach gruźlicy otrzewnej działa wprost leczniczo, mamy do wyboru wykluczenie części schorzałej całkowite lub częściowe, o ile wyjątkowo gwałtowne objawy niedrożności jelit, idące w parze ze znacznym upadkiem sił, nie zniewalają do założenia sztucznej rzyci. Leczenie wyczekujące, nie operacyjne, daje z reguły wyniki niepomyślne.

Zestawiwszy w ten sposób w krótkości wyniki dotychczasowych prac nad gruźlicą miejscową jelita ślepego, przytaczamy poniżej historye choroby naszych siedmiu przypadków:

I. Gruźlica jelita ślepego, przetoka zewnętrzna, resekcya jelita ślepego, wyleczenie trwałe.

R. Z. l. 43 licząca, zamężna. Pochodzi z rodziny, w której gruźlica często się przydarza. Sama w dzieciństwie chorowała na »skrofuły«, później kaszlała. Z 6-ga dzieci dwoje zmarło w dzieciństwie, reszta zdrowa. Obecne cierpienie rozpoczęło się przed 2-ma laty. Ponad pachwiną prawą utworzył się wśród gorączki i dreszczów guz chełboczący, który lekarz przeciął, poczem wylała się ropa. Rana w zupełności już się nie zasklepiła, lecz pozostała przetoka, z której stale sączy się płyn śluzowo-ropny. W sąsiedztwie utworzyły się z biegiem czasu jeszcze 2 nowe przetoki.

Przyjęta na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza w dniu 2/8 1898 r. przedstawia stan następujący: osoba miernie odżywiona i blada. W płucach objawy nieżytu oskrzelowego i lekkie przytłumienie odgłosu wypukowego w szczycie prawym. Nad więzem Pouparta prawym, mniej więcej w jego środku, wśród skóry zcieńczałej, sinawo czerwono zabarwionej, 3 drobne otworki, z których od czasu do czasu wypływa po kropelce ropy rzadkiej, zmieszanej ze śluzem. Zgłębnik wchodzi w kierunku ukośnym nieco ku górze i na zewnątrz przez każdą z tych przetok na odległość 2—3 ctm. Treść przewodu pokarmowego nigdy przez przetoki się nie wydobywała. Obmacywanie brzucha wykazuje w okolicy kiszki ślepej zgrubienie ścian jelita, które zwłaszcza w tem miejscu, do którego dochodzi wprowadzony przez przetokę zgłębnik, przedstawia się w postaci zbitego twardego obrzęku, wielkości małego jabłka. Rozpoznano z największem prawdopodobieństwem zmianę gruźliczą w kiszce ślepej. Operacyę wykonał prof. Trzebicky dnia 5/8 1898 w sposób następujący: cięciem eliptycznem okrojono skórę, zawierającą wyżej opisane przetoki; w celu ułatwienia dalszej oryentacyi wprowadzono do jednej z przetok zgłębnik. Przy dalszem preparowaniu okazało się, że zgłębnik przechodził w kierunku ku górze i na zewnątrz przez wszystkie warstwy powłok brzusznych, dochodząc aż do opisanego już guza w jelicie ślepem. Wycięto przeto w kierunku cięcia skórnego także i resztę powłok brzusznych, oddzielając w jednem miejscu dość znaczne zrosty otrzewnej ściennej z jelitem ślepem, przez co powstała rana laparotomijna, równoległa do więzu Pouparta, długości około 15 ctm. Obecnie też można się było z łatwością zoryentować co do jelit w prostych zresztą zupełnie stosunkach. Ujście jelita biodrowego do

jelita ślepego znajdowało się względnie dość wysoko tak, że kiszka ślepa tworzyła tu poniżej tego ujścia zaułek, mniej więcej na 5 ctm. wysoki. Podczas gdy zarówno jelito biodrowe jak i początek jelita wstępującego nie przedstawiały, przynajmniej przy oglądaniu gołem okiem, żadnych zmian w ścianach, — ściany jelita, znajdującego się poniżej miejsca wpadnięcia jelita biodrowego do ślepego, a więc owego zaułka, były mocno zgrubiałe, guzowate. Zwłaszcza w części przedniej i wewnętrznej zgrubienie to przedstawiało się w postaci dość rozlanego guza twardego, wielkości pomarańczy. I reszta ścian zaułka była niepodatną z powodu nacieku twardego. Na otrzewnej, pokrywającej jelito zmienione, znajdowały się nieliczne szare gruzełki wielkości ziarnka prosa i siemienia. Cała część naciekła była ruchomą, z wyjątkiem małego miejsca na stronie przedniej, zlepionego, jak już wspomniano, z otrzewną ścienną Było to tosamo miejsce, do którego dochodził zgłębnik przez przetokę. Przy dokładniejszem oglądaniu można było zauważyć w temże miejscu malutki otworek, przez który wprowadzony cieniutki zgłębnik przechodził, drążąc w głąb w kierunku ukośnym przez wszystkie warstwy ściany jelita aż do jego wnętrza Wobec znacznej ruchomości części schorzałej prof. Trzebicky amputował cały zaułek; zespolił jelito szwem, przez co powstały stosunki podobne zupełnie do prawidłowych, z tą różnicą, że jelito biodrowe łączyło się obecnie z jelitem ślepem w miejscu najniższem. Wycięta część jelita przedstawiała po stronie wewnętrznej jeden rozległy wrzód o wybitnych cechach wrzodu gruźliczego, brzegach podminowanych, dnie wysłanem ziarniną bladą, wiotką, wśród której miejscami jeszcze można było dostrzedz resztki podminowanej błony śluzowej. W warstwie mięsnej i podsurowiczej rozległy naciek drobnokomórkowy, zmieniający się miejscami w tkankę włóknistą. Badanie drobnowidowe wydzieliny, zeskrobanej z dna wrzodu, wykazało nieliczne prątki gruźlicze.

Przebieg pooperacyjny był pomyślny, choć nieco przewlekły wskutek powstania przetoki kałowej, utrzymującej się blisko 6 tygodni. Mimo tego powikłania stan ogólny od czasu operacyi widocznie się polepszał, a gdy chora z raną zagojoną opuszczała w dniu 14/XI 1898 szpital, odżywienie jej było wcale dobre, wejrzenie zdrowe, a przybytek na wadze wynosił blisko 4 klg.

Według doniesienia listownego zarówno samej pacyentki, jakoteż i lekarza [4]), zamieszkałego w jej rodzinnem mieście, ma się ona obecnie po upływie przeszło $3^1/_2$ lat od czasu operacyi zupełnie dobrze; nie doznaje żadnych dolegliwości ani ze strony narządu trawienia, ani oddechowego, a jedyną przykrą pozostałością po zabiegu operacyjnym jest przepuklina brzuszna. (Dok. nast.).

II. O racyonalnym składzie i terapeutycznem stosowaniu leczniczych wód mineralnych i kąpieli do kuracyi letnich.

Napisał
Dr. W. Jaworski
profesor medycyny wewnętrznej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

(Ciąg dalszy).

Z siarkanu sodowego utworzono dwie wody glauberskie, mocniejszą i słabszą.

VII. Mocniejsza glauberska woda jest to $7^1/_2$-stopniowa normalna glauberska woda mineralna lecznicza, składu chem. *p. m.*

KCl	0,2
NaCl	0,5
Na_2SO_4	**7,5**
Na_2CO_3	0,3 (= 0,47 natr. bicarb.)
$Mg CO_3$	1,5 (= 2,65 magn. bicarb.)
Soli suchych 10,0 gm. *p. m.*	

[4]) Składam na tem miejscu serdeczne podziękowanie P. Koledze Malsburgowi za łaskawy opis obecnego stanu tej chorej.

Woda glauberska mocniejsza odpowiada co do składu silniejszym zdrojom glauberskim, jak Marienbad 5,0; Elster (Salzquelle 5,2) i t. d. Działa ona, jak i powyższe zdroje podniecająco na trawienie, ruch jelit i przemianę materyi, przyczem zanika tkanka tłuszczowa. Jest ona wskazana w tych chorobach, co i powyższe wody zdrojowe: w przekrwieniach narządów brzusznych, guzach krwawnicowych, otyłości, otłuszczeniu serca, w nieżytach żołądkowo-jelitowych z powikłaniem zaparcia żywota u otyłych, przyczem należy uwzględnić, że woda ta z powodu zawartości węglanu i fosforanu sodowego nie działa zbyt drażniąco na żołądek. Następnie nadają się do leczenia tą wodą choroby wątroby, objawiające się jej obrzękiem, nawały krwi do mózgu wskutek zaburzeń w krążeniu i t. d. Skuteczność wody potęguje równoczesny pobyt w uzdrowiskach lub zakładach hidryatycznych górskich (p. niżej), gdzie możność systematycznego ruchu kontrolowanego przez lekarza miejscowego, jakoteż zabiegi wodolecznicze przyspieszają przemianę materyi. Pije się wodę po 2—3 szklanek rano naczczo, polecając przytem ruch. W wielu przypadkach należy podać choremu jeszcze 1—2 szklanek wody glauberskiej na noc, aby osiągnąć tem wybitniejsze wypróżnienie jelit, co jest koniecznem w przypadkach, jeżeli chodzi o odkażenie przewodu pokarmowego. W przypadkach uporczywego zaparcia żywota i w żółtaczce wprowadza się wodę glauberską w postaci lawatyw w ilości $^3/_4$—1 litra. Podczas systematycznego leczenia tą wodą, które odpowiada leczeniu marienbadzkiemu, należy kontrolować czynność serca, aby zawczasu zapobiedz jej osłabieniu.

VIII. Słabsza glauberska woda alkaliczna jest to $2^1/_2$-stopniowa półnormalna woda mineralna glauberska o składzie chem. *p. m.*

K_2SO_4	0,1
Na_2SO_4	**2,4**
NaCl	1,0
Na_2CO_3	**1,4** (= 2,21 natr. bicarb.)
$Mg CO_3$	0,1 (= 0,17 magn. bicarb.)
Soli suchych 5,0 gm. *p. m.*	

Słabsza woda glauberska jest równocześnie alkaliczno-słoną; działa podniecająco na trawienie żołądkowe, jelitowe i przemianę materyi, rozrzedza śluz na błonach śluzowych przewodu pokarmowego, dróg żółciowych i moczowych; sprawia to samo działanie, co znane alkaliczno-słone zdroje glauberskie: Karlsbad (Sprudel, Mühlbrunn 2,4); Franzensbad (Salzquelle 2,8); Rohitsch (Tempelbrunnen 2,0), Tarasp (Luciusquelle 2,1) i t. d. Stosuje się tę wodę w tych samych stanach chorobowych, co i powyższe zdroje, zwłaszcza Karlsbadzkie: w nieżytach śluzowych żołądka i jelit, zwłaszcza, jeżeli im towarzyszą zmienne wypróżnienia, raz zaparcie, drugi raz biegunka, w chorobach wątroby, w kamicy żółciowej, żółtaczce, w chorobach dróg moczowych, w kamicy nerkowej, skazie moczanowej, dnie, cukromoczu i t. d. Najskuteczniejsze jest picie wody na pół grzanej o ciepłocie 40—50° C rano naczczo w ilości 2—3 szklanek. Woda grzana nadaje się do picia w przypadkach skłonnych do biegunki, podczas gdy zimna pobudza do wypróżnień. Równoczesny pobyt letni przy stałym nadzorze lekarskim w ciepłych stacyach klimatycznych lub uzdrowiskach na wysokości 600—1000 metrów (p. niżej), stosowanie kąpieli słonych, a w niektórych razach zabiegów hidryatycznych, podnoszą znakomicie działanie tej wody. Przytem należy zachować pewien tryb

żywienia, najwięcej zbliżony do tego, jaki do niedawna ściśle przestrzegano w zdrojach Karlsbadzkich. Działanie tej wody wzmaga się przy równoczesnem piciu wody alkaliczno-słonej Nr. VI. jako napoju stołowego w ciągu dnia. Ponieważ słabsza woda glaubersko-alkaliczna tylko u osób wrażliwszych wywołuje wypróżnienia, to trzeba w razie potrzeby dodać do niej rano naczczo wody glauberskiej mocniejszej Nr. VII, lub podać tej ostatniej na noc 1—2 szklanek. W rozstrzeni żołądka stosowanie słabszej wody glaubersko-alkalicznej jest przeciwwskazane; tu działa skuteczniej woda glauberska mocniejsza Nr. VII, lub woda magnowa Nr. IX.

IX. Magnowa woda lecznicza jest 7-stopniową $1^1/_2$-normalną magnową wodą mineralną leczniczą o składzie:

K_2SO_4	0,1	
KCl	0,1	
Na_2SO_4	7,5	
Na Cl	0,3	
$Mg\,CO_3$	**7,0**	= (12,39 magn. bicarb.)
Soli suchych	15,0 gm. *p. m.*	

Magnowa woda lecznicza posiada smak przyjemny, działa podniecająco na jelita i na wydzielanie żółci, przyczem działanie magnezyi zostaje wzmożone obecnością znacznej ilości siarkanu sodowego; przyspiesza ona także przemianę materyi i odtłuszczenie ustroju. Woda magnowa działa podobnie, jak znane wody gorzkie, lecz nie posiada ich smaku obrzydliwego i działania drażniącego na przewód pokarmowy. Stosuje się ją w podobnych przypadkach, jak wody zdrojowe: Friedrichshall, Mergentheim, Hunyady János, Franz-Josef Bitterwasser, Appenta, Šaratica, Püllna, Saidschütz, Sedlitz i t. p. Poleca się ją przeto w nawykowem zaparciu żywota, w guzach krwawnicowych, w nawałach krwi do trzew brzusznych lub narządu nerwowego ośrodkowego, w otyłości, rozedmie płuc, jakoteż nadmiernej kwaśności żołądka, jeżeli jej towarzyszy zaparcie żywota. Używa się tej wody w ilości 1—3 szklanek rano naczczo, przyczem należy unikać niestrawnych pokarmów ze względu na podrażnienie jelit. Woda magnowa nadaje się bardzo do wywołania jednorazowego wypróżnienia. W tym celu podaje się ją po 1—2 szklanek na noc, a w razie potrzeby i rano naczczo taką samą ilość.

X. Wapniowa woda lecznicza jest $2^1/_2$-stopniową $^1/_4$-normalną wodą wapniową mineralną, składu chem. *p. m.*

NaCl	0,08	
$CaCO_3$	2,40	(= 3,4 calcii bicarb.)
Ca_32PO_4	0,02	
Soli suchych	2,50 gm. *p. m.*	

Woda wapniowa lecznicza zobojętnia kwasy żołądkowe i moczowe, zmniejsza wydzielanie błon śluzowych przewodu pokarmowego, dróg oddechowych i moczowych i działa równocześnie moczopędnie. Poleca się ją w tych samych chorobach, co i najsilniejsze zdroje wapniowe: Contrexéville 2,3; Driburg (Hersterquelle 1,4); Bath 1,5; Leuk 1,5; Lippspringe 1,4; Marienbad (Rudolfsquelle 1,7); Wildungen 1,2; Weissenburg 1,5 i t. d. Jest ona przeto wskazana w przewlekłych nieżytach jelit, przebiegających z silną biegunką; w przewlekłych nieżytach narządu moczopłciowego ze skłonnością do tworzenia się złogów nerkowych i pęcherzowych, w przewlekłej rzeżączce, w przewlekłym nieżycie płuc z obfitą wydzieliną, nawet wobec gruźlicy w płucach; następnie w skazie moczanowej, zołzach, krzywicy, rozmiękczeniu kości. Działanie wzmaga się przy równoczesnym pobycie letnim w suchych stacyach wysokogórskich (p. niżej) przy racyonalnym nadzorze lekarskim. Wodę podaje się zwykle rano naczczo w ilości 1—2 szklanek przy zastosowaniu odpowiedniej dyety i przepisów higienicznych. Przy leczeniu biegunki podaje się tę wodę po ulotnieniu kw. węglowego, lepiej jeszcze na pół grzaną tylko po $^1/_2$ szklanki kilka razy dziennie przed i po jedzeniu, jako napój stołowy. Równocześnie musi być zachowana dyeta przeciwbiegunkowa, chory ma przeważnie leżeć w łóżku, robić okłady ciepłe na brzuch lub brać kąpiele dobrze ciepłe. Jeżeli chorobom towarzyszy zaparcie stolca, to stosowanie wody wapniowej jest przeciwskazane. Skłonność do zaparcia żywota zmniejsza rozcieńczenie wody wapniowej wodą alkaliczno-słoną Nr. VI.

XI. Litowa woda lecznicza jest to 2-stopniową $^1/_2$-normalna woda litowa mineralna o składzie chem. *p. m.*

KCl	0,1	
NaCl	0,9	
Li_2CO_3	**2,0**	(= 3,66 lithii bicarb.)
Na_2CO_3	2,0	(= 3,16 natrii bicarb.)
Soli suchych	3,0 gm. *p. m.*	

Woda litowa lecznicza rozpuszcza kw. moczowy i działa moczopędnie silniej, aniżeli znane obecnie wody zdrojowe litowe: Salvator (0,022); Baden-Baden (Ungemachquelle (0,045); Bex (0,01); Franzensbad (Nataliequelle (0,10); Dürkheim (0,039); Salzschlirf (Bonifaciusquelle 0,21) i t. d. Obecność dwuwęglanu sodowego (3 gm.) w wodzie litowej leczniczej wzmacnia działanie litu. Wodę litową leczniczą stosuje się w tych samych chorobach, co i powyżej wymienione zdroje: w dnie, w skazie moczanowej, kamicy nerkowej, kamieniach pęcherzowych moczanowych, i t. d., podając ją rano naczczo w ilości 1—2 szklanek, jakoteż w ciągu dnia, jako napój stołowy przed jedzeniem, aby uniknąć przemiany węglanów w żołądku na chlorki. Osoby z wrażliwym żołądkiem piją wodę litową na pół grzaną. W razie potrzeby rozcieńcza się wodę litową wodą alkaliczno-słoną Nr. VI. Przy leczeniu wodą litową stosuje się dyetę przeciwmoczanową i używa ciepłych kąpieli słonych.

Jodek sodowy jest podstawą dwóch wód jodowych, słabszej i mocniejszej.

XII. Woda jodowa słabsza jest to $1^1/_2$-stopniowa $^1/_3$-normalna woda jodowa mineralna, składu chem. *p. m.*

KCl	0,1	
NaCl	0,4	
NaJ	**1,5**	
Na_3PO_4	0,3	
Na_2CO_3	1,0	(= 1,58 natrii bicarb.)
Soli suchych	3,3 gm. *p. m*	

XIII. Mocniejsza woda jodowa jest 4-stopniową $^1/_2$ normalną wodą jodową mineralną, składu chem. *p. m.*

NaJ	**4,0**	
Na_3PO_4	0.5	
Na_2CO_3	0,5	(= 0,79 natrii bicarb.)
Soli suchych	5,0 gm. *p. m.*	

Wody jodowe lecznicze podniecają czynność układu chłonnego i wessanie w narządach gruczołowych, jakoteż w innych tkankach. Niekorzystny wpływ przetworów jodowych na żołądek usuwa równoczesna obecność węglanu i fosforanu sodowego w wodzie. Obydwie wody jodowe le-

cznicze są w swym składzie silniejsze, aniżeli znane zdroje jodowe: Castracaro 0,19; Goczałkowice 0,012; Hall 0,042; Heilbronn 0,028; Königsdorf-Jastrzemb 0,016; Kreuznach 0,001; Lippik 0,02; Salzburg (Tököly 0,25); Saxon les Bains 0,1, Zaizon 0,2 i t. d. Wód leczniczych jodowych używa się w tych samych chorobach, co i wymienionych zdrojów, jakoto: w zołzach i w innych obrzękach gruczołów, kile, w wypocinach gośćcowych, w przewlekłych zapaleniach macicy, jajników i części dodatkowych narządu rodnego, jakoteż wobec guzów w tych narządach, następnie w krzywicy, i t. d. Używanie wód leczniczych jodowych wymaga równoczesnego pobytu letniego, z zachowaniem ścisłej kontroli lekarskiej, w skrzepiającem powietrzu stacyj klimatycznych lub uzdrowisk, leżących nad morzem lub w górach, a w niektórych przypadkach w zakładach wodoleczniczych (p. niżej). Z wielkim pożytkiem używa się równocześnie także kąpieli słonych leczniczych (p. niżej). Wody jodowej podaje się najstosowniej do picia po lekkiem śniadaniu w ilości po $^1/_2$ szklanki mocniejszej, a po jednej szklance słabszej, a następnie podczas dnia kilka razy takie same ilości. Dla dzieci dawkowanie jest o połowę mniejsze. W przypadkach schorzenia układu nerwowego ośrodkowego na podstawie kiłowej należy dawki wody jodowej podnieść nawet do jednej szklanki wody silniejszej 3—4 razy dziennie. U osób bardzo wrażliwych na jod można wodę jodową rozcieńczyć wodą alkaliczną mocniejszą Nr. III, lub wodą alkaliczno-słoną Nr. VI, a w przypadkach biegunki wodą wapniową Nr. X. Pojawienie się trądzika jodowego, nieżytów spojówek, nosa, połyku i t. p. nie stanowią jeszcze przeciwwskazania do zaprzestania picia wody jodowej, gdyż te przypadłości po zaprzestaniu picia wody jodowej znikają same przez się. W razie pojawienia się ich w wyższym stopniu, to równoczesne picie wody alkalicznej mocniejszej Nr. III, albo podawanie *natrium sulfanilicum* 3 × dziennie po łyżce roztworu wodnego trójprocentowego, używanie pokarmów skrobiowych, łagodzi objawy jodyzmu. Trzeba sobie bowiem przypomnieć, że wobec grożącego niebezpieczeństwa utraty wzroku, okuliści ryzykują nawet dawki 3 gramowe NaJ po trzy razy dziennie. Dyeta przy piciu wód jodowych musi być łatwo strawna, wolna od kwasów i przypraw korzennych.

XIV. Bromowa woda słabsza jest 4-stopniową półnormalną wodą bromową mineralną; zawiera w 1 litrze:

Na Br	**4,0**
Na_3PO_4	0,5
Na_2CO_3	0,5 (= 0,79 natrii bicarb.)
Soli suchych	5,0 gm. *p. m.*

XV. Bromowa woda mocniejsza jest 8-stopniowa normalna woda bromowa mineralna, składu chem. *p. m.*

Na Br	**9,0**
Na_3PO_4	0,5
Na_2CO_3	0,5 (= 0,79 natrii bicarb.)
Soli suchych	10,0 gm. *p. m.*

Bromowe wody lecznicze osłabiają wrażliwość, pobudliwość i odruchowość układu nerwowego, ze skłonnością do uspokojenia. Działanie ich staje się wydatniejsze przez równoczesny pobyt w uzdrowiskach położonych nad morzem lub w równinach pokrytych lasami, albo wreszcie w racyonalnie prowadzonych zakładach wodoleczniczych (p. niżej). Obydwie wody bromowe poleca się w stanach histerycznych i neurastenicznych, jeżeli przeważa wygórowana wrażliwość, drżenie, bezsenność i t. p.; następnie w padaczce, pląsawicy, drgawkach i t. d. Stosownie do natężenia choroby podaje się wodę mocniejszą lub słabszą, po 1—$1^1/_2$ szklanki rano i po tyleż kilka razy w ciągu dnia. Tradycyjnie unika się przytem niestrawnych, a zwłaszcza kwaśnych pokarmów. U osób z wrażliwem trawieniem można rozcieńczyć wodę bromową wodą alkaliczno-słoną Nr. VI, a wobec skłonności do biegunki wodą wapniową Nr. X. Pojawienie się trądzika bromowego nie jest jeszcze wskazaniem do zaprzestania picia wody bromowej, gdyż on znika sam po ukończonem leczeniu. Należy także pamiętać o tem, że działanie lecznicze bromu pojawia się dopiero po zastosowaniu dużych dawek.

XVI. Do otrzymania wody żelazistej leczniczej użyto pyrosforanu żelażowo-sodowego wzoru $2Fe_23P_2O_7 . 2(Na_4P_2O_7) + 7H_2O$ z odliczeniem wody krystalicznej. Woda ta jest 1-stopniową $^1/_8$-normalną wodą żelazistą mineralną, składu chem. *p. m.*

	Na_2SO_4	0,5
	Na Cl	0,5
Pyrof.	Fe Na	**1**,0 (= 0,59 ferr. bicarb.)
	Na_3PO_4	0,8
	Na_2CO_3	0,2 (= 0, 01 natr. bicarb).
	Mg CO_3	0,3 (= 0,531 magn. bicarb.)
Soli suchych		3,3 gm. *p. m.*

Pyrofosforan żelazowo-sodowy można z korzyścią zastąpić w wodzie żelazistej odpowiednią ilością dwuwęglanu żelazawego.

Woda żelazista lecznicza polepsza skład krwi przez zwiększenie ilości hemoglobiny i sprawia podniesienie ciężaru ciała. Ilość (0,59 p. m.) w niej zawartego żelaza jest większą, niż w każdej innej wodzie żelazistej rodzimej, która wynosi co najwięcej 0,12 gm. na 1 litr: Bocklet 0,12; Cudowa 0,03; Driburg 0,07; Elster (Moritzquelle 0,08); Franzensbad (Stahlquelle 0,07); Königswart (Victorquellle 0,11); Marienbad (Ambrosiusquelle 0,11); Pyrawarth 0,11; Pyrmont (Stahlbrunnen 0,07); Reinerz 0,05; Rippoldsau 0,12; Schwalbach 0,08; Spaa 0,07; St. Moritz 0,03; Steben 0,04; Szliács 0,10 i t. d. Woda żelazista lecznicza poleca̧ną bywa w tych samych chorobach, co i wymienione wody zdrojowe żelaziste, a mianowicie: w błednicy, w małokrwistości, w osłabieniach po ciężkich chorobach lub krwotokach, w niemocy płciowej, nasieniotoku, w zaburzeniach w miesiączkowaniu, w przewlekłych chorobach macicy, bezpłodności, skłonności do poronień i t. p. Dla przeważnej części chorych wskazany jest równoczesny pobyt letni, nadzorowany przez lekarza, w klimacie wysokogórskim, w innych zaś w racyonalnie prowadzonych zakładach hidryatycznych (p. niżej). W chorobach kobiecych sprzyja leczeniu równoczesne stosowanie leczniczych kąpieli gazowych lub gazowo-słonych (p. niżej). Wodę żelazistą pije się rano naczczo w ilości $^1/_2$—$1^1/_2$ szklanki. Dla chorych z wrażliwym żołądkiem należy polecić wodę półgrzaną lub rozcieńczać wodą alkaliczno-słoną Nr. VI. W ciągu dnia można również podawać wodę żelazistą w małych dawkach na godzinę przed jedzeniem. Obecność soli kuchennej, siarkanu sodowego i węglanu magnowego w wodzie żelazistej zapobiega pojawianiu się zaparcia żywota. Gdyby się jednak pojawiło, to należy domięszać do wody żelazistej, wody słonej mocniejszej Nr. V, lub wody glauberskiej mocniejszej Nr. VII, a w razie pojawiania się biegunki, wody wapniowej Nr. X.

XVII. Arsenawa woda lecznicza jest 10-miligramową, $^{1}/_{4}$-normalną wodą arszenikalną, składu chem. *p. m.*

KCl	0,10
NaCl	0,40
Na_2CO_3	1,50 (= 2,37 natr. bicarb.)
Na_3PO_4	0,50
As_2O_3	**0,01**

Soli suchych 2,51 gm. *p. m.*

Arsenawa woda lecznicza podnosi odżywienie, przyspiesza osadzanie się tkanki tłuszczowej i wzrost kości. Posiada to samo działanie, co i zdroje arszenikalne i polecaną bywa w tych samych przypadkach, co i zdrojowe wody arszenikalne, a mianowicie: w małokrwistości, wychudnieniu, zołzach przy równoczesnym obrzęku gruczołów i zajęciu skóry, w zakażeniu zimniczem, pląsawicy, nerwobólach, łuszczycy i t. p. Działanie wody arsenawej wzmaga się przez równoczesny pobyt letni w miejscach klimatycznych lub uzdrowiskach wysokogórskich (p. niżej), w innych zaś przypadkach przez równoczesne leczenie w zakładach hidryatycznych (p. niżej). Wodę arsenawą leczniczą pije się pod nadzorem lekarskim po $^{1}/_{4}$—$^{1}/_{2}$ szklanki (50—100 gm. odpowiednio $^{1}/_{2}$—1 mg. arszeniku) naraz, najstosowniej po lekkiem śniadaniu i w takiej samej ilości 2—3 razy w ciągu dnia. Dawkowanie należy stopniować, rozpoczynając od 50 c³ naraz. Obecność dwuwęglanu sodowego i chlorku sodowego w wodzie arsenawej przyczyniają się do łatwiejszego jej przyswajania, a sól fosforowa sprzyja odżywianiu. W razie potrzeby rozcieńczenia wody arsenawej najodpowiedniejszą jest ku temu woda alkaliczno-słona Nr. VI. Dla osób skłonnych do biegunki należy domięszać wody wapniowej leczniczej Nr. X. Dyeta przy stosowaniu wody arsenawej ma być pożywna, lecz łatwo strawna; tradycyjnie pomija się potrawy kwaśne i korzenne.

XVIII. Arseno-żelazista woda lecznicza jest to 6-miligramowa $^{1}/_{4}$-stopniowa woda mineralna arseno-żelazista, o składzie chem. *p. m.*

KCl	0,100
NaCl	0,500
Na_3PO_4	0,200
Pyrof. Fe Na	**0,500**
Na_2CO_3	1,000 (= 1,58 natr. bicarb.)
$MgCO_3$	0,200 (= 0,35 magn. bicarb.)
As_2O_3	**0,006**

Soli suchych 2,506 *p. m.*

Zamiast pyrofosforanu żelazowo-sodowego można z korzyścią użyć do utworzenia wody żelazistej dwuwęglanu żelazawego.

Woda arseno-żelazista łączy w sobie działanie arsenu i żelaza: przyspiesza odżywienie i tworzenie się tkanki tłuszczowej, poprawia skład krwi przez zwiększanie się w niej krwinek czerwonych. Stosuje się ją w tych samych stanach chorobowych, co i zdroje arseno-żelaziste: Roncegno 0,109; Levico 0,008; Srebrenica 0,006; Mitterbad i t. p. Ze względu, że woda arseno-żelazista lecznicza zawiera tylko mierne ilości arszeniku, zamiast zaś soli (koperwasu żelaza i ałunu) drażniących żołądek, a zawartych w wodach arszenikalnych rodzimych, — tylko łagodnie działający pyrofosforan żelazowo-sodowy w rozczynie węglanu sodowego, jest ta woda łatwo strawną i może być stosowana w większej ilości, niż wody arszenikalne rodzime, a mianowicie po $^{1}/_{2}$—1 szklanki (100—200 c³ odp. $^{1}/_{2}$—1 mg. arszeniku) rano po spożyciu lekkiego śniadania i po tyleż podczas dnia pomiędzy jedzeniami. Dawki należy stopniować, poczynając od $^{1}/_{4}$ szklanki. U osób z wrażliwem trawieniem można podawać wodę na pół grzaną. Przytem zachowuje chory dyetę pożywną, lecz łatwo strawną, wolną od kwasów. Pojawienie się zaparcia żywota wymaga użycia mocniejszej wody glauberskiej Nr. VII, najstosowniej na noc po 1—2 szklanek. Do rozcieńczenia wody arseno-żelazistej służy woda alkaliczno-słona Nr. VI. Wodę arseno-żelazistą poleca się w tych samych przypadkach chorobowych, co wyżej wymienione zdroje arszenikalne, a mianowicie: w blednicy, małokrwistości, wychudnieniu, zołzach z obrzękiem gruczołów lub ze schorzeniem skóry, w zakażeniu zimniczem, w chorobach nerwowych na tle blednicy lub małokrwistości, w pląsawicy, nerwobólach, w chorobach skóry i t. d. Leczeniu sprzyja równoczesny pobyt letni w stacyach klimatycznych lub uzdrowiskach górskich (p. niżej), lub w zakładach hidryatycznych (p. niżej), przyczem chory musi pozostawać pod ciągłą opieką lekarską.

Powyżej wymienione wody mineralne lecznicze[2]) obejmują prawie wszystkie sole mineralne, jakie się stosuje w praktyce klinicznej i balneologicznej. Rozumie się, że ilość stosowanych wód leczniczych, objętych powyższym wykazem, nie jest jeszcze wyczerpaną. Są one tylko typami dla całego szeregu wód leczniczych. Każdy lekarz może stososownie do przypadku chorobowego zmieniać skład jakościowy i ilościowy, jakoteż zgęszczenie wody leczniczej, trzymając się zasad wyżej przytoczonych. W celach leczniczych mogą być zresztą stosowane wszystkie inne wody lecznicze, będące dziś w użyciu, byleby nie były ogłaszane jako leki specyficzne lub tajne, lecz miały skład chemiczny na flaszkach oznaczony. (Dok. nast.)

III. Z zakładu higieny Uniwersytetu Jagiellońskiego i c. k. powszechnego Zakładu do badania środków spożywczych w Krakowie.

Nowoczesne sposoby odkażania mieszkań.

Napisał
Dr. Leonard Bier
adjunkt zakładu.

(Ciąg dalszy).

W lecie r. 1898 rozeszły się z fabryki wyrobów chemicznych Lingnera w Dreznie prospekta, polecające odkażanie mieszkań zapomocą formaliny. Według prospektu tego należało sprawę odkażania mieszkań uważać za rozwiązaną dzięki dodaniu do formaliny 10% gliceryny i użyciu nowego przyrządu, wyrobu fabryki Lingnera. Walther i Schlossmann[26]), wynalazcy tego nowego sposobu stosowania formaliny, rozpylają ową glicerynowaną formalinę do przestrzeni odkażonej zapomocą pary wodnej, otrzymywanej przez gotowanie wody w osobnym zamkniętym kociołku, z którego przechodzi trzema rurkami do zbiornika zawierającego „glikoformol". Dodatek gliceryny służyć miał do zapobieżenia polimeryzacyi aldehydu. Dwa litry gliko-

[2]) Za gorliwą pomoc, jakiej mnie udzielił Kol. Dr. L. Salaban w toku niniejszej pracy, na tem miejscu bardzo uprzejmie Mu dziękuję. Przypisek Autora.

[26]) Berl. klin. Wsch. 1898 Nr. 25.

formolu, rozpylone parą wodną z $1\frac{1}{2}$ *l.* wody, miały odkażać w przeciągu sześciu godzin mieszkanie objętości do 80 m³, zabijając wszystkie bakterye, nawet bardzo oporne zarodniki bakteryj ziemnych, specyalnie przyrządzonych. Liczne kontrole działalności tego przyrządu, oraz wartości praktycznej sposobu odkażania mieszkań przy jego użyciu, nie potwierdziły tych wyników i tych nadziei, jakie zapowiadali wynalazcy w prospekcie fabrycznym przy puszczeniu przyrządu w świat. Już Czaplewskiemu[27]) nie udało się zabić w przestrzeni 50 m³ nietylko zarodników wąglika, ale nawet gronkowca złocistego; Elsner i Spiering[28]) otrzymywali żywe bakterye po odkażeniu, jeśli je przykryli lub umieścili w miejscach mało dostępnych, np. kieszeniach. Również i Kaup nie otrzymał obumarcia zarodników wolno wystawionych bakteryj sianowych i bakteryj ziemnych; z zarodników wąglika nie przykrytych ginęło więcej niż połowa, z innych zaś bakteryj nie przykrytych 75—100%. W czterech doświadczeniach, wykonanych w zakładzie, jakoteż w szpitalu św. Łazarza wspólnie z kolegą Batko, podówczas asystentem zakładu, obecnie zaś zastępcą dyrektora stacyi kwarantanowej w Suezie, nie zdołaliśmy zabić zarazków, przykrytych chustką, kocem, materacem, ukrytych w otwartej szafce nocnej i w skrzyni niezbyt szczelnej. Podobne wyniki mniej lub więcej korzystne, niedostateczne jednak przy przykryciu zarazków, otrzymali Schönfeld[29]), Pfuhl[30]), Dzierzgowski[31]), Friedemann[32]) i Schneider[33]). Na podstawie tych tak licznych prac nie można uważać sposobu stosowania formaldehydu, zaleconego przez Lingnera, za sposób, ziszczający te nadzieje, jakie łączono z wprowadzeniem formaldehydu do odkażania mieszkań. Działa on odkażająco, jak i sposoby poprzednie, tylko na powierzchni, a nie wnika w głąb przedmiotów, działa tu jednak, podobnie jak sposób Trillata (autoclav formogene), znacznie pewniej, bo zawsze zabija znane zarazki chorób zakaźnych. Przy porównaniu z poprzednimi nie brak mu jednak i wybitnych stron ujemnych, mianowicie wytwarza on lepki nalot na przedmiotach, pochodzący z osiadłej gliceryny, bądźcobądź niszczący przedmioty, oraz niezwykle silny zapach formaldehydu, którego nie można pozbyć się z mieszkania nawet kilkudniowem wietrzeniem. Jeżeli obok tego dodamy znaczną cenę glikoformolu (2 *l.* potrzebne na 80 m³ kosztują 12 koron) i podlegający łatwo zepsuciu dosyć drogi przyrząd, którego z powodu zbyt złożonej budowy nie naprawi zwykły blacharz lub kotlarz, lecz tylko mechanik, zrozumieć łatwo, że ten sposób odkażania mieszkań nie mógł znaleźć zastosowania w praktyce.

Przeglądając wyniki doświadczeń ze wszystkimi powyżej wymienionymi przyrządami, wywiązującymi formaldehyd, stwierdzić trzeba, że żaden z nich nie odkaża przedmiotów w głębi. Nawet przy zastosowaniu tak znacznej ilości formaldehydu na 1 m³, jakiej dostarcza przyrząd Lingnera (7, 5 gr.), nie otrzymuje się odkażenia w głębi, jak i przy stosowaniu 1 gr. w przyrządzie Scheringa. Drugim faktem, wynikającym z doświadczeń tych, jest pewniejsze działanie na powierzchni formaldehydu, wydzielonego przyrządem Trillata *(autoclave)* i Lingnera, aniżeli z lampek, spalających alkohol i zamieniających paraldehyd na gaz. Zadawano sobie tedy pytanie, czy formaldehyd może zadziałać w głębi, czy posiada zdolność wnikania w przedmioty w ilości dostatecznej, nadto w jaki sposób i w jakich warunkach wogóle działa? Zasługa wyświetlenia tych dwóch pytań, nietylko ważnych dla teoryi odkażania, przypada w udziale higienistom, Rubnerowi w Berlinie i Prausnitzowi w Gracu, głównie jednak pierwszemu.

Już badania Strüvera[34]) nad zachowaniem się aldehydu, wydzielonego do jakiejkolwiek przestrzeni o znanej objętości, wykazały, że znika on szybko z powietrza. Peerenboom[35]), stwierdzając ten fakt, przekonał się również wspólnie z Rubnerem[36]), że przyczyną znikania pary aldehydu jest polimeryzacya. Z arkusza bibuły, umocowanego na ścianie przestrzeni odkażonej, otrzymali ci badacze paraldehyd, cechujący się małą rozpuszczalnością w wodzie. Inny jeszcze fakt ważny wynika z doświadczeń Peerenbooma i Rubnera: para formaldehydu nie osiada w jednakowym stopniu na rozmaitych przedmiotach. Wełna pochłania jej dwa razy więcej, aniżeli bawełna, ilość zaś minimalną asbest. Porównując wyniki tych doświadczeń z zachowaniem się innych gazów wobec rozmaitych ciał, badacze wymienieni twierdzą, że zdolność pochłaniania pary formaldehydu idzie najprawdopodobniej równolegle ze zdolnością higroskopijnego pochłaniania pary wodnej. Wnikając do przedmiotów porowatych, np. do ubrań, materaców, pościeli, i t. d., ulega formaldehyd chłonieniu przez ciała, z których przedmioty te wyrobiono, a w miarę oziębienia — polimeryzacyi, zagęszczeniu na ciało stałe, które oczywiście głębiej wnikać nie może. Prócz chłonienia i zgęszczania się na niedostateczne do odkażania w głębi wnikanie pary aldehydu wpływa jeszcze i ta okoliczność, że ciężar gatunkowy (drobinowy) gazu tego jest prawie ten sam, co i powietrza, przez co i dyfuzya jego w głąb przedmiotów, wobec braku różnicy w ciśnieniu byłaby, pomijając chłonienie i zgęszczanie się, niemożliwą w tak krótkim czasie, w jakim odkażenie mieszkania winno być dokonanem. Oto wyjaśnienie dlaczego formaldehyd nie odkaża w głębi. Dlaczego jednak nie działa zawsze pewnie i na powierzchni przedmiotów? Pewniejsze działanie na powierzchni przy zastosowaniu formochlorolu i przyrządu Lingnera wobec niepewnego działania suchej pary, nasuwało pytanie, czy para wodna, wydzielana równocześnie i obficie przy tym sposobie stosowania formaliny, nie odgrywa tu roli ważnej? Weźmy flaszkę o szerokiej szyjce zamkniętej korkiem, przez który przeprowadzono próbówkę szklaną. Zamieńmy w niej na gaz przez ogrzanie do 150° C pewną ilość paraldehydu, a następnie oziębiajmy próbówkę od wewnątrz wodą, później lodem i solą, a na powierzchni części próbówki zawartej we flaszce skropli się para wodna, będąca w powietrzu flaszki (Peerenboom). Ta nieznaczna ilość pary wodnej osiadłej na próbówce, badana w kierunku zawartości formaldehydu, wykazuje połowę całkowitej ilości odparowanego formaldehydu we flaszce. W parze wodnej, osiadającej na przedmiotach, należy zatem

[27]) Münch. med. Wsch. 1898 Nr. 41.
[28]) Deut. med. Wsch. 1898 Nr. 46.
[29]) Deut. med. Wsch. 1898 Nr. 40.
[30]) Hyg. Rundschau 1898 Nr. 23.
[31]) Gazeta lekarska 1899 Nr. 6 i 7.
[32]) Deut. med. Woch. 1899 Nr. 50.
[33]) Archiv f. Hyg. 1899 Bd. 39.

[34]) l. c.
[35]) Hyg. Rundschau 1898 Nr. 16.
[36]) Hyg. Rundschau 1899 Nr. 6.

dopatrywać się niejako przenośnika formaldehydu, czynnika zapobiegającego polimeryzacyi, głównego pośrednika w odkażających jego własnościach.

Jak wielkie znaczenie dla skutecznego odkażenia formaldehydem posiada dostateczna ilość pary wodnej, dowodzi inne doświadczenie Peerenbooma i Rubnera. Przeprowadźmy parę suchego formaldehydu przez dwie kolbki o równej objętości, zawierające jednakową ilość nitek, napojonych zarazkami zarodnikującymi i niezarodnikującymi. Kolbki powinny różnić się tem, że jedna z nich zawiera powietrze wysuszone chlorkiem wapna, drugiej zaś ściany zwilżamy wodą. Badanie żywotności zarazków w kolbce suchej okazuje zdolność ich do rozwoju, bez względu na zdolność zarodnikowania, podczas gdy zarazki stykające się z taką samą ilością aldehydu w kolbie wilgotnej stracą żywotność, wraz z ich zarodnikami. Nadto w kolbce suchej zauważyć można lekki nalot białego paraformaldehydu. Wszelkie przeszkody, utrudniające osadzanie się pary wodnej na przedmiotach, zbytnie ich ogrzanie lub napojenie tłuszczem, uniemożliwiają odkażenie. Powietrze mieszkań odkażanych zawiera jednak nieraz dosyć różne ilości wilgotności względnej. Chcąc przeto otrzymać pewne odkażenie na powierzchni przedmiotów przy stosowaniu formaldehydu do odkażania mieszkań, należy powietrze pokoju przepoić parą wodną przez wyparowanie wody w ilości potrzebnej do wysycenia powietrza o ciepłocie pokojowej i znanej objętości pokoju. Doświadczenia Hammerla i Kermannera z pracowni higienicznej Prausnitza w Gracu, prawie równocześnie wykonane z Peerenboomem, innym jednak sposobem, stwierdzają znaczenie pary wodnej w skuteczności odkażających własności formaldehydu.

Stosowanie formaldehydu do odkażania mieszkań, oparte na przytoczonych zasadach, dało wyniki o wiele lepsze od poprzednich. Schering zmodyfikował swój przyrząd, dodając doń kociołek do parowania wody („Aeskulap skombinowany"). Wyniki przy stosowaniu tego przyrządu były o wiele pewniejsze od wyników przy użyciu przyrządu pierwszego, oczywiście jednak tylko na powierzchni. Kaup wyparowując 3 grm. formaldehydu na 1 m^3 w ciągu 7 godzin, zabił 94% zarazków, wystawionych na powierzchni przedmiotów. Również i w jedynem doświadczeniu mojem, wykonanem zwykłym przyrządem Scheringa przy równoczesnem odparowaniu wody w ilości dostatecznej do nasycenia powietrza o ciepłocie pokojowej, nastąpiła śmierć wszystkich wolno wystawionych zarazków, nawet zarodników wąglika i wysuszonej plwociny gruźliczej; zarodniki wąglika, ukryte w kieszeni płaszcza, nie ginęły, natomiast wysuszona plwocina gruźlicza, ukryta w złożonym ręczniku, niewywołała w przeciągu 4-ech miesięcy gruźlicy u zaszczepionych świnek. Ta sama zasada stosowania formaldehydu przy równoczesnem wysyceniu powietrza zakażonych przestrzeni parą wodną, widoczna jest w przyrządach Flüggego,[37] Prausnitza[38]) i Czaplewskiego[39]), z których pierwszy formalinę wyparowuje, dwaj drudzy ją rozpylają strumieniem pary wodnej. Szczególnie przyrząd pierwszy wyróżnia się swoją prostotą, łącząc w sobie parowanie dostatecznej ilości wody i przeszkodę dla polimeryzacyi aldehydu w formalinie podczas gotowania. Według doświadczeń Brunna,[40]) wykonanych w pracowni Flüggego, można zapobiedz polimeryzacyi formaldehydu przez ogrzewanie do wrzenia rozczynów 8—10% formaliny. Wtedy równocześnie paruje woda i aldehyd; pozostała zaś reszta zachowuje prawie pierwotną zawartość aldehydu. W przyrządzie swym zastosował Flügge 8% rozczynu aldehydu, który otrzymuje przez rozcieńczenie 1 części formaliny z 4-ma częściami wody. Wszystkie te przyrządy tak Fluggego, jak zmodyfikowany Scheringa, Prausnitza i Czaplewskiego, działają, jak to bardzo liczne doświadczenia innych i moje dowodzą, z tą pewnością, że prawie do 100% wolno wystawionych zarazków obumiera, zabijają one nawet więcej niż połowę zarodników wąglika. Doświadczenia moje z przyrządami Flüggego i Prausnitza wykonałem dzięki uprzejmości p. Dra Wilkosza, zastępcy fizyka miasta Krakowa, który na zalecenie moje sprowadził dla miasta przyrząd Flüggego. Za uprzejme pozwolenie korzystania z tych przyrządów składam mu na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

Doświadczenia te wykonałem częściowo w zakładzie, częściowo zaś w mieście, w mieszkaniach prywatnych z okazyi dosyć licznych zachorowań z powodu płonicy a stosowałem nietylko 2.5 grm na 1 m^3 przestrzeni przez 7 godzin (wzgl. 6 Prausnitz), lecz również 5 grm. formaldehydu przez $3^1/_2$ (wz. 3) godzin przy odparowaniu ilości wody, wskazanej przez wynalazców dla wysycenia powietrza. Dla osiągnięcia pewnego skutku odkażenia ważną niezmiernie jest rzeczą dobre uszczelnienie okien, drzwi i pieca, aby przeszkodzić szybkiemu ulotnieniu aldehydu. Jak wielką doniosłość praktyczną posiada uszczelnienie, przekonać się mogłem w doświadczeniach moich. Sierżant straży pożarnej, wyznaczony przez zarząd miasta do wykonywania odkażania, któremu po pouczeniu o sposobach stosowania przyrządów i wykonywania odkażania wogóle przy użyciu formaliny, pozostawiłem później z rozmysłu zupełną swobodę, w niektórych mieszkaniach gdzie sam nie dopilnowałem uszczelnienia otworów w palenisku kuchennem, otworów tych nie zaopatrzył zupełnie, lub też niedostatecznie. W mieszkaniach tych wynik odkażenia był niezupełny, natomiast w mieszkaniach, gdzie zwróciłem na to uwagę i dopilnowałem zalepienia gliną drzwiczek paleniska kuchennego i szpar w t. zw. blasze oraz drzwi i okien bardzo nieszczelnych, wynik był w zupełności zadowalniający. Uszczelnienia dokonać można rozmaitymi środkami. Do okien i drzwi nadają się najlepiej wałeczki waty, sprzedawane do tego celu, wzgl. szmatki długie, zwilżone rozczynem środka odkażającego; rozbite szyby zalepiać należy podobnie, jak i otwory do wietrzenia, grubym papierem, posmarowanym klajstrem, szyby pęknięte zaś kitem szklarskim. Do bardzo nieszczelnych okien i drzwi, jak również otworów w kuchennem palenisku i t. zw. blasze, według mego doświadczenia znakomicie nadaje się dobrze rozrobiona glina, dająca się łatwo zmyć i nie niszcząca przedmiotów. Zwłaszcza w mieszkaniach ludności uboższej, gdzie tego rodzaju nieszczelności częściej się spotyka, glina oddaje dobre usługi.

(Ciąg dalszy nast.).

[37]) Zeit. f. Hyg. u. Infek. Bd. 29.

[38]) München. med. Wochen. 1899.

[39]) Münch. med. Woch. 1898, Nr. 41.

[40]) Zeit. f. Hyg. u. Infk. Bd. 30.

IV. Z kliniki chorób wewnętrznych Radcy Dworu Prof. Dra Edwarda Korczyńskiego w Krakowie.

Badania przemiany pierwiastków w rozmiękczeniu kości.

Podał
Doc. Dr. L. Korczyński.

(Dokończenie).

Zestawiwszy w ten sposób wyniki z oznaczeń przemiany pierwiastków w rozmiękczeniu kości, mimowoli poruszyć jeszcze muszę dwie sprawy: sprawę kierunku dalszych badań i sprawę samej istoty choroby. Co do pierwszej wydaje mi się rzeczą właściwą, aby, przy koniecznym w tym razie odpowiednim podziale pracy, zająć się poznaniem wielu jeszcze szczegółów z przemiany materyi, nieznanych i niebadanych w rozmiękczeniu kości. Za rzecz konieczną uważałbym między innemi oznaczenia bezwodnika kwasu węglowego, któreby dały miarę do ocenienia przemiany istot bezazotowych, oznaczenia ilości i wzajemnego stosunku wszystkich połączeń azotowych, wydzielanych przez ustrój, oznaczenia ilości istot trujących w moczu, jeśli nie drogą rozbiorów chemicznych, to przynajmniej drogą doświadczeń na zwierzętach. Niemniej ważne wydają mi się badania nad wydzielaniem niektórych kwasów, znajdujących się w ustroju fizyologicznym, przedewszystkiem nad wydzielaniem kwasu gliceryno-fosforowego i siarkowego, przy równoczesnem oznaczaniu fosforu, potasu i wapna w moczu i w kale.

Po wykonaniu naszkicowanego planu, łatwiej niewątpliwie przyjdzie wyrobić sobie właściwy sąd o rozmiękczeniu kości i o istocie samej choroby. Już dziś jednak zaznaczyć mi wypada, że samej sprawy w kościach, uległych rozmiękczeniu, nie uważałbym za sprawę esencyonalną. Może nią być w pojęciu klinicznem i anatomicznem, ale nie w pojęciu patologicznej biologii, jeśli mi użyć wolno tego określenia. W ostatnich czasach dość głośno wypowiada się zdanie, że pośrednią przyczyną choroby jest zatrucie toksynami, a trudno o związkach tych przypuścić, aby działały li tylko na układ kostny. Mamy zresztą dowody, że wyłączności takiej niema. Świadczą o tem zmiany zanikowe i zwyrodnienia, stwierdzane w mięśniach chorych, świadczą oznaczenia azotu, wykazujące nierównomierność w zużytkowywaniu i w spalaniu ciał białkowatych, świadczą wreszcie obrazy anatomiczne szpiku kostnego, jajników i, rzadsze od tamtych, zmiany w gruczołach przyusznych. Także w wynikach badań krwi dopatrywać można skutków ogólnego działania toksyn. W krwi chorych na rozmiękczenie kości, jeśli nie zawsze, to w każdym razie bardzo często, spotkać można w ilości zwiększonej ciałka eozynowe, jak w spostrzeżeniu Arcoli'ego nawet do 20%; twory, które zjawiają się prawie stale w następstwie działania pewnych czynników, wywierających wpływ drażniący w ustroju.

Przyjąwszy za podstawę stanu patologicznego zjawianie się toksyn w tej ilości, że działać mogą szkodliwie, w naturalnem następstwie przyjąć także trzeba, że nie dostają się one z zewnątrz, że tworzą się w samym ustroju. Przyczyny szukać tu można jedynie tylko w nieprawidłowej przemianie ciał białkowatych, wywołanej obniżeniem biologicznej sprawności ustroju. Czy jednak tego rodzaju obniżenie przyjąć wolno? Czem je wytłómaczyć?

Okoliczność, że rozmiękczenie kości w przeważnej części przypadków zjawia się po licznych porodach, zwłaszcza, jeśli warunki odżywcze i zdrowotne są nieodpowiednie, ułatwia twierdzącą odpowiedź na pierwsze pytanie, pozwala także odpowiedzieć na pytanie drugie. U kobiet, odbywających częste porody, nie rozwiniętych należycie, zwłaszcza wtedy, jeśli warunki bytu nie są odpowiednie, występują często w czasie ciąży bardzo liczne objawy, wskazujące na obecność zaburzeń odżywczych, w czasie karmienia rozwijają się nierzadko sprawy chorobowe, których dawniej nie było, pogarszają sprawy, istniejące już przedtem, że wspomnę tu tylko o niedokrewności, błednicy, gruźlicy. Podczas samej ciąży, o ile niema po temu odrębnych powodów, sprawy powyższe przynajmniej pozornie przycichają. Widocznie ustrój kobiety pracuje z całym wysiłkiem, na jaki go stać tylko, aby podołać zadaniom wytwórczym, złączonym z życiem i z rozwojem płodu. Czy w zmniejszaniu się własności trujących moczu kobiet ciężarnych, a więc w zmniejszaniu się ilości toksyn, wydzielanych z moczem, nie wolno upatrywać także tej zwiększonej energii czynnościowej ustroju? Wysiłki takie nie zawsze mogą być bezkarne; znosi je bez szkody ustrój zdrowy i silny, ustrój wątły i słaby odczuwa je nadmiarę, w danym razie wprost im podołać nie może. Po okresie nadmiernego podniecenia czynnościowego i przesilonej pracy nastaje okres znużenia i wyczerpania, okres zmniejszonej biologicznej pobudliwości i zmniejszonej wydatności biologicznej pracy. Stopień wyczerpania i zakres zmniejszonej energii mogą być nader różne, różnemi też będą, jak to łatwo zrozumieć, następstwa i objawy nieprawidłowej czynności.

Zmniejszenie stopnia i wydatności pracy biologicznej znosić może ustrój tylko do pewnych granic; przekroczenie ich równa się ustawaniu bytu i życia. Przed ostatecznością tą bronić się musi ustrój i bronić istotnie może dzięki pewnym urządzeniom wyrównawczym, które polegają na tem, że pewne narządy zwiększają po nad zwykłą miarę swą czynność i albo wprost wspierają i uzupełniają pracę całego ustroju, albo też czynią to pośrednio przez zwiększone wytwarzanie i wydzielanie pewnych istot, służących w części do tego, aby stanowić biologiczną podnietę dla innych narządów, w części zaś do tego, aby niejako wykończać niedokładną i niezupełną pracę tych narządów, czyli innemi słowy, zobojętniać względnie niszczyć szkodliwe wytwory pośrednie przemiany pierwiastków.

Ze zjawiskami wyrównawczemi spotykamy się tak często w przebiegu różnych spraw patologicznych, znanych nam dokładnie, że przez analogię samą przyjmować je wolno i trzeba tam, gdzie wiadomości nasze o istocie i o toku sprawy chorobowej bardzo są jeszcze niedokładne i niepewne. Odnośnie do spraw znanych, wskazać tu można na zastępczą pracę serca w przebiegu chorób płuc, skóry i jelit w przebiegu chorób nerek, gruczołu tarczykowego w przebiegu pewnych zatruć (wól endemiczny, zatrucia w okresie pokwitania, w ciąży) i t. d.

Przyjąwszy jako właściwe tło sprawy chorobowej, nazwanej rozmiękczeniem kości, obniżenie biologicznej sprawności i pobudliwości tkanin, oraz wynikające z tego nadmierne wytwarzanie się toksyn, przyjąć także trzeba w naturalnem i logicznem następstwie zjawianie się czynności wyrównawczych. Spełniają je z wielkiem prawdopodobień-

stwie szpik kostny i jajniki; opierając się na spostrzeżeniach Damscha, tę samą rolę w niektórych wypadkach przypisać można także i gruczołom przyusznym. Pierwszy z wymienionych narządów zmienia swe utkanie, zamienia się na nowo na szpik zarodkowy czerwony, dwa drugie stają się soczystsze, jędrniejsze, zwiększają niekiedy wyraźnie swą objętość, nie zmieniając przytem istotnego utkania. Zmiany te stoją, jak z wszelkim prawdopodobieństwem przypuszczać można, niewątpliwie w ścisłym związku ze zwiększoną pracą biologiczną, którą narządy te spełniać mają. Źródłem jej może być tylko istota komórkowa. Ilość komórek wzróść więc musi bezwarunkowo, zużywanie się komórek musi być przy większej pracy większe, odnawianie się i odbudowywanie szybsze i energiczniejsze. Wynika ztąd potrzeba zwiększonego dowozu materyałów wytwórczych i odżywczych. Właściwą istotę komórek, zwłaszcza zaś najważniejszej ich części, jąder, stanowi ciało białkowate — nukleina, a więc większe jest zapotrzebowanie tego ciała, zamożnego w fosfor, większe zapotrzebowanie fosforu, azotu i potasu. Fosfor i potas stanowią jednak obok magnezyi i wapna najważniejsze składniki istoty kostnej kości. Pewien niedostatek w ich ilości, wywołany nadmiernym zbytem, zaspokajającym jednostronne potrzeby, powodować musi niedokładności w kostnieniu.

Tworzenie się i odnawianie utkania komórkowego nie jest jednak jedynem miejscem zbytu dla fosforu. Przypuścić można a nawet trzeba, że stanowi on ważny czynnik przy tworzeniu się istot, wydzielanych dla potrzeb ustroju przez wspomniane narządy, przypuścić, w myśl doświadczeń Traczewskiego, że tworzy z niemi pewne związki organiczne. A więc drugi powód niedoboru fosforu dla powstawania połączeń chemicznych nieorganicznych, potrzebnych nieodzownie do tworzenia się i odnawiania prawidłowego istoty kostnej. Zasady jednak nie mogą pozostać jako takie, nie połączyć się z kwasami na sole; sole tworzą się, ale w składzie, nieprzydatnym dla kostnienia. Łatwo ztąd pojąć, dlaczego odnawianie się kości jest nieprawidłowe, dlaczego rozwija się w nich sprawa, zwana rozmiękczeniem kości.

Jako dowody, mogące posłużyć na poparcie całego rozumowania, przytoczyćby można fakt zatrzymywania fosforu przez ustrój, stwierdzony mojemi oznaczeniami przemiany pierwiastków, zjawianie się w znacznie większej ilości kwasu fosforowego w kale, aniżeli to ma miejsce w warunkach fizyologicznych, jak niemniej stwierdzone wielokrotnie zatrzymywanie przez ustrój pewnej ilości azotu pokarmów. Nader ważne świadectwo dają tu także wyniki lecznicze, osiągnięte w osteomalacyi przez podawanie fosforu. Ważnych szczegółów dostarczyćby jeszcze mogły oznaczenia potasu. Gdyby się udało i w tym kierunku wykazać bilans dodatni, uzyskanoby jeden dowód więcej, że wydatniejszą i szybszą jest budowa i odbudowa komórek. Oznaczenia kwasu glicerynofosforowego stanowiłyby miarę dla ocenienia rozpadu nukleiny. Oznaczenia kwasu siarkowego w moczu i w kale przy równoczesnych oznaczeniach wapna i kwasu fosforowego, określenie wzajemnej zależności w wydzielaniu tych związków rozjaśniłoby spostrzeżenia kliniczne, wykazujące, że w przebiegu rozmiękczenia kości pojawiają się w jelitach i w kale w większej ilości siarkany, następstwem czego bywają biegunki, a przynajmniej obfite wolne stolce, szczegół stwierdzany względnie często w przebiegu osteomalacyi.

Jako dowody pośrednie na poparcie teoryi samopomocy ustroju i na wytłomaczenie powstawania rozmiękczenia kości skutkiem zmian chemicznych, spowodowanych sprawami biologicznemi, przytoczyć można kilka jeszcze szczegółów.

Znaną jest rzeczą, że u kobiet ciężarnych rozwija się niekiedy sprawa, przypominająca cokolwiek sprawę rozmiękczenia, że tworzą się przytem w ustroju złogi soli wapniowych n. p. na łożysku, na błonach płodowych itd. zjawisko spostrzegane także w niektórych przypadkach osteomalacyi. Ustrój takiej kobiety nie mógł więc, czy nie umiał wytworzyć i zużytkować materyałów dla prawidłowej odnowy kości. Nie mógł, bo części tych materyałów — fosforu i potasu — potrzebował na budowę tkanin komórkowych rozwijającego się w łonie matki płodu. Po porodzie nastają warunki prawidłowe i mimo karmienia dziecka i znacznego zapotrzebowania wapna układ kostny wraca do stanu prawidłowego. W wieku dziecięcym, wśród największego ożywienia czynności rozwojowych, szybkiego rośnięcia, kostnienie odbywa się względnie bardzo powoli, bo na pierwszym planie stoi sprawa tworzenia i odnawiania się komórek. — W wieku dojrzałym nastaje zupełna równowaga. W wieku starszym kostnienie postępuje bardzo szybko, odnawianie się komórek jest już powolne, nowe nie tworzą się zupełnie.

Wszystko to razem wzięte bądź co bądź świadczyć może o tem, że ustrój posiada wszechstronną zdolność zastosowywania się do danych fizyologicznych warunków przez odpowiednie miarkowanie spraw biologicznych. A jeśli dzieje się tak w stanach zupełnego zdrowia, to zupełnie logicznym jest wniosek, że i w razie choroby biologiczne czynności w odpowiedni sposób, wprost w celach obrony, zmieniać się mogą.

V. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Ze szpitala powszechnego w Stanisławowie pod kierunkiem Dra Konkolniaka.

Przypadek ciała obcego w krtani poniżej strun głosowych.

Podał

Dr. Leon Żuławski,

sekundaryusz szpitala.

Jakkolwiek kazuistyka ciał obcych w drogach oddechowych jest bardzo liczną, a w naszem piśmiennictwie przez prof. Pieniążka (patrz „Przegląd chirurgiczny“ Z. III, T. 2) obszernie i pod każdym względem wyczerpująco została opracowaną, zamierzam przypadek swój, jego przebieg i leczenie opisać w tem przekonaniu, że zajmie on czytelnika i nie pozostanie bez pewnej korzyści.

Każdy niemal przypadek ciała obcego w drogach oddechowych okazuje pewną odrębność w zachowaniu się tego ciała, jak niemniej i w oddziaływaniu ustroju na ciało obce; ztąd też objawy patologiczne są zawsze odmienne, a spostrzeganie ich nie jest bez pewnej korzyści dla obznajomienia się doświadczalnie z przejawami fizyologicznymi i patologicznymi krtani. Odmienność przebiegu każdego przypadku prowadzi w następstwie do odmiennego zachowania się w postępowaniu leczniczem i z tego powodu każdy opis dobrze spostrzeganego ciała obcego w drogach oddechowych ma także wartość praktyczną.

Dnia 25 grudnia zeszłego roku zgłosił się do tutejszego szpitala Piotr G., liczący lat 15, skarżąc się na duszność

i kłucie w szyi przy oddechaniu i połykaniu. W wywiadach oświadczył, że pijąc barszcz przed dwoma dniami, zachłysnął się przy pierwszej łyżce, potem dostał napadu duszności i kaszlu i od tego czasu doznaje bolu w szyi po stronie prawej. Napad duszności i kaszlu trwać miał kilka godzin, poczem duszność dość znacznie się zmniejszyła, kaszel występował jedynie chwilami, a głównie dokuczał mu ból silny, kłujący, który przy każdem jedzeniu stawał się większym i zniewalał chorego do wstrzymywania się od picia i jedzenia.

Zewnętrzne badanie szyi dało wynik prawie ujemny, bo jedynie ucisk na prawą stronę krtani w okolicy chrząstki pierścieniowej wywoływał dotkliwy ból i napad kaszlu. Badanie przysłuchowe klatki piersiowej wykazało obecność szmeru cieśni krtaniowej (stenotycznego), po obu stronach tego samego odgłosu i nasilenia, a szmer ten słyszeć się dawał i na odległość.

Już same wywiady i badanie zewnętrzne wskazywały na zmiany w krtani, wywołujące zwężenie tego narządu, a badanie zwierciadłem stwierdziło, że zwężenie to wywołało ciało obce, które utkwiło w krtani pod strunami głosowemi Widoczne w zwierciadle części krtani powyżej więzadeł głosowych, jakoteż i same więzadła, nie przedstawiały żadnego śladu obrażenia; struny głosowe były tylko lekko przekrwione i nie rozchylały się w prawidłowych rozmiarach, przyczem po stronie prawej wybitnie mniej, niż po stronie lewej. Okolice chrząstek nalewkowych i fałdy nalewkowo-nagłośniowe przedstawiały się prawidłowo, bez śladu jakiegokolwiek oddziaływania. Nagłośnia była znacznie nachylona ku tyłowi i dlatego badanie, jakoteż i późniejszy zabieg śródkrtaniowy były nieco utrudnione. Po rozchyleniu się więzadeł głosowych przy oddechu widać z pod prawej strony głosowej sterczące ciało barwy białawej, o połysku ścięgna. Ciało to wystercza z kąta utworzonego przez prawą chrząstkę nalewkową z boczną ścianą i zwrócone jest nieco ku górze i ku przedniemu kątowi głośni. Podczas oddechu przy rozchylonych strunach głosowych miałem wrażenie, jakoby koniec ostry tego ciała sterczał ponad powierzchnią strun głosowych; na szerokość sięgało ono poza linię środkową głośni tak, że rozmiary szpary głosowej prawie do połowy były zmniejszone i ztąd dojście powietrza było znacznie utrudnione. To sprowadzało stałą duszność z objawem cieśni (szmeru stenotycznego), już z pewnej odległości słyszanego. (Vide Rysunek I.)

Wejrzenie i kształt tego ciała obcego wskazują, że mieliśmy do czynienia z płaskim odłamkiem kości o brzegach ostrych i nierównych, wbitym w krtań poniżej prawej struny głosowej. Od czasu do czasu występował krótki napad kaszlu i większej duszności, wywoływany bezsprzecznie drażnieniem dolnych powierzchni strun głosowych przez zwrócony ku górze brzeg blaszki kostnej; stwierdzić to mogłem przy każdorazowem poleceniu choremu wymawiania wysokiego *e*.

Chory, idąc za mojemi wskazówkami, zgłosił się do mego mieszkania prywatnego w celu usunięcia kości drogą śródkrtaniową. Ponieważ nagłośnia była, jak wyżej wspomniałem, znacznie nachyloną ku tyłowi, musiałem być z góry na to przygotowany, że zamierzając wejść do głośni szczypczykami, będę musiał nagłośnię przyrządem ku przodowi odchylić, żeby się uchronić od następowego kaszlu i kurczowego zamknięcia się głośni; to mnie zmusiło do dokładnego znieczulenia samej tylko nagłośni. Zwracam na tę okoliczność uwagę dlatego, że w zwykłych warunkach przy prawidłowem ustawieniu nagłośni można było śmiało wejść do krtani narzędziem bez kokainowania i schwycić ciało obce, zanim odruch nagłośni wystąpi; a kaszel i odruch samej głośni po chwyceniu ciała obcego szczypczykami może być raczej pomocnym. Przy operacyach w tylnej połowie krtani i przy prawidłowem nachyleniu nagłośni zwyczajnie nie używam kokainy, jeżeli nie mam do czynienia ze zbyt drażliwym osobnikiem i jeżeli sam zabieg da się wykonać za jednym ruchem ręki, jak n. p. przecięcie w zapaleniu ochrzęstnej nalewkowej. Kokainowanie nagłośni nie jest zabiegiem obojętnym, gdyż nieraz, czy to wskutek mechanicznego zmaltretowania, czy też pod wpływem kokainy, przychodzi do znacznego zwiotczenia nagłośni, następowego opadania jej ku krtani, co sprowadza utrudnienie w oddechaniu, trwające nieraz przez kilka dni; w tym przypadku miało to także miejsce.

Po dokładnem znieczuleniu nagłośni poleciłem choremu głęboko oddechać i w chwili największego rozchylenia się strun głosowych wszedłem szczypczykami krtaniowemi do głośni, chwyciłem za wystający brzeg kości i wykonując ruchy wahadłowe dla poruszenia wbitej kości, pociągnąłem i wydobyłem... narzędzie — próżne. W chwili cofania narzędzia usłyszałem charakterystyczny trzask, jaki wydały łapki szczypczyków po ześlizgnięciu się z kości. Blaszka kostna była tak silnie wbita, że ruchy wahadłowe wcale jej nie poruszały i przy następowych próbach stale ześlizgiwały się łapki szczypczyków. Wobec tego poleciłem choremu przyjść następnego dnia do dalszych prób.

Rysunek I.



Rysunek. II.



Badanie dnia 26/XII: chory skarży się na znacznie większą duszność i ból w krtani. Przy badaniu zwierciadłem widać nagłośnię jeszcze więcej niż dnia poprzedniego nachyloną ku tyłowi; aby przy głębokim wdechu otrzymać obraz wnętrza krtani, trzeba było nadać choremu pozycyę pochyloną ku przodowi. Wtedy stwierdzić było można struny głosowe nieco więcej przekrwione i widać, że brzeg ciała obcego nie dochodzi już na jakie dwa milimetry do linii środkowej głośni, zresztą brak wszelkich innych zmian, jak obrzęki itd. Nie ulega zatem wątpliwości, że ciało obce pogłębiło się, że przez ucisk więzadeł głosowych przy akcie oddechowym i mówienia ciało to wbija się coraz to bardziej, szpara głosowa zwiększa się, a duszność pomimo tego stała się większą. Ponieważ stan niedowładu (paretyczny) strun głosowych utrzymywał się w tymsamym stopniu, a obrzęków nie było, odniosłem tę zwiększoną duszność do większego nachylenia ku tyłowi nagłośni. Ponowne próby wydobycia ciała obcego na drodze śródkrtaniowej wypadły również ujemnie; wobec czego postanowiłem przez rozcięcie chrząstki pierścieniowej *(cricotomia)* uwolnić chorego od cierpień. Z przyczyn, niezależnych odemnie, mogłem dopiero po dwóch dniach dokonać w szpitalu operacyi.

Obserwując chorego przez te dwa dni, spostrzegłem stałe pogłębianie się ciała obcego i to tak szybkie, że w dniu operacyi można było go dopatrzeć zaledwie przy największem rozchyleniu strun głosowych, jako małą smugę barwy ścięgna popod więzadłem prawem. Szpara głosowa miała już swój kształt prawidłowy, jak poniżej przedstawiony rysunek wykazuje: (Vide Rysunek II).

Z tem szybkiem pogłębianiem się ciała zmniejszała się duszność, natomiast zwiększał się ból przy połykaniu i oddechaniu; głos był nieco chrypliwy, szmer cieśni (stenotyczny) ustąpił prawie zupełnie, struna głosowa lewa była prawidłowa, prawa nieco przekrwiona, wklęsła i mniej sprawna przy ruchach oddechowych i głosowych; nagłośnia w nachyleniu, jak przy badaniu pierwszem.

Dnia 28/XII. wieczorem po rozcięciu chrząstki pierścieniowej wydobyłem przez ranę kość płaską długości 2 ctm., a największej szerokości $1^1/_2$ ctm., o brzegach nierównych,

ostrych, kształtu poniżej na rysunku uwydatnionego (Vide Rysunek III.).

Po wyjęciu ciała obcego i osuszeniu krtani, zeszyłem brzegi chrząstki, powięzi i skóry, założyłem sączek w dolny kąt rany, a na to opatrunek aseptyczny.

Rysunek III.



Następnego dnia duszność i chrypka były znacznie silniejsze, badanie zwierciadełkiem wykazało znacznego stopnia niedowład strun głosowych i silne ich przekrwienie, a na bocznej ścianie krtani pod więzadłem prawem w miejscu ciała obcego — nalot barwy białej. Zastosowałem wdychiwania z chlorkiem amonowym i kokainą i zaleciłem zupełne wstrzymanie się od mówienia. Czwartego dnia po operacyi chory był zupełnie wolny od duszności i bólu przy oddechaniu, głos stał się czysty; jedynie utrzymywał się ból przy przełykaniu. Gorączki nie było, rana goiła się prawidłowo. Obraz krtani prawidłowy: pod więzadłem prawem utrzymuje się jeszcze ślad nalotu.

Dnia siódmego po operacyi wyjąłem szwy, a w kilka dni potem chory opuścił szpital w stanie zupełnego zdrowia.

Samo wpadnięcie w głośnię i przejście przez głośnię tak dużego ciała nie zadziwi nikogo, gdyż liczne spostrzeżenia wykazały, że przy akcie wdechu więzadła głosowe są zupełnie wiotkie i podatne tak, że wobec większego ciała obcego mogą się na boki uchylić i ciało obce przepuścić. W tym przypadku kość wpadła końcem ostrym *a* (Rys. 3), który wbił się nieco w błonę śluzową pod więzadłem prawem; w tej chwili wskutek dotknięcia się błony śluzowej głośni przez ciało obce nastąpił odruchowo skurcz, który uwięźniętą pomiędzy ścianami kość wbił głębiej w błonę śluzową krtani tak, że następujący po skurczu kaszel nie mógł już wyrzucić ciała obcego z głośni. Każdy następny skurcz wbijał to ciało głębiej; po dwóch dniach wystawało ono zaledwie nieco ponad płaszczyznę głośni. Że w tym przypadku kurcz głośni wykonywał pracę wbijania ciała tego w tkankę ściany krtani, wynika z historyi choroby. Dopóki ciało sterczało w głośni, objawy podmiotowe były cięższe i dopóty trwały napady kaszlu.

Przechodząc z kolei do leczenia, zaznaczyć trzeba, że chory zgłosił się nieco za późno tak, że usunięcie ciała obcego na drodze śródkrtaniowej operacyi z powodu znacznego wbicia się kości było prawie niemożliwem. Prawdopodobnie dałoby się uskutecznić w kilka godzin po przypadku, lub przy innej konstrukcyi łapek szczypczyków krtaniowych. Przypuszczam bowiem, że łopatki o brzegach ostrych wbiłyby się w kość i przy pociąganiu nie ześlizgnęłyby się, jak w moim przypadku przy użyciu szczypczyków o brzegach karbowanych. W danym przypadku groziło i to, że mogłem wyciągnąć wbitą kość i ta dopiero w chwili przechodzenia przez głośnię mogła mi się z łapek wysunąć i wpaść do tchawicy. Możliwość ta była jednym z głównych powodów, dla których zaprzestałem dalszych prób i doradziłem choremu rozcięcie chrząstki pierścieniowej *(cricotomia)*.— A teraz zachodziłoby pytanie, czy wobec ustępującej duszności, w miarę pogłębiania się ciała obcego, istniała konieczna potrzeba usunięcia go na drodze operacyjnej, która nie jest przecież zabiegiem obojętnym? Pomijając wskazanie, wypływające z dotkliwego bólu, jakiego chory doznawał przy połykaniu, uważam możliwość następowego zapalenia ropnego tkanki łącznej szyi, które mogło się w dalszym ciągu opuścić do śródpiersia, za jedyne, w tym przypadku rozstrzygające wskazanie do operacyi.

Z przebiegu opisanej choroby wynika, że jeżeli zostaniemy wezwani do podobnego przypadku drugiego lub trzeciego dnia, należy po pierwszej nieudanej próbie śródkrtaniowego wyjęcia przystąpić do tracheotomii.

* * *

VI. Wyciągi.

Gilbert A. i Lereboullet P. **Opoterapia w moczówce cukrowej.** (*Gaz. hebdom. de med. et de chir.* 1901, Nr. 81. Ref. w *Centralblatt für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten* 1902, Nr. 4). G. i L. odróżniają dwie postacie moczówki cukrowej: moczówkę powstającą skutkiem niedostatecznej czynności wątroby (*diabète par ahépatie*) i moczówkę powstającą skutkiem czynności nadmiernej (*diabète par hyperhépatie*). W pierwszej postaci przydarzają się lekkie formy, ilość wydzielanego cukru bywa niewielka, poliurya mierna. Ciężkie objawy moczówki, jak zgorzel, śpiączka i t. d. należą do rzadkości. Wątroba bywa zbitsza i większa. Chorzy okazują najczęściej objawy skazy moczowej. Choroba rozwija się przeważnie u osób starszych, często po przebytej grypie, durze, zapaleniu płuc, róży, czasami dołącza się do kamicy wątrobowej. Drugą postać cechuje obfite wydzielanie moczu i cukru, znaczna aceturya. Rozmiary wątroby są znaczne, zbitość jej i kształt prawidłowe. (Wynika z tego, że autorowie uważają to powiększenie za czynnościowy przerost. *Ref.*). Postęp choroby jest w tej postaci szybki, objawy ciężkie. Śmierć nastaje wśród objawów śpiączki cukrzyczej. W jednej i drugiej postaci uzyskać można według autorów mniej lub więcej dodatnie wyniki zapomocą organoterapii. W pierwszej wskazane są przetwory wątroby, w drugiej przetwory trzustki, w postaci wyciągów. Skuteczność jednego w tych dwóch narządów jest ważnym szczegółem, służącym do rozróżnienia postaci moczówki cukrowej, a więc szczegółem rozpoznawczym. Zdanie to opierają autorowie na spostrzeżeniach, poczynionych na chorych.

Wdzięczniejszym materyałem do leczenia są chorzy, należący do pierwszej grupy, t. j. chorzy cierpiący na moczówkę, która rozwija się w następstwie niedostatecznej czynności wątroby. Wystarcza niekiedy kilka dawek po 12 grm. wyciągu wątroby, aby usunąć cukromocz. Niemniej jednak zalecają autorowie obok leczenia zastępczego także odpowiednią dyetę, wody alkaliczne, mięsienie wątroby; za przeciwskazane uważają przetwory makowcowe, bromowe, salicylowe. W drugiej postaci są powyższe leki wskazane, nie odpowiednie są za to wody alkaliczne. *L. K.* (Kr. kl. l.).

Perujo. **Przyczynek do rozpoznawania wrzodu dwunastnicy.** (*Ref. Centralblatt für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten* 1902, Nr. 4). Za najwcześniejszy objaw wrzodu dwunastnicy uważa P. lekką żółtaczkę. W rzędzie innych podstaw rozpoznawczych wymienia znane zresztą ogólnie szczegóły, jak bóle, występujące w parę godzin po jedzeniu, niedokrewność, stolce krew zawierające. *L. K.* (Kr. kl. l.).

Gilbert A. i Lereboullet P. **Bezpośrednie mięsienie wątroby.** (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.* 1901, Nr. 77. *Ref. Centralblatt für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten* 1902, Nr. 4). Łagodne mięsienie wątroby polecają G. i L. głównie przeciw zastojom w zakresie krążenia żyły bramnej, wywołanym bądź to przez niedomogę serca, bądź też przez marskość wątroby pierwotną lub następową (zanikową i przerostową). Dobre wyniki osiągnąć się dają niekiedy także w przypadkach kamicy wątrobowej i żółtaczki nieżytowej. Przeciwwskazane jest mięsienie przy wieńcogłówce (echinococcus), ropniu, raku i otłuszczeniu wątroby. *L. K.* (Kr. kl. l.).

Gudea y Calvo. **Wycięcie śledziony w zakażeniu zimniczem.** (*El Siglo médico. Ref. Centralbl. für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten* 1902, Nr. 4). U 26-letniej kobiety z olbrzymim zimniczym obrzękiem śledziony, wyciął G. całą śledzionę (waga $3^1/_2$ funta). Po operacyi napady zimnicze powtarzały się dalej w tych samych, co przedtem odstępach czasu. Wycięcie śledziony wtedy jest tylko dozwolone, gdy niema leukocytozy, charłactwa zimniczego, a skrobiawica wątroby i śledziony jest wykluczona: śmiertelność wynosi około 11%. *L. K.* (Kr. kl. l.).

Geigel (Würzburg). **O krwotoku i zatorze mózgowym.** (*Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts* 1901, Zeszyt 39). Obydwie te choroby wywołują szereg objawów, którym dajemy łączną nazwę „udaru mózgowego", a różniczkowe ich rozpoznanie z samych mózgowych objawów przedmiotowych jest prawie niemożliwe. Nie ilość krwi, która każdorazowo jest w jamie czaszki, lecz ilość jej, krążąca w jednostce czasu w naczyniach włosowatych mózgu, jest miarodajną dla odżywienia i prawidłowej czynności istoty mózgowej. Gdzie jednak ciśnienie śródmózgowe się podnosi, muszą się żyły i naczynia włosowate zwężać, co powoduje

zwolnienie krążenia, które oznaczamy jako *adiaemorrhysis cerebri* czyli złe ukrwienie mózgu. Stan ten zaburzonego krążenia powstaje przy krwotoku i zatorze mózgowym i każdy nagły zastój w krążeniu mózgu może wywołać podobne objawy, które występują w udarze mózgowym, mianowicie: omdlenie, zawroty, wymioty i nieprzytomność. Także objawy kliniczne, które zaliczamy do objawów wybitnie uciskowych, jak nieruchome źrenice, wciągnięty brzuch, zwolnienie tętna i t. d. mogą powstać przez zatrucie, osłabienie serca, mocznicę, śpiączkę cukrzycową, i nie są niczem innem, jak następstwem wzmożonego ciśnienia śródmózgowego, nagle powstałej, ostrej *adiaemorrhysis cerebri*.

Podczas udaru mózgowego miejscowe objawy porażenia nie występują jeszcze; natomiast pojawia się wkrótce ważna różnica odruchów, a szczególnie odruchu mięśnia dźwigającego jądro (*cremaster*). Jeżeli pociągniemy kończastem narzędziem po wewnętrznej stronie uda ku narządowi płciowemu, to spostrzeżemy, że u kobiet kurczą się włókna mięśnia skośnego wewnętrznego powyżej więzadła Pouparta, a u mężczyzn ściąga się prócz tego leniwo mięsień dźwigający jądro. Podczas udaru mózgowego brak zwykle po jednej stronie tego odruchu i po tej właśnie stronie spodziewać się należy porażenia kończyn. Objaw oczny i głowowy Prévosta (*déviation conjugée*) jest przelotnym i znika wraz z objawami udaru. Prócz przyczyn znanych krwotok mózgowy może powstać z powodu usposobienia krwotocznego, jak plamica, gnilec, lub ciężkie choroby krwi, np. białaczka i niedokrewność złośliwa. Jeżeli udar mózgowy wystąpi u człowieka młodego, nie cierpiącego na chorobę krwi lub kiłę, możemy z wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć zator mózgowy, szczególnie jeśli stwierdzimy wadę serca. Wobec zatoru udar mózgowy o wiele szybciej sprowadza utratę świadomości, forma zaś przedłużonego udaru zdarza się zwykle przy krwotoku mózgowym.

Im większa jest nieprzytomność i im dłużej ona trwa, tem mniejsze są widoki wyjścia z udaru; a jeśli przy krwotoku mózgowym przytomność w przeciągu pierwszych 24 godzin nie wraca — choćby tylko na krótką chwilę, rokowanie jest bardzo złe. Również rokowanie jest bardzo niepomyślne, jeżeli występuje charczenie, objaw oddechowy Cheyne-Stokesa, nieruchomość źrenic, jeżeli tętno bardzo wolne staje się zbyt częstem, jeżeli brzuch jest nieckowato wciągnięty i powtarzają się wymioty. Natomiast przy zatorze mózgowym polepszenie jest jeszcze możebne, pomimo, że nieprzytomność trwa 24, a nawet 48 godzin i więcej. Z drugiej strony pomyślniej można rokować, jeżeli nieprzytomność nie jest zupełną, jeżeli szybko znika, i jeżeli chorzy pierwszego dnia przynajmniej na pewną chwilę ockną się z nieprzytomności. Zator występuje z upodobaniem po stronie prawej; porażenie czasami ustępuje nadzwyczaj szybko, i może po kilku dniach lub tygodniach zupełnie zniknąć. Z drugiej strony porażenie po krwotoku często jeszcze w późniejszym przebiegu znacznie się może poprawić.

W czasie krwotoku mózgowego nie wolno zmniejszać ciśnienia czaszkowego, jak to najczęściej czynią lekarze przez stosowanie worka z lodem; gdyż tylko wzmożone ciśnienie, — aczkolwiek spowodowało napad, — tamuje krwotok i w tej chwili, kiedy zbitość mózgu i wzmożone ciśnienie śródmózgowe wyrównują ciśnieniu tętniczemu, ani kropli krwi nie może ubyć krążeniu. Worek lodowy należy stosować dopiero wtedy, kiedy ciężkie objawy mózgowe wskazują, że jest czas najwyższy za każdą cenę poprawić krążenie w mózgu, aby nie zostało wstrzymane przez ucisk. Oczywiście, jeśli już worek lodowy na głowie był zastosowany, należy go zostawić, gdyż po jego usunięciu mogłyby się wzmódz objawy udaru. Upust krwi można stosować jako środek ostateczny, jeżeli tętnice doglowowe silnie tętnią, a tętno jest wielkie i napięte, twarz obrzękła i czerwona, a szczególnie wobec ciężkich objawów udaru. Wystarczy poprzestać na zwolnieniu ubrania, ułożeniu chorego z tułowiem miernie podniesionym, zastosowaniu lewatywy i wypróżnieniu pęcherza, a co do reszty należy zachować się wyczekująco. Już po 24 godzinach trzeba zbadać płuca, bo częstokroć powstaje zapalenie opadowe po przeciwnej stronie ogniska mózgowego, i w takim razie powinien chory leżeć na boku wolnym od zapalenia płuc. W niektórych przypadkach nadzwyczaj szybko powstaje ciężka odleżyna nad kością krzyżową; dlatego chorych na udar mózgowy trzeba jak najprędzej ułożyć na poduszce dętej lub wodnej. Wobec zatoru mózgowego nizkie ułożenie głowy i wzmocnienie czynności serca są ze wszechmiar wskazane. Niestety rzadko tylko jesteśmy w stanie rozróżnić w pierwszej chwili te dwie choroby.

Leczenie porażeń przez elektryzowanie mózgu i mięśni rozpocząć można dopiero po 2—3 miesiącach. Bardzo ważnem jest zapobieganie następowym przykurczeniom członków porażonych, które najczęściej przeszkadzają powrotowi ich ruchomości. Po kilku tygodniach bowiem następuje stężenie porażonych kończyn tak, że ramię jest przyciągnięte (w addukcyi), skręcone na wewnątrz (w rotacyi) i zgięte w łokciu; przedramię również skręcone na wewnątrz (w pronacyi), a palce i kciuk wbite w dłoń. Również kończyna dolna jest sztywna, zgięta w kolanie, a stopa w położeniu kopytowo-szpotawem. Munk dowiódł na podstawie doświadczeń na małpach, iż przykurczenia te są jedynie następstwem nieczynności, a zapobiedz im można przez systematyczne wykonywanie ruchów biernych. Dlatego już po 2—3 tygodniach po katastrofie musimy przystąpić do systematycznego wyprostowywania mięśni, posiadających skłonność do przykurczeń i wykonywać je dwa razy dziennie z żelazną wytrwałością całymi miesiącami w ciągu 5—10 minut. Jest to jedyny środek, który może zapobiedz przykurczeniom. *Dr. J. Fels.*

Seeligmann. **Przyczynek do etyologii i terapii świądu sromu.** (*Deutsche med. Wochs.* 1902, Nr. 9). Tak w marskości przedsionka sromowego (*kraurosis*), jak i świądu sromu (*pruritus vulvae*) jednym z pierwszych objawów jest silny świąd i pieczenie; z tego powodu w samym początku oba te cierpienia łatwo pomięszać. Badanie dokładniejsze sromu ułatwia rozpoznanie: w świądzie sromu skóra jest więcej obrzękła, zaczerwieniona, o połysku wilgotnym; w marskości przedsionka sromowego skóra od początku jest sucha, szaro-biała. Przeprowadzając badania bakteryologiczne w świądzie sromu znajdował autor diplokoka, podobnego do gonokoka, a różniącego się tylko sposobem barwienia i odmienną postacią hodowli. Nieprzyjemne pieczenie ustaje po przykładaniu na wacie 10% guajakolwasogenu; jeżeli pieczenie mimo kilkodniowego użycia nie zniknęło, to jest to marskość przedsionka sromowego, i tę może wyleczyć tylko zabieg operacyjny. *P.*

Lommel. **Mylne rozpoznanie na podstawie odczynu Gruber-Widala.** (*Münch. med. Wochs.* 1902, Nr. 8). Autor przytacza przypadek posocznicy, rozpoznanej przy sekcyi u położnicy, leczonej na dur na podstawie odczynu Gruber-Widala. Punktem wyjścia ogólnego zakażenia były ropnie w jamie macicy. Ponieważ odczyn Widala dają często choroby, wywołane przez prątek okrężnicowy, jak żółtaczka, ostre nieżyty kiszek itp., przypuszcza więc autor, że i w tym przypadku prątek okrężnicowy musiał brać udział w ogólnem zakażeniu i ztąd powstał odczyn Widala. *P.*

Ch. Mantoux. **O przemijającem pojawianiu się objawu Argyll-Robertsona w przebiegu wiądu rdzenia.** (*La Presse médicale*, 1901, Nr. 104). Niektóre z objawów wiądu rdzenia, np. ślepota, raz wystąpiwszy, nie ustępują już zupełnie, inne mogą poprawić się lub ustąpić, jak n. p. porażenia oczne, bóle przeszywające, bezwład; inne wreszcie takie, które pojawiają się przemijająco, jak t. zw. „crises gastriques“ lub „laryngées“.

Objaw Argyll-Robertsona jest uważany ogólnie jako objaw stały. Wszelako już dawniej Erb zwrócił uwagę na jego zmienność. Autor opisuje jeden przypadek z własnego doświadczenia, oraz dwa podobne przypadki Eichhorsta i jeden Manoussiego i na tej podstawie dochodzi do następujących wniosków:

1) Objaw Argyll-Robertsona i wogóle zmiany w źrenicy mogą się pojawiać przemijająco w przebiegu wiądu rdzenia i to w początkowym okresie, lub po kilku latach trwania choroby. 2) Czas trwania objawu może być krótki (jeden dzień), lub rozciągać się na całe miesiące. 3) Pojawianie się i znikanie zmian w źrenicy może być połączono z pojawianiem się t. zw. „crises gastriques“. *Dr. M. Blassberg.*

Dr. H. Marx. **O wyrośli kostnej na kości udowej.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1902, Nr. 3). Marx drogą operacyjną uzyskał preparat kostniaka kości udowej, wyrastającego z trzonu kości (nie z chrząstki nasadowej). Na preparacie wpadało w oko przedewszystkiem podobieństwo do dolnej nasady kości udowej (u dziecka). Na podobieństwo tych wyrośli do różnych rozwiniętych kości szkieletu zwrócił już uwagę H. Braun. *Herman.*

Docent Mańkowski (Odessa). **W sprawie cytotoksyn. Tyreotoksyny.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 6). Mańkowski wstrzykiwał kotom do jamy brzusznej zawiesinę gruczołu tarczykowego psów w 0,8% roczczynie chlorku sodowego; po trzech wstrzyknięciach, z przerwą dwutygodniową, otrzymał on surowicę, która posiadała własności hemolityczne względem krwi psów. Badania z tą surowicą doprowadziły M. do następujących wniosków: 1) pod wpływem wstrzykiwań do jamy brzusznej kotom zawiesiny zdrowego gruczołu tarczykowego psów, surowica krwi kotów nabywa własności swoistych względem gruczołu tarczykowego psów, staje się mianowicie tyreotoksyczną; 2) swoiste działanie tej surowicy zawiera się w szkodliwym jej wpływie na gruczoł tarczykowy i objawia się zaburzeniami czynnościowemi, przypominającemi te, które występują u psów po wycięciu gruczołu tarczykowego; 3) działanie to występuje zarówno przy wstrzykiwaniu surowicy bezpośrednio do miąższu gruczołu tarczykowego, jak i przy wstrzykiwaniu do naczyń krwionośnych, lub do jamy brzusznej; 4) pod wpływem surowicy komórki gruczołu tarczykowego ulegają zmianom morfologicznym.

Witold Orłowski (Ptbg.).

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Koelbl. **Alboferyna.** (*Wiener med. Blätter*, 1901, Nr. 21) Jest to przetwór, który zawiera w sobie 90% białka, 0·68% żelaza, 0·32% fosforu, 0·13% połączeń amidowych i sporą ilość soli mineralnych. Podaje się go 3—4 razy dziennie po łyżeczce od kawy przeciw błednicy, krzywicy, osłabieniu ogólnemu i osłabieniu nerwowemu. (Dotychczasowe doświadczenia, wykonywane z lekiem tym w klinice krakowskiej chorób wewnętrznych, zdają się przemawiać za jego skutecznością. Działalność przetworu tego podobna jest do „triferyny" Salkowskiego, której skuteczność także w krakowskiej klinice chorób wewnętrznych została dostatecznie stwierdzona). (*Referent*). *E. K.* (Kr. kl. l.).

Kreke. **Vioform,** jako lek zastępujący jodoform. (*Münch. med. Wochs.* 1901, Nr. 33). Lek ten ze stanowiska chemicznego jest jod — chlor — oksychinoliną; jest bezwonny, wstrzykiwany pod skórę w ilości ½ grm. posiadać ma wybitne własności hemotaktyczne. W dawkach tych nie działa trująco, a nawet uśmierza ciepłotę ciała. Warto go stosować w odpowiednich przypadkach zamiast jodoformu. *E. K.* (Kr. kl. l.).

Paldlock. **Jodipina.** (*Petersb. med. Wochs.* 1901, Nr. 45). Jodipina jest połączeniem jodu z tłuszczem, które powstaje przez działanie jod-mono-chlorydu na olej sezamowy. Przetwór ten bywa wessany dopiero w jelitach, a rozszczepia się na swe składniki dopiero we krwi i w tkankach. Może być także używany z pomyślnym skutkiem w postaci wstrzykiwań podskórnych. Bez ubocznych skutków i bez pojawiania się objawów jodyzmu używać go można dziennie do 20 grm. (Według doświadczeń, przedsiębranych w krakowskiej klinice chorób wewnętrznych, lek ten zasługuje istotnie na polecenie. *Ref.*). *E. K.* (Kr. kl. l.).

VIII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 21 marca 1902 r. w Zakładzie fizyologicznym Uniwersytetu.

Przewodniczący: kol Sołowij. obecnych członków 42.

Kol. Beck okazał nowo sprowadzony dla zakładów medycyny teoretycznej przyrząd rzutowy (projekcyjny) i objaśnił zastosowanie jego w fizyologii. Wyjaśniwszy teoretycznie i na rysunkach szematycznych działanie przyrządu tego, przystąpił prelegent do demonstracyi, rzucając na ekran obrazy drobnowidowe. rysunki, krzywe, oraz przebieg kilku doświadczeń fizyologicznych. *Dr. Ruff*, sekretarz.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy.

Sprawozdanie z 17 posiedzenia Wydziału w dniu 25 lutego 1902 r.

Po odczytaniu nadesłanych pism i petycyi, które przydzielono poszczególnym referentom, przedłożył prof. Jordan opracowaną prawniczo przez prof. Rosenblatta petycyę do Rządu i Rady państwa w sprawie ustawy o przymusowem ubezpieczeniu lekarzy. Uchwalono wydelegować do Wiednia z petycyą tą prof. Jordana, jako prezesa Tow. i Dra Bogdanika, jako wiceprezesa. Przewodniczący Komisyi prasowej kol. Ciechanowski zdał sprawę z dotychczasowych czynności tej komisyi, która od nowego roku zamieściła w dziennikach politycznych 4 różne artykuły, dotyczące stanu lekarskiego. Uchwalono otworzyć bezzwłocznie biuro ściągania zaległych honoraryów lekarskich dla członków Towarzystwa, którzy w sprawach tych winni się zgłaszać pisemnie do Wydziału na ręce sekretarza. W końcu uchwalono, w myśl referującego jednego z członków Wydziału, przejść do porządku dziennego nad wnioskiem kol. G. i wnioskiem kol. R., jako niewykonalnymi. *(Streszczenie protokołu).* *Dr. Langie*, sekretarz.

Sprawozdanie z 18 posiedzenia Wydziału w dniu 18. marca 1902 r.

Przewodniczący prof. Jordan zdaje obszerne sprawozdanie z pobytu i zabiegów w Wiedniu delegatów, wysłanych z petycyą do Rządu i Rady państwa w sprawie ubezpieczenia lekarzy[1]). Sekretarz zawiadamia, iż kopię petycyi rozesłano wszystkim Izbom, Towarzystwom, czasopismom i Wydziałom lekarskim w Cislitawii, wraz z odpowiednimi listami, w których proszono o solidarne współdziałanie i popieranie tej sprawy. Uchwalono podziękowanie delegatom za trudy poniesione w Wiedniu, oraz podziękowanie prof. Rosenblattowi za bezinteresowną pomoc i wskazówki przy układaniu petycyi. W sprawie ściągania zaległych honoraryów uchwalono podejmować się tego tylko dla tych kolegów, którzy przynajmniej od 3 miesięcy są członkami Towarzystwa samopomocy, oraz likwidować na rzecz Towarzystwa 15% od honoraryów do 100 kor., a 10% od wyższych ponad 100 kor. W sprawie nowego rozporządzenia przy szczepieniu ospy uchwalono wysłać do c. k. Namiestnictwa odpowiednią prośbę[2]), zwracając uwagę na ogromne obciążenie materyalne lekarzy, jakie rozporządzenie to za sobą pociąga. Na posiedzeniu poufnem uchwalono: udzielić kol G. 200 kor. tytułem pożyczki i załatwiono dwie osobiste sprawy kol. D

W lutym przystąpili do Towarzystwa następujący nowi członkowie: kol. Ackerman (Kraków), Dornfest (Bircza), Gładyszowski (Tarnopol), Kluszyński (Piotrkowice na Szląsku), Mańkowski (Lwów), prof. Mars (Lwów), Mazanek (Złoczów), poseł Opydo (Wadowice). Śnieżek (Rudki), Sołowij (Lwów), Szydłowski (Lwów). *(Streszczenie protokołu).* *Dr. Langie*, sekretarz.

Sprawozdanie z 19 posiedzenia Wydziału w dniu 28 marca 1902 r.

Przewodniczący prof. Jordan zawiadamia, iż otrzymał list od Tow. lek galicyjskich, w którym Towarzystwo proponuje Zjazd delegatów obu Izb galicyjskich i 3 Towarzystw lekarskich z delegatami Tow. samopomocy. celem porozumienia ustnego w sprawie ubezpieczenia lekarzy, oraz unormowania stosunku czynności Tow. samopomocy do obu Izb i innych Towarzystw lekarskich galicyjskich. Po dłuższej i ożywionej dyskusyi uchwalono zgodzić się na propozycyę Tow. lekarzy galicyjskich i odbyć naradę w Krakowie dnia 7 kwietnia o godz 10 rano. Jako delegatów ze strony Tow. samopomocy wybrano prof. Jordana i Dra Langiego, dając im zarazem dyrektywę, aby imieniem Tow. samopomocy ani na krok nie odstąpili od zasad, zawartych w uchwalonym przez Walne zgromadzenie projekcie ubezpieczenia lekarzy, który to projekt, wniesiony już w formie petycyi do Rządu i Rady państwa, doznał tak w sferach decydujących, jak i u większości lekarzy austryackich, życzliwego przyjęcia.

Z kolei sekretarz zawiadomił, że otrzymał pismo od Towarzystwa czeskich lekarzy dentystów, w którym Wydział tegoż Towarzystwa zawiadamia, iż uchwalono jednomyślnie petycyę Towarzystwa samopomocy popierać za pośrednictwem klubu czeskiego w parlamencie. Również prof. Chiari z Pragi nadesłał list, wyrażający uznanie dla całego projektu i przyrzeczenie jak najenergiczniejszego popierania go. W końcu odczytano kilka artykułów z różnych dzienników wiedeńskich (politycznych i lekarskich), omawiających pochlebnie cały projekt. W marcu przystąpili do Towarzystwa nowi członkowie: Dr. Szostkiewicz z Ropczyc i Dr. Millet z Dąbrowy. *(Streszczenie protokołu).* *Dr. Langie*, sekretarz.

Sprawozdanie z 20 posiedzenia Wydziału w dniu 15 kwietnia 1902 r.

Przyjęto do wiadomości sprawozdanie skarbnika za I. kwartał b. r. Dochód: 2444 k., wydatki 1422 k., pozostaje 1022 k. Dr. Langie i prof. Jordan zdali sprawę z przebiegu obrad Zjazdu delegatów Izb i Tow. lekarskich, odbytego 7 kwietnia w Krakowie. Z kolei Dr. Langie przedłożył pismo jednego z kolegów z prowincyi z prośbą o zajęcie się sprawą wyzyskiwania lekarzy kolejowych Oddano do referatu jednemu z członków wydziału. Dr. Langie przedłożył wniosek kol. Sękiewicza z Turki, w którym proponuje, aby zanim ustawa o ubezpieczeniu wejdzie w życie, pójść na razie za przykładem »Wohlfartsverein für Hinterbliebene der Aerzte Wiens,« celem niesienia wydatniejszej pomocy wdowom po lekarzach-członkach. Uznano, że myśl sama i sposób, w jaki ją wiedeńskie Towarzystwo wykonywa, są dobre i praktyczne, przekazano zatem wniosek ten 2 członkom wydziału z poleceniem zebrania odpowiedniego materyału statystycznego i przedłożenia referatu na jednem z najbliższych posiedzeń. Zgodzono się na rewizyę statutu Towarzystwa, a prace przygotowawcze powierzono 2 referentom. W końcu załatwiono poufną sprawę jednego z kolegów i przyjęto do Towarzystwa następujących nowych członków: Dra Miszke z Frysztatu (na Śląsku), Dra Miodońskiego z Buczkowic i Dra Sołtysika z Husiatyna *(Streszczenie protokołu).* *Dr. Langie*, sekretarz.

[1]) Sprawozdanie to ogłoszonem było w Nrze 12 »Przeglądu lekarskiego«.

[2]) Pismo to było ogłoszone *in extenso* w Nrze 13 »Przeglądu lekarskiego«.

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Uwagi nad okólnikiem c. k. Namiestnictwa, dotyczącym nowych zarządzeń przy szczepieniu ospy.

Sprawa postępowania aseptycznego przy ochronnem szczepieniu ospy metodą Dra Paulego, zalecona okólnikiem c. k. Namiestnictwa z dnia 21 stycznia 1902 r., l. 141.863, wywołała wśród ogółu lekarzy naszego kraju słuszne zainteresowanie.

Wyraz temu zainteresowaniu dali lekarze powiatu brzeskiego na zebraniu, które się odbyło w Brzesku dnia 5 b. m. Obszerną dyskusyę, jaka się wywiązała na ten temat, zakończono jednomyślną uchwałą, która opiewa:

Żaden lekarz praktykujący powiatu brzeskiego nie przyjmie obowiązku szczepienia tak długo, dokąd ze strony właściwej nie zostanie zapewniony zwrot kosztów i odpowiednie wynagrodzenie za zwiększoną pracę i wydatki, połączone z nowym sposobem szczepienia.

Nie kwestyonując samej metody Dra Paulego ze stanowiska naukowego, podniesiono wśród dyskusyi bardzo poważne zarzuty, które wartość tej metody uczynić muszą w praktyce co najmniej wątpliwą. Wystarczy bowiem pominąć jedno tylko z wymagań, jakie podaje Dr. Paul w swojej rozprawie, aby cały gmach misternie przez autora zbudowany runął. Wyłom taki uczyniło już c. k. Namiestnictwo przez wyłączenie ochronnych nakrywek na miejsce szczepienia, pozostawiając rankę powstałą po zaszczepieniu własnemu losowi. To samo można powiedzieć o następowem łeczeniu rozwiniętych już krostek (pustułek), które to leczenie w znikomo małym odsetku, bo tylko w domach inteligentnych, ale nigdy lub prawie nigdy w warstwach mniej oświeconych przeprowadzićby się nie dało należycie. Dwa te wyłomy w 9-ciu niejako przykazaniach Dra Paulego wystarczają zupełnie do gruntownego osłabienia wartości aseptycznego szczepienia.

Obok tych powodów poruszono wiele innych szczegółów, wymagających w naszych stosunkach pewnego uproszczenia całej manipulacyi, jak możliwość zatrucia dzieci parującym eterem, zaleconym do zmywania pola operacyjnego, wybuchu lampki spirytusowej, oparzeń i t. p. Prawda, że niebezpieczeństwa takiego można łatwo uniknąć w mieszkaniach obszernych, należycie przewietrzanych i przy odpowiedniej pomocy, ale trudniej na wsi, w izdebkach nieraz ciasnych i nizkich, zwłaszcza gdy lekarz nie może w każdej chwili mieć uwagi zwróconej na wszystko, co się około niego dzieje. Dr. Paul, uprzedzając — jak się zdaje — wydać się mające normy postępowania przy szczepieniu jego metodą, doradza sprowadzić liczbę szczepionych najwyżej do 50 na jeden termin. Całkiem słusznie. Lecz właśnie ta rada stawia otwartą kwestyę stosunku pracy, straty czasu i zwiększonych kosztów podróży do wynagrodzenia, jakie lekarz za to wszystko powinien otrzymać. Kwestyę tę uważać należy w obecnym stanie rzeczy za najaktualniejszą. Dlatego ogólne było zdanie między zebranymi, że jak długo nie będzie zmieniony system szczepienia i unormowane wynagrodzenie za tak skomplikowaną i równie z trudnościami, jak ze znaczną stratą czasu, połączoną czynność, tak długo żaden lekarz nie powinien przyjmować szczepienia według metody Dra Paulego, zaleconej w ostatniej chwili przez c. k. Namiestnictwo galicyjskie. Takie i t. p. motywa skłoniły zebranych lekarzy, t. j. Drów: Bernackiego, Bergera, Bernadzikówskiego, Dunajowicza, Grzybczyka, Janczego, Kluczyńskiego, Knauera i Łowczowskiego do powzięcia na wstępie podanej uchwały.

Sprawą tą powinien się zająć jak najrychlej Wydział krajowy, względnie Sejm. I jak długo z tej strony nie podniesie się głos stanowczy, dotąd będzie ogół lekarzy uważać wprowadzenie aseptycznego szczepienia w naszym kraju za połowiczo załatwione, a tem samem za niemożliwe do poważnego traktowania.

Brzesko, 10 kwietnia. *Dr. B.*

Ogłaszając ten wynik narady kolegów powiatu brzeskiego, poczuwamy się do obowiązku oświadczyć, że na razie uważalibyśmy dalszą dyskusyę nad treścią okólnika Namiestnictwa z dnia 21 stycznia b. r. za bezcelową, a to głównie z tego powodu, że z najautentyczniejszego źródła wiemy, że w roku bieżącym władza zajętego stanowiska nie zmieni.

W pojęciu Namiestnictwa tegoroczne szczepienie, o ile dotyczy wynagrodzenia za nie lekarza, ma być poniekąd miarodajnem: po skończonem szczepieniu władza będzie mogła nabrać pewności, o ile zaprowadzenie szczepienia aseptycznego wymagać będzie od lekarza więcej czasu, niż szczepienie sposobem dotychczasowym, innemi słowy — władza będzie w stanie oznaczyć, ile dzieci dziennie lekarz będzie mógł zaszczepić. Z drugiej strony zamierza Namiestnictwo odnieść się do innych krajów monarchii w celu porównania tamtejszych norm wynagrodzenia lekarzy za szczepienie, z normą, ustanowioną w Galicyi.

Wobec takiego zapatrywania nie zamierza władza w roku bieżącym zmieniać zajętego stanowiska, a w chwili obecnej nawet nie jest w stanie zapewnić, czy je zmieni w przyszłości, i dopiero doświadczenie tegoroczne i porównanie z normami przyjętemi w innych prowincyach, rozstrzygną o ostatecznem postanowieniu, czy i jakie zmiany w wynagrodzeniu lekarzy za szczepienie należy wprowadzić.

Co się tyczy wezwania, by Wydział krajowy zajął się tą sprawą, to znowu możemy zapewnić, że Namiestnictwo rozesłało „okólnik" po zupełnem porozumieniu się z władzą krajową, a może nawet z inicyatywy Wydziału krajowego. (*Redakcya*).

* * *

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 24 kwietnia.

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Eisenberg miał odczyt: »O nowych teoryjach odporności«.

* Wydział lekarski Uniw. Jagiel. rozpisał konkurs na posadę asystenta przy katedrze chemii lekarskiej. Płaca roczna wynosi 1400 koron. Podanie należy złożyć w kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 28 kwietnia.

* W myśl uchwały Wydziału lekar. Uniwersytetu Jagiellońskiego dr. Emil Godlewski mianowany został docentem anatomii i embryologii.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiel. otrzymali: Ludwik Filimowski, Władysław Jasiński, Gustaw Wierzbicki, Antoni Blumenfeld, Rudolf Kułakowski i Stanisław Kwiatkowski.

* Lekarze w Radomiu krzątają się około założenia miejscowego Towarzystwa lekarskiego.

* Pierwszy Nr. »Przeglądu zdrojowego«, czasopisma poświęconego wyłącznie sprawom zdrojowisk i uzdrowisk krajowych, opuścił prasę. »Przegląd zdrojowy« wychodzić będzie co dwa tygodnie w ciągu sześciu miesięcy kąpielowej pory roku. Słowo wstępne »Od Redakcyi« zawiera głębsze myśli, dotyczące naszego bytu społeczno-ekonomicznego i korzystnie odbija od szablonowych programów nowo powstających czasopism. Dr. Jekeles podał wyczerpujący opis uzdrowiska i zakładu wodoleczniczego w Bystrej, uzupełniony udatną ilustracyą. Dr Binder przedstawił »Meran dziś a ongi«, wymieniając wszelkie czynniki lecznicze, którymi rozporządza to uzdrowisko. Zeszyt zakańcza rubryka ocen i rozmaitości. Redaktorem »Przegl. zdroj.« jest dr. K. Flis, redaktorem odpowiedzialnym i wydawcą p. Zygmunt Rosner. Cel wydawnictwa i staranna redakcya pierwszego numeru każą dobrze wróżyć nowemu czasopismu.

* Międzynarodowy Kongres prasy lekarskiej odbył się, jak to donieśliśmy w N. 14 »Przegl. lek.« między 7 a 9 b. m. w Monaco. Następujące kraje wysłały swych delegatów: Anglia, Austrya, Niemcy, Czechy, Belgia, Dania, Hiszpania, Francya, Holandya, Włochy i Norwegia. Usprawiedliwili swoją nieobecność delegaci: Szwecyi, Węgier, Stanów zjednoczonych, Ameryki południowej i Kanady. Odmówiła udziału w Kongresie Rosya. Na porządku dziennym rozpraw Kongresu były trzy sprawy: 1) statut międzynarodowego Związku prasy lekarskiej 2) konwencya, zmierzająca do poszanowania własności literackiej w zakresie prasy lekarskiej; 3) założenie centralnego biura informacyjnego prasy lekarskiej. »Brak czasu« miał przeszkodzić wyczerpaniu całego porządku dziennego i tylko dwa pierwsze punkty programu zostały przedyskutowane i poddane pod uchwały; punkt trzeci przekazano zgromadzeniu delegatów, które odbędzie się w Madrycie podczas Międzynarodowego Kongresu lekarskiego. Stwierdzić należy, że delegaci w istocie mało mieli czasu na obrady, skoro w ciągu trzech dni wzięli udział w siedmiu różnego rodzaju uroczystościach i wycieczkach. Na tego rodzaju poważne sprawy i obrady wybór Monaco na miejsce Kongresu stanowczo był niestosowny. Do szczegółów odbytego Kongresu i jego uchwał jeszcze powrócimy.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa Tydzień XV (6—12—IV) Ludność średnia roczna 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 22, urodziło się dzieci 80, zmarło osób 66 — mianowicie: z gruźlicy 12 (2 zam.), z zapalenia płuc 15 (1 zam.), z błonicy 1, z płonicy 8 (2 zam.), z cholery dziecięcej 1.

* Między 9 a 15 kwietnia doniesiono władzy o przypadkach ospy w Galicyi w dwóch powiatach: nowosądeckim (1 gm.) i turczańskim (1 gm.). Dur osutkowy stwierdzono: we Lwowie (4 przypadki) w powiatach: bohorodczańskim, (1 gm.), drohobyckim, (1 gm.), grodeckim (1 gm.), jaworowskim (4 gm.), kałuskim (1 gm.), kołomyjskim; (1 gm.), mościskim (1 gm.), myślenickim (1 gm.), nadworniańskim (3 gm.), nowosądeckim (1 gm.), niskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), skałackim (1 gm.), stanisławowskim (2 gm.), stryjskim (1 gm.), tarnopolskim (2 gm.), tłómackim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Wszystkich przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 89; w tygodniu poprzedzającym 131.

Mianowania i odznaczenia. Prof. nadzwycz. patologii dr. Fedeli mian. został prof. zwyczajnym w Pizie.

Nekrologia. Dr. Inzani, b. prof. patolog. anatomii, umarł w Parmie. Dr. Rendu, głośny klinicysta, zakończył życie w Paryżu, licząc lat 58.

Bibliografia:

— *Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich* Z. 2. Marischler: O wpływie produktów drobnoustrojów kałowych (toksyn) i wyciągów kałowych na narząd krążenia. J. Nusbaum: Studya porównawcze nad regeneracyą. I. O przejawach morfologicznych przy odradzaniu się sztucznie usuwanego tylnego oddziału ciała u Enchytraeidów. Kučera: Studyum nad morfologią prątka nosaciznowego. W. Kulczycki: Przypadek »Ectopia cordis« u cielęcia.

— *Postęp okulistyczny* (marzec). Strzemiński: Jaskra, jako skutek zapalenia ostrego tęczówki. Noiszewski: Znaczenie pochłaniania i załamania w powietrzu promieni słonecznych dla objawu Purkinjego i adaptacyi siatkówki.

— *Medycyna* Nr. 16. F. Arnstein: Kilka uwag o rozpoznawaniu płonicy i jej nawrotach. Kopczyński: Przypadek syfilisu opon i rdzenia w części lędźwiowo-krzyżowej z niezwykłemi zaburzeniami odżywczemi (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 16. Dzierzgowski: Przyczynek do sprawy uodporniania zwierząt przeciw błonicy, oraz do sprawy wyrobu surowicy przeciwbłoniczej (dok.). Męczkowski: Spondylosis rhizomelica (dok.).

— *Przegląd higieniczny* Nr. 4. Piasecki: Jak uprzyjemnić ćwiczenia cielesne? Szulisławski: O nowej metodzie Wingena do oznaczania dziennego światła w szkołach.

— *Przegląd felczerski* Nr. 8. L.: Zapalenie. M.: Zapobieganie wadliwym położeniom płodu. R.: 1) Ospa naturalna. 2) Opatrunki (c. d.). 3) Technika sekcyi zwłok.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 3. Krakowski: Alumnol-cementnowy cement przeciwgnilny.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 16. Hausman: O vlastních zkušenostech při lumbální analgesii eucainem *a*. Zahradnický: O léčení ileu atropinem. Remeš: Několik případů z praxe.

— *Sbornik klinický* Nr. 4. Maixner: Poznámky ku paroxysmalní tachykardii. Čeněk Simerka: Příspěvek ku pathologii XI nervu mozkového. Hellich: Příspěvky k normální i pathologické stavbě lichy lidské. Hlava: Dermoidalní embryom mozku.

— *Liečnický Viestnik* Nr. 4. Vrbanič: Chiruržka kazuistika. Müller: Djelovanje thyreojodina u tri slučaja idiotije (myxoedema). Belohlavek: Diagnoza trudnoće u prvih pet mjeseci i moguće zablude.

— *La Presse médicale* Nr. 30. Séglas: Padaczka i brak pamięci wstecznej. Loubet: Rany wątroby zadane nożem. Véron: Zapalenie wyrostka robaczkowego wskutek połknięcia ciał obcych.

Nr. 31. Chauffard: O śródpiersiowych surowiczych zapaleniach opłucnej. Devaux i Merklen: O neuronofagii.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 15. Illyés i Kövesi: Rozcieńczanie moczu, jako sposób do rozpoznawania sprawności nerek. Ritter: Leczenie wątłych dzieci. Marschalko: Czy rzeżączka nierządnic jest uleczalna? Ehrlich i Sachs: O wielorakości uodporniających składników surowicy (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 15. Köster: Przypadek dotychczas nieopisanej lokalizacyi porażenia ołownego. Boas: Przyczynek do nauki o kamicy żółciowej. Heller: Drobniejsze przyczynki do sprawy gruźlicy. Brion i Kayser: O rodzaju choroby, w przebiegu której znajdują się we krwi prątki, podobne do durowych. Stursberg: O zachowaniu się odruchów kostnych u osób histerycznych. Strubell: O refraktometrycznych badaniach krwi. Strupler: O ostrym otoku z odmą piersiową przy uwięzłej przepuklinie przeponowej. Plesch: Ulepszony sposób opukiwania.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 16. Jellinek: O wpływie elektryczności na ustrój zwierzęcy. Klein: Przyczynek do nauki o aglutynacyi krwinek czerwonych. Kreidl i Aleksander: Zarys statystyki cielesnego i duchowego rozwoju głuchoniemych w Austryi w pierwszym roku ich życia. Weichselbaum: Obecny stan wiedzy o powstawaniu gruźlicy i jej zapobieganiu (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 16. Ramon y Cajal: Zakończenie zewnętrznych wstęg (lemniskus), czyli drugorzędny tor nerwów słuchowych. Gowers: Myastenia i oftalmoplegia. Lauder Brunton: O zastosowaniu azotanu i azotynu potasowego w przewlekłem wzmożonem napięciu tętniczem. Charrin: O wielorakości chorobliwej wydzieliny, wytwarzanej przez tę samą bakteryę. Bechtierew: O napadach przymusowego śmiechu, połączonego z tężcowymi kurczami i swiądem w ramieniu lewem. Marinesco: Przyczynek do nauki o połowicznem porażeniu dziecięcem. Patella: Cytodyagnostyka wypocin i wysięków. Pochodzenie i znaczenie t. zw. limfocytów wypociny gruźliczej. Curschmann: O krwotokach śmiertelnych w przewlekłych zastojach w żyle bramnej. Eichhorst: Chorobowe zmiany w sercu. t. zw. »Zuckergussherz«. Donath: Przypadek rzekomego zapalenia błon mózgowych. Benedict: Przyczynek do nauki o żółtaczce ciężarnych. Hamel: O godnym uwagi przypadku niedokrewności złośliwej. Strauss: Przyczynek do metody ilościowego oznaczenia indykanu.

Redakcya otrzymała. Trzebicky: Zur extraction Fremdenkörper aus Pharynx und Oesophagus.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 30 kwietnia, o godz. 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem koledzy: Gliński i Horoszkiewicz mówić będą: „O zmianach mikroskopowych w oddzielającej się pępowinie, oraz o sądowo-lekarskiem znaczeniu tych zmian“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 3 Maja 1902. Nr. 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z pracowni chemiczno-fizyologicznej szpitala wojskowego w Moskwie.**

Ośrodek odruchowy gruczołów trawieńcowych.

Podał

Dr. L. Popielski.

Docent fizyologii.

Pracę niniejszą przedsięwziąłem w celu oznaczenia siedziby ośrodka odruchowego gruczołów trawieńcowych. Wszystkie poszukiwania i doświadczenia moje przeprowadziłem na psach. Pierwszem zadaniem mojem było sprawdzenie, czy czynność gruczołów trawieńcowych w istocie odbywa się na drodze odruchowej. W tym celu założyłem psu przetokę żołądkową i rozciąłem przełyk (oesophagotomia); podczas ostatniej operacyi przeciąłem także jeden nerw błędny [1]). Po niejakim czasie przeciąłem i drugi nerw błędny dla usunięcia wpływu psychicznego, a następnie przystąpiłem do doświadczeń: lewatywy z bulionu nie wywoływały wydzielania się soku żołądkowego, chociaż wchłanianie w odbytnicy do krwi ma miejsce. Dla ostatecznego rozstrzygnięcia pytania wykonałem następujące doświadczenie, do którego użyłem psa z przetoką żołądkową, rozcięciem przełyku i przeciętymi nerwami błędnymi na szyi dla wykluczenia wpływu psychicznego na wydzielanie soku żołądkowego. Następnie wstawiłem do żyły udowej kaniulę i przez nią powoli wstrzykiwałem do krwi bulion, używany zwykle do hodowli bakteryj; po 15 minutach pies zaczął się oblizywać i w górnej części przeciętego przełyku pojawiła się w nieznacznej ilości ślina; jednocześnie z przetoki żołądkowej zebrałem 3 krople płynu oddziaływania kwaśnego, poczem wydzielanie się zupełnie ustało tak, że podczas następnych dwóch godzin nie otrzymałem już więcej wydzieliny z przetoki żołądkowej. Natomiast, gdy zacząłem wlewać bulion do żołądka, nastąpiło obfite i długotrwałe wydzielanie się soku żołądkowego. Z doświadczeń tych wynika, że czynność gruczołów trawieńcowych powstaje na drodze odruchowej.

Należało teraz oznaczyć siedzibę ośrodka nerwowego zapomocą którego odbywa się czynność gruczołów trawieńcowych. Ośrodek ten nie leży w mózgu, albowiem wydzielina następuje pomimo przecięcia obydwóch nerwów błędnych na szyi. Dla rozstrzygnięcia pytania, czy nie leży ośrodek ten w rdzeniu pacierzowym, wykonałem następujące doświadczenie: założyłem u psa przetokę żołądkową i usunąłem rdzeń pacierzowy od 11-go kręgu piersiowego na dół do kości krzyżowej. Na drugi dzień w celu nakarmienia psa wprowadziłem do żołądka mięso, które zupełnie zostało strawione: po upływie 10 godzin otrzymałem z żołądka kilka sześciennych ctm. płynu kwaśnego, z wybitną własnością trawienia włóknika; płyn ten po zagotowaniu tracił własności trawiące. Ponieważ pies zupełnie nie chciał spożywać pokarmu, nie mogło więc być mowy o wpływie psychicznym na czynność gruczołów trawieńcowych. Na trzeci dzień po dokonanej operacyi pies chciwie jadł mięso: wtedy dla usunięcia wpływu psychicznego (a więc mózgu) przeciąłem obydwa nerwy błędne: mięso, włożone do żołądka, zostało przetrawione równie dobrze, jak przedtem. Stwierdziwszy, że ośrodek nie leży w części rdzenia pacierzowego poniżej kręgu 11-go piersiowego, należało się teraz przekonać, czy nie znajduje się on w dużych zwojach splotu trzewnego, w rdzeniu pacierzowym powyżej 11-go kręgu piersiowego. W tym celu celu usunąłem u psa splot trzewny; po 2—3 miesiącach założyłem przetokę żołądkową i usunąłem rdzeń pacierzowy poniżej 11-go kręgu piersiowego. Po upływie 2—3 dni przeciąłem na szyi obydwa nerwy błędne *(nn. vago-sympathici)*; mięso, włożone do żołądka tak operowanego psa, zostało przetrawione zupełnie; czasami po skończonem trawieniu mogłem wydobyć z żołądka 2—3 sześciennych ctm. płynu kwaśnego, mniej więcej przeźroczystego, z wybitnemi własnościami trawiącemi. Ponieważ u psa takiego przy usuwaniu splotu trzewnego przecięte zostały i nerwy trzewne *(nn. splanchnici)*, to oczywiście części rdzenia powyżej 11-go kręgu piersiowego nie mogły okazywać żadnego wpływu na odruchową czynność gruczołów trawieńcowych.

Rdzeń pacierzowy odosobniałem od żołądka jeszcze w sposób następujący: wyciąłem obydwa nerwy spółczulne w jamie brzusznej psa, począwszy od przepony piersiowej aż do kręgów krzyżowych. Po upływie 4-ch miesięcy usunąłem splot trzewny i założyłem przetokę żołądkową: trawienie w żołądku odbywało się w sposób zupełnie prawidłowy. Rdzeń pacierzowy wysyła do narządów brzusznych nerwy zapomocą gałązek spólniczących *(rami communicantes)* które przy usuwaniu nerwów spółczulnych oczywiście były przecięte, a więc rdzeń pacierzowy tego psa nie mógł wywierać żadnego wpływu na czynności gruczołów trawieńcowych. Dla usunięcia wpływu psychicznego przeciąłem nerwy błędne na szyi, przyczem w czynności gruczołów trawieńcowych nie zaszła żadna wybitna zmiana, mięso zostało strawione zupełnie. Na szósty dzień pies ten zginął z przyczyny przypadkowej. Szwy z rany skórnej brzucha przez nieostrożność zostały usunięte zawcześnie, wskutek czego nastąpiło zapalenie otrzewnej.

Nasuwało się teraz pytanie, czy wydzielanie soku żołądkowego w powyższych doświadczeniach nie było wydzieliną porażenną (paralityczną), podobną do tej, którą widzimy w gruczole podszczękowym po przecięciu struny bębenkowej *(chordae tympani)*. Ze względu na to, że wydzielina nastę-

[1]) Patrz. »Wracz«, Nr. 50-y 1901 r.

powała tylko podczas trawienia, że przed wkładaniem pokarmu oddziaływanie soku żołądkowego było zasadowe, wynika niewątpliwie, że wydzielina soku żołądkowego była prawidłową.

Na zasadzie wyżej przytoczonych doświadczeń przychodzę do wniosku, że ośrodek odruchowy gruczołów trawieńcowych nie znajduje się w mózgu, ani w rdzeniu pacierzowym, nie leży w zwojach splotu trzewnego, jak również w zgrubieniach brzusznych nerwów spółczulnych, a więc ośrodek ten musi mieć swoją siedzibę w samym żołądku, w ścianach jego, w których histologowie już oddawna wykazali obecność całego szeregu zwojów nerwowych. Zatem podobnie, jak to wykazałem dla trzustki, na gruczołach trawieńcowych mamy potwierdzenie zasady, wypowiedzianej przezemnie w r. 1896, że obwodowe komórki nerwowe mogą odgrywać rolę samodzielnych ośrodków nerwowych, uzdolnionych do czynności odruchowej.

Badanie swoje nad czynnością gruczołów trawieńcowych przytoczyłem tylko w krótkości: szczegóły, jakoteż i wnioski, wysnute przy roztrząsaniu zdobytego przezemnie materyału, ogłoszę w pracy obszerniejszej.

Przy wykonywaniu tych moich doświadczeń okazał mi czynną pomoc Dr. Cziczkin, któremu na tem miejscu składam serdeczne podziękowanie.

II. O racyonalnym składzie i terapeutycznem stosowaniu leczniczych wód mineralnych i kąpieli do kuracyi letnich.

Napisał

Dr. W. Jaworski
profesor medycyny wewnętrznej w Uniwersytecie Jagiellońskim.

(Dokończenie).

Oprócz wyżej wymienionych wód mineralnych leczniczych podałem jeszcze inne wody lecznicze ze składnikami organicznymi, dlatego nazywam je wodami leczniczemi organicznemi. A ponieważ ich działanie już dawniej przezemnie zostało opisane, przeto ograniczam się tu tylko na wymienieniu ich składników, zawartych w jednym litrze, posługując się nazwami łacińskiemi dla odróżnienia ich od wód leczniczych mineralnych[3]):

Aqua alcalina effervescens mitior: *natrii bicarbonici 5,0; natrii biborici 1,0; natrii salicylici 2,0.*

Aqua alcalina efferv. fortior: *natrii bicarbonici 8,0; natrii biborici 2,0; natrii salicylici 2,5.*

Aqua magnesiae efferv: *magnesiae carbonicae 5,0; magnesiae salicylicae 1,0.*

Aqua calcariae efferv. mitior: *calcii carbonici 2,0; calcii salicylici 2,0.*

Aqua calcariae efferv. fortior: *calcii carbonici 3,5; calcii salicylici 3,0.*

Opisane wody lecznicze[4]) zostały wypróbowane na zdrowych i chorych, a badania nad zachowaniem się ich pod względem stosunków osmotycznych są w toku. (Zobacz Tabele).

Obok picia wód leczniczych wielkie ma znaczenie równoczesne stosowanie kąpieli leczniczych. Już obecnie mamy w użyciu wiele sztucznych kąpieli leczniczych, jak kąpiele igliwiowe, aromatyczne, ziołowe, garbnikowe i t. d., które bywają stosowane w osobno do tego urządzonych zakładach. Do najważniejszych kąpieli należą jednak kąpiele słone i gazowe (nasycone kwasem węglowym), a zwłaszcza kąpiele gazowo słone. Wobec łatwości dostarczenia materyałów do kąpieli leczniczych, mogą one być łatwo urządzane w miejscach klimatycznych i uzdrowiskach, szczególniej zaś w zakładach wodoleczniczych. Na półtora odsetkową kąpiel słoną należy przeciętnie rozpuścić 3 kgr. soli kuchennej. Zbudowanie zbiornika na słone kąpiele nie przedstawia trudności. Kwas węglowy do nasycania kąpieli gazowych może być obecnie w walcach stalowych dostarczany w najodleglejsze miejscowości. Ogrzawszy połowę wody słonej, potrzebnej na jedną kąpiel, do 40°—50°C, a doprowadziwszy doń drugą połowę solanki sztucznej wprzód nasyconej kw. węglowym, ze zbiornika szczelnie dzwonem metalowym zamkniętego, otrzyma się gotową gazową kąpiel słoną. W razie potrzeby otrzymuje się łatwo kąpiel gazową zapomocą specyalnych soli Sandowa. Kąpielami temi można wspierać działanie wód leczniczych.

Korzyści i dogodności, jakie nastręcza stosowanie wód leczniczych są bardzo znaczne[5]):

1. Lekarz posiada w ręku przetwór leczniczy racyonalny, który może w zupełności zastosować do każdorazowego stanu chorobowego, tak pod względem składu chemi-

[3]) Wody lecznicze, zawierające salicylany, różowieją wystawione na światło, dlatego fabryka nazywa je »różowemi« (aquae roseae). Wody lecznicze mineralne znane są w fabryce jako »numerowane« i jako takie oznacza się je na recepcie liczbami rzymskiemi.

[4]) Wody lecznicze wyrabia dokładnie według przepisów za upoważnieniem autora fabryka wód gazowych pod firmą: K. Rząca i Chmurski w Krakowie.

[5]) Omawiając stosunek wód zdrojowych do wód leczniczych, doszedłem w rozprawach: »Mineralwässer und Heilwässer« (Wien. med. Wochenschr. 1901 Nr. 1) i w rozprawie »Heilwässer und Heilwassertrinkstätten« (Wiener med. Presse 1902 Nr. 1, 2) do następujących wniosków:

»1. Badanie naukowe nie mogło wykazać dotąd w wodach zdrojowych żadnych swoistych własności, któreby nie były właściwe także sztucznym rozczynom solnym. Obydwa rodzaje rozczynów podlegają tym samym prawom przyrody. Przeciwne twierdzenie bywa rozszerzane z tendencyjnych powodów«.

»2. Nie można wykazać żadnej różnicy w działaniu na ustrój sztucznych rozczynów solnych, a wód zdrojowych. Badania doświadczalne nietylko nie wykazały różnic, lecz przeciwnie tożsamość działania rodzimych, a sztucznych rozczynów solnych«.

»3. Wody zdrojowe są to przetwory surowe *(medicamenta cruda)* składu przypadkowego i nieracyonalnego, które w obecnej terapii można postawić na równi z przestarzałymi płodami pochodzenia rodzimego«.

»4. Wyniki terapeutyczne z samego picia wód mineralnych są małe, lub złudne«.

»5. Jeżeli się zamierza wywrzeć wpływ leczniczy na ustrój zapomocą soli mineralnych, to można to uskutecznić zamiast wodami zdrojowemi, o wiele łatwiej zapomocą rozczynów działających soli o racyonalnym składzie, zastosowanym do patologicznych warunków, przy uwzględnieniu stanu rozszczepienia rozczynów solnych, czyli zapomocą wód leczniczych«.

»Nie należy przeto przemilczeć, że obecnie prawie wszędzie działanie lecznicze tak zwanego leczenia kąpielowego nie polega na wyłącznem używaniu wody zdrojowej, lecz na stosowaniu wszystkich terapeutycznych czynników i środków, jakimi pewne zdrojowisko rozporządza«.

»W istocie istnieją w dobrze prowadzonych zdrojowiskach imponderabilia, lecz nie należy ich szukać w wodzie zdrojowej, tylko w zbiorowem działaniu wszystkich naturalnych i sztucznych czynników leczniczych«.

Przegląd składu chemicznego leczniczych wód mineralnych 1902.

Nr.	Nazwa wody mineralnej leczniczej	Na_2CO_3 ($HNaCO_3$)	NaCl	KCl	Na_3PO_4	Mg CO_3 (H_2Mg2CO_3)	K_2SO_4	Na_2SO_4	Na Br	Na J	$2Fe_23P_2O_7$ 2 ($Na_4P_2O_7$)	AS_2O_3	Li_2CO_3 ($HLiCO_3$)	$CaCO_3$ (H_2Ca2CO_3)	Ca_32PO_4
I.	**Normalna**	**3,0** (4,71)	**5,5**	0,3	0.7	0,3 (0,53)	0,2	—	—	—	—	—	—	—	—
II.	**Alkaliczna** słabsza (4-stopniowa, 1/2-normalna)	**4,0** (6,3)	0,25	0,15	0,2	0,3 (0,53)	0,1	—	—	—	—	—	—	—	—
III.	**Alkaliczna** mocniejsza (8-stopniowa, normalna)	**8.0** (12,6)	1,0	0,1	0,1	0,8 (1,41)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
IV	**Słona** słabsza (8-stopniowa, normalna)	0,5 (0,79)	**8.0**	—		0,5 (0,88)	—	1,0	—	—	—	—	—	—	—
V.	**Słona** mocniejsza (13-stopniowa, 1 1/2-normalna)	0.5 (0,79)	**13,0**	—	—	1.0 (1,77)	—	0,5	—	—	—	—	—	—	—
VI.	**Alkaliczno-słona** (2 1/3-stopniowa 1/4-normalna)	**1,3** (2,1)	**1,0**	—	0,05	0,1 (0,17)	—	0,05	—	—	—	—	—	—	—
VII.	**Glauberska** mocniejsza (7 1/2-stopniowa, normalna)	0,3 (0,47)	0,5	0,2	—	1,5 (2,65)	—	**7,5**	—	—	—	—	—	—	—
VIII.	**Glauberska** alkaliczna słabsza (2 1/2-stopniowa, 1/2-normalna)	**1.4** (2,21)	1,0	—	—	0,1 (0,17)	0,1	**2,4**	—	—	—	—	—	—	—
IX.	**Magnowa** (7-stopniowa, 1 1/2-normalna)	—	0.3	0,1	—	**7,0** (12,3)	0,1	**7,5**	—	—	—	—	—	—	—
X	**Wapniowa** (2 1/2-stopniowa, 1/4-normalna)	—	**0,08**	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	**2,4** (3,7)	0,02
XI	**Litowa** (2-stopniowa, 1/2-normalna)	2,0 (3,16)	0,9	0,1	—	—	—	—	—	—	—	—	**2,0** (3,6)	—	—
XII.	**Jodowa** słabsza (1 1/2-stopniowa, 1/3-normalna)	1,0 (1 58)	0,4	0,1	0,3	—	—	—	—	**1,5**	—	—	—	—	—
XIII	**Jodowa** mocniejsza (4 stopniowa, 1/2-normalna)	0,5 (0,79)	—	—	0,5	—	—	—	-	**4,0**	—	—	—	—	—
XIV.	**Bromowa** słabsza (4-stopniowa, 1/2-normalna)	0,5 (0,79)	—	—	0.5	—	—	—	**4,0**	—	—	—	—	—	—
XV	**Bromowa** mocniejsza (9-stopniowa, normalna	0,5 (0,79)	—	—	0,5	—	—	—	**9,0**		—	—	—	—	—
XVI.	**Żelazista** (1-stopniowa, 1/3-normalna)	0,2 (0,31)	0,5	—	0,8	0,3 (0,53)	—	0,5	—	—	**1,0**	—	—	—	—
XVII.	**Arsenawa** (10-mgmowa, 1/4-normalna)	1,5 (2,37)	0,4	0,1	0,5	—	—	—	—	—	—	**0,010**	—	—	—
XVIII.	**Arseno-żelazista** (6-mgmowa, 1/3-normalna)	1,0 (1,58)	0,5	0,1	0.2	0,2 (0,35)	—	—	—	—	**0,5**	**0,006**	—	—	—

cznego, dawkowania, jakoteż stosunków osmotycznych, czyli wogóle pod względem działania farmakodynamicznego. Wody zaś mineralne są przetworami zanieczyszczonymi naleciałościami, jakimi muszą być zawsze w przyrodzie surowe produkty, a które w naszym przypadku nazywamy wodami zdrojowemi. Jako wypłuczyny najrozmaitszych warstw ziemi mają one skład zupełnie przypadkowy, przeto bardzo często i nieracyonalny, który zmienionym być nie może.

2. Wody lecznicze możemy przystosować do natężenia stanu patologicznego i do indywidualności chorego; możemy ich użyć według potrzeby w stanie rozcieńczonym i zgęszczonym. Możemy wody lecznicze nietylko rozcieńczać lecz i mięszać jedną z drugą, aby wprowadzić do niej nowy czynnik leczniczy, który jej działanie wspomaga albo jej przyswajalność ułatwia. Wody zdrojowej nie można uczynić skuteczniejszą przez zgęszczenie; natomiast odbywa się podniesienie działalności wód zdrojowych tylko do pewnego stopnia i w pewnych granicach, kosztem wprowadzania ich w wielkich ilościach do przewodu pokarmowego, co w wielu przypadkach nie wypada na korzyść ustroju. Mięszanie zaś wody zdrojowej z inną obcą jest nieracyonalne, a z rozmaitych innych względów niepożądane.

3. Leczenie wodami leczniczemi odbywa się najczęściej w d o m u, tak z powodu w i ę k s z e j i c h s k u t e c z n o ś c i, jakoteż i znacznej taniości w porównaniu z wodami zdrojowemi, zwłaszcza zagranicznemi; przytem należy zachować dyetetyczny i higieniczny tryb życia, stosownie do stanu patologicznego.

W nowszych czasach znaleziono w czynnikach klimatycznych środek, wpływający energicznie na czynności życiowe ustroju ludzkiego, i zaczęto je stosować do leczenia stanów chorobowych. Od wieków dostrzegano uspakajający wpływ klimatu morskiego na ustrój nerwowy, a wpływający także korzystnie na zołzy i krzywicę u dzieci. W klimacie zaś w y s o k o g ó r s k i m odkryto potężny bodziec do podniecenia czynności i przemiany materyi w ustroju. Przy stosowaniu go jako środka leczniczego w zmianach gruźliczych i zapalnych przewlekłych narządu oddechowego, w wypocinach przewlekłych, w zmianach w składzie krwi, w zboczeniach w przemianie materyi, w niedomogach narządu trawiennego, mięśniowego i nerwowego, w niedorozwoju i w zołzach u dzieci i t. p., okazał się wpływ klimatu górskiego, w porównaniu do niezadowalniających wyników z używania wód zdrojowych zwłaszcza w domu, tak potężnym, że w wielu chorobach posyła się obecnie coraz więcej chorych, zamiast jak dawniej „do kąpiel", wyłącznie na l e c z e n i e k l i m a t y c z n e. Stąd powstaje w naszych czasach coraz większa liczba uzdrowisk klimatycznych, zakładów leczniczych i sanatoryów, wznoszonych w korzystnych okolicach wysokogórskich, gdzie chorzy nie pijąc wcale wód

zdrojowych, odzyskują bardzo często zdrowie. Znaczna część chorych opuszcza też obecnie leczenie „kąpielowe“ a zwraca się do potężniejszego czynnika leczniczego, jakim jest racyonalnie prowadzone leczenie klimatyczne; prąd ten wzmaga się widocznie z roku na rok. To też o wiele skuteczniej działają wody lecznicze stosowane w sposób „kąpielowo-kuracyjny“, przy równoczesnem polecaniu czynników klimatycznych, wysyłając chorych do klimatu wysokogórskiego lub nadmorskiego, a przynajmniej w uzdrowiska albo zdrowe okolice wiejskie. Przedewszystkiem należy uwzględniać stacye klimatyczne, uzdrowiska i zakłady lecznicze dobrze urządzone i racyonalnie prowadzone. Zamiast narażać chorego na dalekie podróże i kosztowny pobyt w zdrojowiskach, gdzie chory odcięty od kraju rodzinnego czuje-się osamotniony, korzystniej jest wyszukać mu na pobyt letni wyżej wymienionego rodzaju miejsce i polecić mu tam pić wodę leczniczą pod nadzorem lekarza. Mało bowiem napotykamy takich zdrojowisk, zwłaszcza zagranicznych, w którychby czynniki klimatyczne szły w parze z działaniem wody zdrojowej; gdyż zdroje nietylko mają przypadkowy skład chemiczny, ale wytryskają, nie troszcząc się o to, czy okolica jest zimna, czy ciepła, czy wysokogórska, czy bagnista i t. d.

Zrozumieć też łatwo, jak trudno przychodzi nieraz lekarzowi polecić choremu takie zdrojowisko, w któremby tak woda zdrojowa jak i czynniki klimatyczne były zarówno korzystne dla jego stanu chorobowego. Tak np. Franzensbad ma wodę zdrojową żelazistą jedną z najlepszych, lecz teren i stosunki klimatyczne bardzo niekorzystne. Do tych braków nie przyznają się zdrojowiska bezpośrednio, lecz pośrednio, polecając chorym „wyczerpanym“ przez drogą „kuracyę kąpielową“ jeszcze klimatyczne leczenie następowe (Nachcur), od którego właściwie powinienby był chory rozpocząć swą kuracyę.

Miejscowości, jakie możemy wybierać na pobyt letni dla chorych, odbywających kuracyę letnią wodami leczniczemi, są u nas obecnie następujące: Górskie stacye klimatyczne: *Zakopane, Jaszczurówka, Jaremcze, Worochta.* — Uzdrowiska na terenie pagórkowatym: *Jaworze* (Ślązk austryacki), *Lgotka* pod Cieszynem, *Bystra* (Ślązk austr.), *Jaśkowice* pod Krakowem, *Czarniecka Góra* (gub. Radomska), *Grodzisk* pod Warszawą, *Kamionka* (gub. Podolska, stacya winogronowa), *Otwock* pod Warszawą, *Pohulanka* pod Dynaburgiem, *Sławuta* na Wołyniu (stacya leśna). — Zakłady wodolecznicze górskie: *Zakopane, Jaremcze, Kossów, Szczawnica, Krynica.* Zakłady wodolecznicze na terenie pagórkowatym lub lesistym: *Jaworze* (Ślązk austr.); *Lgotka* (Ślązk austr.); *Bystra* (Ślązk austr.); *Jaśkowice* pod Krakowem; *Sassów* pod Złoczowem; *Kiselka* i *Maryówka* pod Lwowem; *Otwock, Grodzisk, Czarniecka Góra; Nowe Miasto* nad Pilicą, *Pohulanka* pod Dynaburgiem; *Ojców* (gub. Kielecka); *Nałęczów* (gub. Lubelska). — *Połąga* (stacya morska żmujdzka nad Bałtykiem)[6]).

Również i nasze zdrojowiska karpackie i tatrzańskie, o ile są dobrze urządzone, należy uważać jako górskie uzdrowiska klimatyczne, bardzo korzystne do stosowania rozmaitych wód leczniczych. Należałoby jednak dążyć jeszcze do tego, aby w naszych uroczych Tatrach i rozległych Karpatach powstał cały szereg systematycznie i dobrze urządzonych klimatycznych stacyi dla picia takich wód leczniczych, które odpowiadają zdrojom zagranicznym u nas nieistniejącym. Pożytek i wynik leczniczy byłby z tych stacyi przy racyonalnem prowadzeniu kuracyi o wiele korzystniejszy, niż z dalekich wyjazdów kąpielowych zagranicznych, kończących się zwykle wielkiem rozczarowaniem dla chorego.

4. Stosowanie wód leczniczych zwalnia chorego od kosztownych podróży i szukania pobytu w odległych zdrojowiskach, gdyż łatwo dla niego odszukać uzdrowisko w kraju, zastosowane do jego stanu chorobowego, gdzieby mógł używać wód leczniczych pod kierunkiem tamtejszego lekarza. Nawet w rodzinach zamożnych, lecz licznych, w których kilku członków choruje na różne choroby, przychodzi bardzo trudno rozłączyć się tak, aby każdego posłać do osobnego zdrojowiska. Polecenie stosownego dobrze urządzonego uzdrowiska lub miejsca klimatycznego i używanie odpowiednich wód leczniczych pod kierunkiem lekarza miejscowego rozwiązuje odrazu trudności i umożliwia na dowolnie długi pobyt w tem miejscu bez potrzeby przenoszenia się na następowe leczenie, tak często polecane po ukończeniu leczenia zdrojowego, właśnie z powodu tego, że wiele zdrojowisk, zwłaszcza zagranicznych, nie posiada korzystnych czynników klimatycznych, a samo tylko picie wody mały skutek leczniczy odnosi. — Jeżeli chory przysłany do zdrojowiska nie znosi tam wody lub leczenia, trudno mu przychodzi zmienić zdrojowisko, tak z powodu kosztów podróży i czasu straconego, jakoteż dla innych ubocznych względów. Zmiana zaś wód leczniczych może-się odbyć w tem samem miejscu i w tym samym sezonie bez jakichkolwiek trudności, gdyż tu nie naraża się opinii ani zdrojowiska ani ordynującego lekarza a chorego na nowe wydatki i stratę czasu. Przy stosowaniu wód leczniczych chorzy poruszają się swobodniej co do swego letniego pobytu, aniżeli przy dotychczasowem „polecaniu kąpieli“. Dziś bowiem widzimy ich jako „glebae adscripti“ tak, że niejednokrotnie odbywają 25-letnie jubileusze uczęszczania do jednego i tego samego zdrojowiska.

5. Stosowanie wód leczniczych podaje lekarzom sposobność wyrobienia pewnego systemu leczniczego i rozszerzenia swego zakresu działania na nowy specyalizm, który więcej odpowiada lekarskiemu wykształceniu, a choremu przyniesie większy pożytek, niż szablonowa praktyka zdrojowa. Terapię wodami leczniczemi może lekarz samodzielnie wykonywać w specyalnych stacyach leczniczych na wzór tych, jakie w nowszych czasach powstały dla rozmaitych czynników leczniczych i przyczyniły się do zwiększenia wpływu stanu lekarskiego. Stacye te mogą się znajdować w kraju, gdyż niema wielkich trudności, aby lekarz dla pewnej grupy chorób wyszukał odpowiednią okolicę, albo istniejące już miejsce klimatyczne lub uzdrowisko, któreby pod względem swej wysokości, jakości terenu, czystości, wilgotności i ciepłoty powietrza, opadów i wiatrów, działania słońca, zalesienia i innych leczniczych czynników fizycznych, jakoteż urządzeń, sprzyjało leczeniu dotyczącej grupy chorób, i tam założył stacyę lub zakład dla wód i ką-

[6]) Bliższe szczegóły i opis powyżej wymienionych uzdrowisk znajdzie czytelnik w polecenia godnej książce, napisanej przez Doc. Dra Ludomiła Korczyńskiego p. t.: »Zarys balneoterapii i balneografii krajowej«. Kraków 1900. Stosownie do urządzeń i czynników leczniczych w tej książce gruntownie i wiernie przedstawionych, może lekarz wybierać pojedyncze uzdrowiska, odpowiednio do danego przypadku chorobowego.

pieli leczniczych i nim samodzielnie kierował. Mniejsze jeszcze trudności przedstawiałoby połączenie leczenia wodami i kąpielami leczniczemi z dobrze urządzonymi zakładami wodoleczniczymi, zostającymi pod zawodowem kierownictwem lekarza. Na tej drodze mogliby lekarze pracować samodzielnie, uwalniając się z pod zależności i nacisku zarządów kąpielowych, w których skład jak dotąd wchodzą tylko laicy, a korzyści z leczenia byłyby bez porównania większe, niż z obecnie modnej trójtygodniowej kuracyi w reklamowanych „Weltbadach".

III. Z zakładu higieny Uniwersytetu Jagiellońskiego i c. k. powszechnego Zakładu do badania środków spożywczych w Krakowie.

Nowoczesne sposoby odkażania mieszkań.

Napisał
Dr. Leonard Bier
adjunkt zakładu.

(Ciąg dalszy).

Z wyników doświadczeń nad działalnością wszystkich opisanych przyrządów, jak również z teoretycznych badań w pracowni Rubnera i Prausnitza wynika, że w formaldehydzie posiadamy przetwór, działający tylko powierzchownie, ale jako taki bezwzględnie pewny dla zabicia zarazków najczęstszych chorób zakaźnych, a o wiele pewniejszy i łatwiejszy w użyciu od stosowanych dotychczas sposobów oczyszczania mechanicznego i zmywania, lub ścierania rozczynami karbolu i sublimatu. Jakkolwiek nie ziszcza formaldehyd pokładanych w nim nadziei środka odkażającego w głębi przedmiotów odkażanych, nie posiada własności odkażania równego wszystkich przedmiotów będących w mieszkaniu, czy z tych powodów należy zaniechać zastosowia go w praktyce? Czy wogóle można się spodziewać, aby jakikolwiek gaz, posiadający nawet bardzo energiczne własności bakteryobójcze, mógł odkażać w mieszkaniu przedmioty w ich głębi? Po doświadczeniu z bezwodnikiem siarkawym, chlorem i bromem, po wynikach doświadczeń Peerenbooma i Rubnera, spodziewać się tego nie możemy. Wobec tego nie pozostaje nam nic innego, jak nie czekając na nowy wynalazek, zastosować formaldehyd przy pomocy któregokolwiek z poprzednio wymienionych przyrządów (Trilla, *autoclave* Scheringa *„Aesculap* kombinowany" Flügge, Prausnitz), usiłując poczynić takie uzupełnienia, aby przy tym sposobie powierzchownego odkażania osięgnąć zabicie wszystkich lub prawie wszystkich zarazków. W tym celu Flügge dzieli choroby zakaźne na trzy kategorye, według tego czy 1) formaldehyd nadaje się do zabicia ich zarazków, 2) czy się nie nadaje, 3) czy też tylko nadaje się częściowo. Do pierwszej zalicza błonicę, płonicę, gruźlicę, odrę i grypę, jako choroby najczęstsze. Zarazek wydzielony przy tych chorobach nie wnika w głąb przedmiotów, lecz pozostaje na powierzchni. W tych przypadkach zazwyczaj wystarczy odkażenie formaliną. Kategoryę drugą stanowią: cholera azyatycka, dur brzuszny i czerwonka, przy których zarazek, znajdujący się w kale i moczu, nie ma łatwości z wyjątkiem u ludzi zbyt niechlujnych, do rozszerzania się po mieszkaniu. Odkażeniu podlegać tu winny wydzieliny chorego, jego bielizna, pościel, sprzęty, z którymi się chory styka, naczynia i najbliższe otoczenie chorego w mieszkaniu, które mogło uledz powalaniu wydzielinami. Formalina w tych chorobach nie działałaby pewnie, nie wystarczyłaby sama do odkażenia. Rękojmię większej pewności daje w tych chorobach odkażenie, polegające na stosowaniu mleka wapiennego do wydzielin i na ścianę, przy której łóżko stało, dalej zmycie sprzętów i podłogi, obfitą ilością rozczynu karbolowego lub sublimatowego, oraz wygotowanie bielizny i naczyń, używanych przez chorego, wreszcie odkażenie parą ubrań i pościeli. Trzecia kategorya obejmuje choroby znacznie rzadsze w porównaniu do wyżej przytoczonych: ropienia, róża, posocznica, zakażenie połogowe, dżuma i ospa. I przy tych chorobach odkażenie formaldehydem nie jest wystarczające wobec głębszego zanieczyszczenia wydzielinami sprzętów, bielizny, pościeli, ubrania i t. d. Z drugiej strony do zakażenia powierzchni przedmiotów w mieszkaniu przy tych chorobach więcej jest sposobności, niż w kategoryi drugiej, czy to w postaci drobnych kropelek (dżuma płucna), czy kurzu zawierającego zarazki tych chorób. Całkowite odkażenie po tych chorobach należy wykonać formaldehydem, z wyjątkiem pościeli, ubrań i bielizny, które należy odkazić parą. Jednak i przy chorobach pierwszej kategoryi, po których odkażenie formaldehydem należy uważać za wystarczające, zdarzyć się mogą zanieczyszczenia większemi ilościami wydzielin zakaźnych (grubsza warstwa plwociny), których formaldehyd nie odkazi. Miejsca takie, powalane widocznie wydzielinami, należy przed wykadzaniem formaliną zmyć szczotką lub pędzlem, obficie namoczonym w sublimacie. Stosowanie tego środka będzie wskazane również do przedmiotów najwięcej używanych przez chorego (sprzęty około łóżka) Przez obfite obmycie powierzchni sprzętów, podłogi, ścian, zanieczyszczonych widocznemi resztkami wydzielin, oraz przez wydzielenie przedmiotów zakażonych w głębi jak bielizna, pościel i ubranie, przysposobi się mieszkanie do odkażenia formaliną pierwszej i ostatniej kategoryi chorób; przytem należy odsunąć sprzęty od ścian bezpośrednio zaś przylegające do podłogi ustawić na podstawkach tak, aby formaldehyd miał swobodny tam dostęp. Po przebytej gruźlicy, płonicy i błonicy należy pościel, ubranie i bieliznę tak rozwiesić w odkażanym pokoju, aby ze wszech stron mogła się stykać z formaldehydem. W tym celu dobre odda usługi rozciągnięcie sznura przez długość pokoju, na którym rozwiesi się kołdry, pierzyny i t. d. Sznur ten przeciąga się przez rękawy staników kobiecych, surdutów, kamizelek, w których kieszenie wywija się nazewnątrz. Jednak nawet i po chorobach pierwszej gromady znajdzie się jeszcze pewna ilość rzeczy, które do odkażenia formaldehydem się nie nadają, jak np. chusteczki, poszewki i t. d., które zwykle bywają więcej zanieczyszczone wydzielinami; taką bieliznę najlepiej odkażać przez gotowanie lub namoczenie w rozczynie odkażającym. Z tego, co powiedziałem, wynika, że odkażenie formaldehydem, zastosowane samo lub też uzupełnione przy niektórych chorobach parą, rozczynami sublimatu lub kwasu karbolowego, odpowiada pierwszemu warunkami, jaki spełnić winno odkażenie mieszkania. Czy odpowiada innym? Nie zauważono dotychczas, by formaldehyd wdechany działał trująco na ustrój zwierzęcy. Zadrażnienie spojówek, błony śluzowej oraz dróg oddechowych, pojawiające się w następstwie przebywania w atmosferze przepojonej tym gazem, mija wprawdzie szybko i bez następstw, nie jest jednak przyjemne; usunięcie przeto formaldehydu z mieszkania odka-

żonego jest wskazane nie dla własności trujących, ale głównie dlatego, by po odkażeniu mieszkanie mogło być jak najwcześniej użyte. W celu usunięcia drażniącego działania formaldehydu nie wystarczy samo przewietrzenie mieszkania. Osiadły wraz z parą wodną formaldehyd nadaje mieszkaniu silną woń przez czas dłuższy, aniżeli tego potrzeba do odparowania zawierającej go wody; zresztą wietrzeniem wpędzi się formaldehyd do innych części mieszkania; już z tego zatem względu wietrzenie mieszkania odkażonego formaldehydem nie byłoby odpowiednie. Flügge pierwszy wskazał na amoniak, jako na najodpowiedniejszy środek do zobojętnienia formaldehydu w odkażonem mieszkaniu; amoniak łączy się bowiem z formaldehydem na bezwonne połączenie t. zw. heksametylentetramin. Tak Flügge jak i Prausnitz zalecili wydzielać amoniak przez gotowanie 25% rozczynu amoniaku w osobnych kociołkach, z których rurką, przeprowadzoną przez dziurkę od klucza, dostaje się para amoniaku do odkażanego mieszkania. Ilość amoniaku potrzebną do odwonienia mieszkania, należy zastosować do ilości zużytego formaldehydu. Ponieważ 6 drobin formaldehydu łączy się z czterema drobinami amoniaku na heksametylentetramin, przeto do odwonienia potrzebnych do odkażenia na 100 m^3 przestrzeni 250 grm. formaldehydu, zawartych mniej więcej w 660 ctm^3 formaliny trzeba 900 ctm^3 25% amoniaku, w czem już zawiera się pewien nadmiar tego ostatniego. Tablice, dołączone do przyrządów Flüggego i Prausnitza, oznaczają potrzebne do odkażenia rozmaitych objętości przestrzeni mieszkalnych ilości formaliny, jak również ilość amoniaku do odwonienia, oraz niezbędną do odparowania obu tych płynów ilość wyskoku. Ilość amoniaku, podana w cenniku Baumana w Wiedniu, sprzedającego przyrządy Prausnitza, jest jednak znacznie większa, aniżeli w tablicach, dołączonych do przyrządu Flüggego. Według obu badaczy wystarczy do odwonienia mieszkań, by oznaczona w tablicach ilość amoniaku działała mniej więcej w ciągu godziny (od chwili odparowania); atoli doświadczenia moje nie potwierdzają tego w zupełności. Zwłaszcza w mieszkaniach, zawierających wiele przedmiotów z tkanin, które obficie chłoną formaldehyd, utrzymuje się woń formaldehydu dosyć długo; w każdym razie po godzinnem odwanianiu amoniakiem nie znika ona, szczególnie przy stosowaniu przyrządu Flüggego; natomiast zamieszkanie izb zaraz po odwonieniu nietylko nie sprawiało ludziom przykrości, ale nawet tak wrażliwe zwierzęta, jak kanarki, znosiły dobrze tę atmosferę. Przyczyna tego powolnego odwonienia leży zapewne po części w powolnem łączeniu się formaldehydu z amoniakiem. Z tego też względu uważałbym za wskazane, by w mieszkaniach więcej przepełnionych sprzętami używać, przynajmniej przy posłużeniu się przyrządem Flüggego, ilości amoniaku, przeznaczonej w tablicach dla mieszkań o nieco większej pojemności, aniżeli odkażane, a nadto stosować amoniak w ciągu kilku godzin. W razie odkażania większej ilości ubrań, należy je usuwać z mieszkania i wietrzyć zaraz po odkażeniu, — one to bowiem utrzymują głównie w mieszkaniu woń aldehydu. Przyczyna niedostatecznego odwonienia leżeć może nadto w za słabym rozczynie amoniaku, i dlatego do odwonienia i przy stosowaniu ilości oznaczonej w tablicach Flüggego i Prausnitza zawsze używać należy rozczynu o powyższem zgęszczeniu. — Jak już wyżej wspomniałem, ilość formaldehydu 2,5 i 5 grm. na 1 m^3 przestrzeni odkaża w ciągu 6—7, względnie 3—3½ godzin, co razem z czasem potrzebnym do przygotowania mieszkania i następowego odwonienia wymaga około 9, względnie 6 godzin, a zatem tyle tylko czasu, że mieszkanie może być zajęte jeszcze tego samego dnia. — Odkażanie formaldehydem, jak z mego doświadczenia przekonać się mogłem, nie niszczy sprzętów i innych przedmiotów; zdarzają się jednak podobno barwiki smołowcowe, które pod wpływem formaliny nieco pełzną.

Zatem odkażenie formaldehydem odpowiada nietylko pierwszemu warunkowi przy stosownem ograniczeniu, względnie uzupełnieniu, ale i następnym trzem, wymaganym od idealnego odkażenia. W poszukiwaniu za najlepszym środkiem odkażającym usiłowano znaleźć taki, któryby był łatwy do użycia przez szerszą publiczność; w ten sposób udałoby się w znacznym stopniu usunąć trudności, połączone z odkażeniem. Według utartego przekonania największą łatwość w zastosowaniu przedstawiają gazy, mające własność większą wnikania, niż płyny, do przedmiotów w mieszkaniu, ztąd też, przy wprowadzaniu formaldehydu do praktyki dezynfekcyjnej, istniało przekonanie, że ten przetwór będzie można oddać do rąk publiczności. Z przytoczonych wywodów wynika, że odkażenie mieszkań przy zastosowaniu formaldehydu, jeżeli ma dać rękojmię pewności, nie powinno polegać jedynie na odparowaniu dostatecznej do zabicia zarazków ilości formaldehydu, ale wymaga w niektórych chorobach odpowiedniego przygotowania mieszkania, ograniczenia, względnie uzupełnienia odkażenia, przy umiejętnem obchodzeniu się z przyrządami, słowem wymaga, aby wykonywali je ludzie z techniką odkażania obznajomieni. Piątemu zatem warunkowi odkażanie formaldehydem nie odpowiada, jakkolwiek daje się ono łatwiej wykonać i nie wymaga tyle zachodu i pracy, jak odkażanie metodą Guttmanna Merkego. Odkażanie formaldehydem nie wymaga specyalnych wiadomości; powierzyć je jednak można jedynie służbie, wdrożonej praktycznie w technikę odkażania i pracującej według odpowiedniej instrukcyi.

Zachodzi jeszcze pytanie, ile kosztuje odkażenie formaldehydem przy zastosowaniu przyrządu Flüggego, Prausnitza, Scheringa *(Aeskulap* kombinowany) przyrządy zaś Trillata *(autoclavé formogene)* i Czaplewskiego pomijam z umysłu, gdyż pierwszy jest drogi i wymaga więcej umiejętnej obsługi, drugi zaś za mały do większych mieszkań, nieco zbyt złożony i nie zawsze pewny wobec jedynej rurki rozpylającej formaldehyd, która przez wolną polimeryzacyę aldehydu się zatyka. Jeżeli na razie pominiemy sprawę ceny przyrządów i obliczymy cenę potrzebnego aldehyhu, amoniaku i wyskoku, koszta odkażenia mieszkania o pojemności 100 m^3 przedstawią się w koronach jak następuje:[41]) (Zobacz tabelke).

Z zestawienia powyższego wynika, że przy stosowaniu pewnej ilości amoniaku w przyrządzie Prausnitza i Flüggego, koszta odkażenia obu sposobami są prawie jednakowe i wynoszą dla zwykłego odkażenia około 4, dla skróconego przeszło 6½ koron; przy użyciu ilości amoniaku, oznaczonej w cenniku Baumanna (fabryki wyrabiającej przyrządy Prausnitza), koszta te zwiększają się o 1—1½ koron. Odkażanie przyrządem Scheringa znacznie jest droższe, bo

[41]) Ceny podane według cennika Baumana przy zakupnie w ilościach większych.

Rodzaj i cena przyrządu		Flügge		Prausnitz		Schering	
		120		110		120	
Czas działania formaldehydu		7 godz.	$3^1/_2$ godz.	6 godz.	3 godz.	7 godz.	$3^2/_2$ godz.
Cena	formaldehydu	218	436	218	436	600	1200
	amoniaku	80	129	80 114	120 228[42])	80	120
	wyskoku do odparowania formaliny z amoniaku	100	104	96 104	106 132	130	145
		398	660	394 436	662 796	710	1465

koszta odkażenia z powodu znacznej ceny pastylek paraformaldehydu wynoszą około 7. względnie $14^1/_2$ koron. Z tego też względu pierwsze dwa przyrządy znajdą zapewne większą liczbę zwolenników, mimo że obliczanie potrzebnej do odkażenia ilości formaldehydu pastylkami wielką przedstawia dogodność.

W przedstawieniu mojem najnowszych sposobów stosowania formaldehydu do odkażania mieszkań nie wyczerpałem wszystkich metod, jakie do użytku polecano; nie wymieniłem metody Rosenberga, posługującej się formaliną, alkoholem mrówczanym i mentolem, oraz Krell-Elba, w której wielkie pastylki paraldehydu paruje się przez żarzenie węgla, w którym są umieszczone. Również i temi metodami, jak tego dowodzą badania Pfuhla, Waltera, Strüvera, Dieudonnégo, Reischauera można otrzymać tak pewne wyniki, jak przy stosowaniu przyrządu Trillata, Flüggego, Prausnitza, Scheringa, jeżeli odparuje się dostateczną ilość aldehydu, wody i uszczelni mieszkanie. Brak kociołka do parowania wody przy tych sposobach stosowania formaldehydu mógłby być nieraz powodem do pominięcia tego ważnego czynnika w odkażeniu; ztąd sposoby te wydałyby mi się mniej praktycznymi, tem więcej, że są i droższe od wyżej opisanych. W przypadkach, w których chodziłoby o odkażenie jednorazowe, a zakupno któregokolwiek z przyrządów przytoczonych lub nawet wypożyczenie natrafiałoby na trudności, stosowanie wielkich pastylek Krehl-Elba[43]) byłoby na miejscu. Zarządom miast lub też większych szpitali, pragnących zaprowadzić u siebie odkażenie formaldehydem, należałoby zalecić jeden z wyżej wymienionych przyrządów (Prausnitz-Flügge); jednorazowy wydatek na przyrząd wynagrodzą niższe koszta poszczególnych odkażeń i niemożność pominięcia tak ważnego dla pewnego odkażenia parowania wody. (Dokończ. nastąpi).

IV. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynek do leczenia gruźlicy jelita ślepego.

Podał
Dr. J. Weinsberg, lekarz oddziału.

(Dokończenie).

II. Gruźlica wyrostka robaczkowego. Wycięcie. Wyleczenie z przetoką kałową.

A. P., żona krawca, licząca lat 33, przyjęta 20 lutego 1899 r. Przed $1^1/_2$ rokiem zauważyła guz w prawem podbrzuszu, który się zwolna powiększał. Przypadów ogólnych chora nie podaje; rodziła 4 razy, z tego 2 razy płody przyszły na świat nieżywe, trzeci płód umarł wkrótce po urodzeniu się, ostatni poród przedwczesny w 5-ym miesiącu przed 5-ciu tygodniami.

Stan obecny: osoba słabo zbudowana, miernie odżywiona. Ponad prawym więzem Pouparta guz wielkości dużej pięści, dość ostro ograniczony, zbity, o brzegach nierównych, powierzchni guzowatej, miernie przesuwalny we wszystkich kierunkach; wypuk nad nim przytłumionobębenkowy, chełbotanie niewyraźne. Badanie przez pochwę wykazuje macicę w przodozgięciu, przesuniętą nieco na prawo. W prawem sklepieniu i tylnem stwierdza się opór, pozostający w związku z dnem macicy. Na powłokach brzusznych poniżej pępka w linii środkowej 2 blizny po przetokach, z których miała się sączyć treść ropiasta przez 2 miesiące.

Rozpoznania pewnego co do natury guza nie zdołano postawić, pozostawiając rozstrzygnięcie naocznemu przekonaniu się przy operacyi. Dnia 28 marca 1899 r. przystąpił prof. Trzebicky do laparotomii w uśpieniu mięszanką Billrotha. Cięciem równoległem do więzu Pouparta prawego, przebiegającem nieco ponad nim, otwarto jamę brzuszną. Po usunięciu ręką tłoczących się do rany jelit cienkich odsłonił prof. Trzebicky sam guz, wielkości dużej pięści, będący w bezpośrednim związku z jelitem ślepem i mocno pozrastany zarówno z temże jelitem, jakoteż z ściągniętą ku dołowi poprzecznicą. Przez nakłócie próbne guza wydobyto z niego nieco płynu surowiczego. Po nader mozolnem oddzieleniu zrostów podwiązano szypułę, zapomocą której guz znajdował się jeszcze w związku z jelitem ślepem (jak z oglądania wydobytego preparatu wynikało, była to nasada wyrostka robaczkowego) założono do jamy otrzewnej w tych miejscach, gdzie były najliczniejsze zrosty, 4 worki Mikulicza i zmniejszono ranę skórną zapomocą kilku szwów węzełkowych.

Wyłuszczony guz był wielkości dużej pięści męskiej, kształtu nieregularnego, o powiechni guzowatej, postrzępionej, pokrytej starymi zrostami zapalnymi. Miejscami znajdowały się pęcherze wypełnione płynem jasnym, surowiczym. Na przekroju znaleziono jamę, zajmującą większą część guza, wypełnioną masą ziarninową, miejscami serowatą. Na powierzchni guza odszukano część wyrostka robaczkowego, który przedstawiał wejrzenie prawidłowe, rozpoczynał się otwartem światłem, które jednak w dalszym ciągu cieńczało tak, że przechodził tylko cienki zgłębnik, a wreszcie gubiło się w samym guzie. Na przekroju widocznem było słoninowate nacieczenie ścian wyrostka, którego dalszy ciąg ginął w wyłuszczonym guzie.

Dnia 30 marca. Tętno nitkowate, wzdęcia ani gorączki niema. Polecono wino i zmieniono powierzchowny opatrunek, worków Mikulicza nie wyjęto.

Dnia 1 kwietnia. Stan nie zmieniony; wyjęto dwa worki Mikulicza, założone bliżej pępka i włożono świeże.

Dnia 4 kwietnia. Stan ogólny taki sam; zmieniono opatrunek. Tętno 108, bardzo drobne. Rano skąpe wymioty.

Dnia 5 kwietnia. Wczoraj wieczorem wypróżnienie stolcowe, dziś stan ogólny nieco lepszy, tętno pełniejsze.

Dnia 9 kwietnia. Od 5-ciu dni brak wypróżnień, brzuch nie wzdęty wejrzenie chorej gorsze, tętno 108, słabe. Polecono forsowne żywienie z dodatkiem somatozy. Lawatywa.

Dnia 12 kwietnia. Wypróżnienia codziennie bez stosowania leków, stan ogólny chorej coraz lepszy.

Dnia 15 kwietnia. Chora wygląda coraz lepiej, rana goi się.

Dnia 24 kwietnia. Chora spostrzegła, że przez ranę odchodzą gazy; gojenie postępuje.

Dnia 30 kwietnia. Stwierdzono przedmiotowo wydobywanie się gazów przez ranę, bardzo dobrze się gojącą. Stan ogólny znakomicie się poprawia, chora je wszystko, stolce codziennie prawidłowe.

Dnia 15 maja. Od dwóch dni odchodzenie gazów przez ranę ustało. Rana jeszcze długa na 2 ctm., pokryta zdrową ziarniną.

Dnia 25 maja. Wiatry mają nie odchodzić, natomiast przy lekkim ucisku z rany wydobywają się czopki kału. Wydobyto także obropiałą grubą podwiązkę jedwabną. Ranę, długą jeszcze na 1 ctm., głęboko wylapisowano. Stan chorej znakomity, chora w szpitalu utyła.

Dnia 27 maja. Chorą wypuszczono ze szpitala.

Według doniesienia listownego pacyentka obecnie (3 lata po operacyi) ma się zupełnie dobrze, a dokucza jej jedynie drobna przetoka kałowa, którą od czasu do czasu sączy się nieco treści przewodu pokarmowego. W celu usunięcia tego

[42]) Ceny umieszczone poniżej odnoszą się do ilości amoniaku (wyskoku), podanych w cenniku Baumanna.

[43]) Do nabycia w chemicz. fabryce M. Elba w Drezdnie, Lüttichen strasse 21.

cierpienia zamierza pacyentka zgłosić się do szpitala po odbytym połogu, gdyż obecnie jest w ciąży.

III. Gruźlica kiszki ślepej, otrzewnej i gruczołów krezkowych i zaotrzewnowych. Laparotomia rozpoznawcza. Śmierć z gruźlicy ogólnej.

W. K., służąca, lat 15, przyjęta 22 kwietnia 1899. Choruje od 2 lat; nagle uczuła bóle w okolicy kiszki ślepej i utrudnienie oddawania kału. Stan taki trwał w ciągu miesiąca, poczem dolegliwości prawie ustąpiły, pozostała jednak bolesność w miejscu choroby. Przed rokiem napad się powtórzył z bólami w tej samej okolicy, powikłany z wymiotami i zaparciem stolca.

Stan obecny: Chora licho zbudowana i odżywiona. Prawa okolica podbrzusza więcej wysklepiona i bolesna, głównie w połowie odstępu między kolcem przednim wyższym kości biodrowej prawej a pępkiem. Przy opukiwaniu wyraźnego przytłumienia odgłosu wykazać nie można. Ciepłota stale podwyższona, z wieczornemi wzniesieniami. W prawym szczycie płuca objawy nacieku. Rozpoznanie: *Appendicitis chronica exacerb.* Dnia 18 maja w uśpieniu mięszanką Billrotha wykonano w linii środkowej ciała cięcie poniżej pępka, długości około 10 ctm. Badanie bezpośrednie wykazało zajęcie całych pakietów gruczołów krezkowych i zaotrzewnowych. Niektóre pojedyncze gruczoły okazały się powiększonymi do rozmiarów dużego orzecha włoskiego. Jelito ślepe zgrubiałe bardzo znacznie, ściany naciekłe, na powierzchni zaś jelita, zarówno jak i na otrzewnej, pokrywającej resztę przewodu pokarmowego, liczne drobne szare gruzełki. Drożność jelita utrzymana. Wyrostek robaczkowy prawidłowy.

Wobec daleko posuniętych zmian w gruczołach i lichego stanu ogólnego nie kusił się prof. Trzebicky o wycięcie schorzałego jelita ślepego i zaszył ranę brzuszną.

Po dniu operacyi objawy gruźlicy płucnej z nadzwyczajną szybkością poczęły się potęgować tak, że pacyentka w dniu 30 maja umarła wśród objawów gruźlicy ogólnej. Zwłoki na żądanie rodziny uwolniono od sekcyi.

IV. Gruźlica jelita ślepego i wstępującego. Resekcya. Entero-anastomoza między jelitem biodrowem a poprzecznicą. Rzyć sztuczna. Śmierć z gruźlicy ogólnej.

L. T., lat 63 liczący, wieśniak. Pochodzi z rodziny gruźliczej, sam jednakże nigdy nie chorował. Dopiero od $^1/_2$ roku zauważył po stronie prawej w brzuchu guz zwolna rosnący i sprawiający mu dość znaczne dolegliwości. Badanie, wykonane w dniu 5 czerwca 1899 r., wykazało stan następujący: osobnik charłaczy z objawami nacieku szczytowego. Brzuch zapadły, a jedynie tylko w okolicy kiszki ślepej nieco wypuklony przez guz twardy, gładki, mało bardzo ruchomy, wielkości 2 pięści dorosłego mężczyzny. Odgłos wypukowy nad guzem stłumiono-bębenkowy. Badanie sprawia pacyentowi mierne bóle. Ciepłota prawidłowa, stolec nieregularny, naprzemian zaparcie i biegunka. Rozpoznanie chwiało się między nowotworem a gruźlicą jelita ślepego.

Operacyę wykonał prof. Trzebicky d. 6. czerwca. Cięciem równoległem do więzu Pouparta, długiem na 20 ctm. otwarto jamę brzuszną. Guz odpowiadał rzeczywiście mocno naciekłemu jelitu ślepemu i wyrostkowi robaczkowemu. Ściany jelita dochodziły miejscami grubości 2 ctm. Naciek ten w mniejszym wprawdzie stopniu zajmował również i jelito wstępujace, prawie aż na 2 palce poniżej zgięcia wątrobowego. Otrzewna na jelicie ślepem była pokrytą licznymi drobnymi gruzełkami. Prof. Trzebicky wykonał całkowitą resekcyę dolnego odcinka jelita biodrowego, jelita ślepego i wstępującego, zamknął dokładnie pozostałe końce jelita ślepego i poprzecznicy, a pomiędzy tą ostatnią i jelitem biodrowem wykonał anastomozę zapomocą guzika Murphyego. Ranę prawie w całości zeszyto, a tylko przez jej kąty wprowadzono po jednym worku Mikulicza.

Na wyjętym preparacie można się było przekonać, że jelito ślepe grubością swoją dochodziło rozmiarów ramienia dobrze rozwiniętego mężczyzny. Ściany jego, jak już wspomniano, miejcami dochodziły grubości 2 ctm. Błony śluzowej w jelicie ślepem prawie zupełnie nie było, natomiast znajdował się tam jeden rozległy wrzód o wybitnych cechach wrzodu gruźliczego. Zmiany podobne, choć w niższym stopniu okazywało i jelito wstępujące, naciek w ścianach był tu mniejszy, a owrzodzenia drobne, nieliczne. Otrzewna, pokrywająca resekowaną część jelita, była również mocno zgrubiałą, na jej powierzchni znajdowały się liczne gruzełki.

Pacyent zniósł zabieg na razie bardzo dobrze i miał się przez pierwszy tydzień znakomicie. Dopiero dnia 17-go czerwca, a więc w 11 dniu po operacyi, wytworzyła się rzyć sztuczna, przez którą znaczna część treści przewodu pokarmowego się wylewała. Odtąd pacyent szybko podupadał, a dławcowe zapalenie płuc położyło wreszcie kres jego życiu w dniu 30 czerwca.

Rozpoznanie anatomiczno-patologiczne po dokonanej sekcyi opiewało: *Pneumonia crouposa lobi inferioris pulmonis sinistri. Cirrhosis tbc. apicis pulmonis utriusque praec. dextri. Peribronchitis caseosa nodosa praec. lobi inferioris pulmonis dextri. Tuberculosis miliaris pulmonum, hepatis, lienis, renum et praec. peritonei.*

W jamie brzusznej były rozległe zrosty zarówno w okolicy rany, jakoteż i pomiędzy wątrobą a przeponą i w okolicy śledziony. W miejscu entero-anastomozy ściany jelita zrosły się ze sobą dokładnie tylko od strony tylnej; od przedniej zaś rozstąpiły się, przez co powstała właśnie rzyć sztuczna; także i szew zamykający początek poprzecznicy nie dopisał w zupełności, najprawdopodobniej wskutek znajdującego się w tem miejscu również owrzodzenia gruźliczego. Gruczoły krezkowe serowato zwyrodniałe.

V. Gruźlica jelita ślepego. Entero-anastomoza. Śmierć w kilka miesięcy z gruźlicy ogólnej.

Z K., lat 27, wyrobnik, przyjęty 30 czerwca 1900 r. Choruje od dłuższego już czasu. Żali się na stale trwający ból w brzuchu, szczególnie nad pachwiną prawą i na uporczywe zaparcie stolca.

Stan obecny: w obu szczytach rzężenia drobnobańkowe i przytłumienie odgłosu wypukowego. Po stronie prawej brzucha, ponad więzem Pouparta, wyczuwał się guz rozlany wielkości dwóch pięści, dość twardy, nierówny, mało przesuwalny i mało bolesny.

4-go lipca. W uśpieniu mięszanką Billrotha poprowadzono ponad prawym więzem Pouparta cięcie do niego równoległe i odsłonięto jelito ślepe. Tak jelito to jakoteż dolna część kiszki grubej wstępującej i jelita biodrowego stanowiły masę zgrubiałą i pozrastaną, wielkości głowy dziecka. Wobec licznych zrostów i zajęcia jelit na znacznej przestrzeni zaniechał prof Trzebicky, myśli o wycięciu części schorzałej i jedynie tylko wykluczył część chorą przez entero-anastomozę między jelitem biodrowem a poprzecznicą. Ranę w powłokach zaszyto w zupełności.

7-go lipca. Pierwsza zmiana opatrunku. Szwy skórne i mięśniowe w dolnej części ramy nieco zropiały, wskutek czego je wyjęto; górna część rany goi się przez rychłozrost.

18-go lipca. Rana goi się zupełnie dobrze, odżywienie chorego znacznie lepsze.

13-sierpnia. Chory opuszcza szpital z raną zagojoną.

O ile od rodziny pacyenta dowiedzieć się zdołałem, wystąpiła u niego wkrótce po powrocie ze szpitala biegunka, utrzymująca się do końca życia. Równocześnie pojawiły się wieczorne podwyższenia ciepłoty, a wezwany lekarz stwierdził gwałtownie postępujący rozpad w płucach, który po kilku miesiącach spowodował śmierć chorego.

VI. Gruźlica otrzewnej i jelita ślepego (?). Niedrożność przewodu pokarmowego. Założenie sztucznej rzyci. Śmierć.

F. B., lat 30, wyrobnik, przyjęty 4-go stycznia 1900 r. Od 5 tygodni cierpi na bardzo dotkliwe bóle w brzuchu; wymioty cuchnące, kałowe. Stolce bardzo skąpe, odchodzą tylko po lawatywie. Stan obecny: brzuch w całości wzdęty, szczególnie po stronie lewej, pętle jelitowe się rysują. W okolicy kiszki ślepej wyczuwalny guz wielkości głowy dziecka, twardy, mało ruchomy, o powierzchni nierównej. Granice guza wobec kolosalnego wzdęcia brzucha nie dały się dokładnie oznaczyć. Brzuch w całości przy dotyku bolesny, oprócz tego występują od czasu do czasu bóle napadowe, wśród których pętle jelit wyraźnie się przez powłoki brzuszne rysują. Odgłos wypukowy nad jelitami

wszedzie wysoko bębenkowy, jedynie tylko nad guzem nieco przytłumiony; przepona mocno ku górze wyparta. Stan ogólny bardzo zły, język suchy, tętno 120. Rozpoznano niedrożność jelit na tle przeszkody przewlekłej, najprawdopodobniej gruźliczej zmiany w jelicie biodrowem, za czem przemawiał lichy stan odżywienia chorego i liczne drobne rzężenia w szczytach płuc.

Prof. Trzebicky przystąpił natychmiast do laparotomii. Jamę brzuszną otworzono w linii środkowej. Otrzewna była wszędzie pokryta licznymi drobnymi gruzełkami. Jelita cienkie bardzo były rozdęte, przeważnie pozlepiane z sobą świeżymi zlepami, a jedynie tylko jelito biodrowe w okolicy kiszki ślepej stanowiło wraz z kiszką grubą jeden twardy guz wskutek silnych starych zrostów. O ile przy pośpiechu zdołano się zoryentować, ściany jelita grubego, a zwłaszcza ślepego, były mocno naciekłe. Wobec lichego stanu pacyenta musiano się ograniczyć do założenia sztucznego odbytu w dolnej części jelita biodrowego. Chory zmarł w 12 godzin po operacyi. Sekcyi nie wykonano.

VII. Gruźlica jelita ślepego i otrzewnej. Laparotomia próbna. Szybki postęp sprawy gruźliczej w płucach.

S. P. 17-letnia, panna. Pochodzi z rodziny, w której gruźlica dość często się wydarza. Kaszel od dłuższego czasu. Od roku występują w pewnych odstępach czasu bóle w okolicy kiszki ślepej, połączone za każdym razem z objawami podrażnienia otrzewnej. Badanie wykazuje stan następujący: osoba licho zbudowana, słabo odżywiona, niedokrewna. W płucach objawy nieżytu. Brzuch płaski, jedynie ponad prawym więzem Pouparta miernie wysklepiony przez rozlany guz wielkości głowy dziecka, niedający się dokładnie ograniczyć, prawie nieruchomy, nieco przy ucisku bolesny. Odgłos wypukowy ponad guzem bębenkowy. Rozwolnienia nie ma, raczej skłonność do zaparcia.

Na podstawie badania i wywiadów rozpoznaliśmy zapalenie jelita ślepego, sprowadzające od czasu do czasu objawy zadrażnienia ogólnego otrzewnej. Lichy stan ogólny, nieżyt płucny i dziedziczne obciążenie kazały się obawiać, azali cała sprawa nie toczy się na tle zakażenia gruźliczego.

Operacya wykonana 26 lipca 1901 r., niestety w zupełności potwierdziła nasze obawy. Jelito ślepe zamienione było wskutek nacieczenia ścian w guz twardy wielkości dużej pomarańczy, zrośnięty z talerzem biodrowym i przyległemi pętlami jelita cienkiego. Otrzewna, pokryta wszędzie gruzełkami, zawierała około litra płynu jasnego surowiczego. Z uwagi na tę okoliczność, że drożność przewodu pokarmowego, jak nas badanie przekonało, mimo nacieku ścian jelita ślepego było utrzymaną, lichy stan ogólny zaś nie pozwalał na wykonanie zabiegu operacyjnego wymagającego dłuższego nieco czasu, zaszył prof. Trzebicky powłoki brzuszne.

Chora przebyła zabieg bez najmniejszego odczynu. Owszem, stan ogólny po operacyi począł się polepszać i ciężar ciała w pierwszych tygodniach wzrastał. Niestety radość pacyentki i nasza trwała nie długo. Wprawdzie ze strony jamy brzusznej pacyentka dotąd nie doznaje od czasu operacyi żadnych dolegliwości, natomiast sprawa w płucach gwałtownie się szerzy tak, że chora od kilku miesięcy już z łóżka nie wstaje.

Opisane powyżej przypadki podzielić wypada na dwie gromady: sześć razy operowano z powodu samego cierpienia, a więc z powodu gruźlicy jelita ślepego i części przyległych; raz zaś (przypadek VI) wskazanie do operacyi stanowiła następowa niedrożność przewodu pokarmowego, wywołana przez proces gruźliczy. Przypadek ten, jako już z góry prawie stracony, bliżej w rachubę wchodzić nie może.

W sześciu pozostałych przypadkach wykonano trzy razy (przypadek I, II i IV) resekcyę całej części schorzałej i to dwa razy z wynikiem pomyślnym. Wprawdzie w jednym z tych wyleczonych przypadków istnieje po dziś dzień jeszcze przetoka, która jednakże uda się prawdopodobnie usunąć drogą operacyjną i która zresztą nie sprawia pacyentce według jej własnego zeznania wcale znaczniejszych dolegliwości. W jednym z przypadków resekowanych szew nie dopisał i powstała rzyć sztuczna, która jednakże śmierci nie spowodowała; była ona raczej następstwem rychło postępującego procesu gruźliczego w narządach wewnętrznych u starszego już wiekiem i na zdrowiu podupadłego pacyenta. U jednego pacyenta ograniczyliśmy się do częściowego wykluczenia części schorzałej przez założenie komunikacyi między pętlą jelita, położoną powyżej i poniżej miejsca schorzałego, a to głównie z powodu objawów przewlekłej niedrożności przewodu pokarmowego, które w ten sposób udało się zupełnie usunąć. Pacyent zmarł w kilka miesięcy z gruźlicy ogólnej.

W dwóch przypadkach, w których wykonano jedynie cięcie próbne przez powłoki brzuszne, operacya oczywiście na dalszy przebieg choroby, a zwłaszcza zakażenia całego ustroju, nie mogła wywrzeć żadnego wpływu; to też jedna chora w kikanaście dni po operacyi zmarła z gruźlicy płuc, druga obecnie znajduje się w stanie beznadziejnym.

Liczba przypadków przez nas spostrzeganych jest zbyt małą, by na jej podstawie można wyciągać jakiekolwiek wnioski. Sprawa leczenia gruźlicy jelita ślepego jest zbyt ważną, by ją można tak doraźnie na podstawie skromnego materyału rozstrzygnąć. Do tego powołane są, jak wogóle w sprawie leczenia gruźlicy, jedynie tylko liczby oparte na zbiorowej pracy ogółu świata lekarskiego. Kilka naszych wyników pomyślnych, jak niemniej świetne rezultaty innych chirurgów winny jednakże w każdym razie zachęcać lekarzy do dalszej walki na drodze operacyjnej z tą chorobą, która, nie będąc leczona, niechybnie zdrowie i życie podkopuje.

Niechaj mi wreszcie wolno będzie złożyć na tem miejscu najserdeczniejsze podziękowanie mojemu ukochanemu szefowi JW. P. Prof. Trzebickyemu za światłą pomoc przy spisywaniu wyżej podanych spostrzeżeń, jakoteż za pozwolenie korzystania z materyału oddziałowego i zachętę do zestawienia przytoczonych przypadków chorobowych.

V. Wyciągi.

Lindeman. **O sprawności tłuszczowo zwyrodniałego serca.** (*Festschrift zur Feier des 60 Geburtstages von Maks Jaffé.* Braunschweig, 1901) Zamiast fosforu, zazwyczaj używanego do tych celów, używał autor „pulegonu", pierwiastka skutecznego w „mentha pulegium". W przeważnej liczbie przypadków ulegały stłuszczeniu obydwie komory sercowe, w mniejszej tylko komora prawa, a przedewszystkiem mięśnie brodawkowe. Jeżeli zwyrodnienie tłuszczowe było częściowe, pojawiało się tylko przyspieszenie i osłabienie tętna, bez niemiarowości jego. Cięższe objawy stwierdzano dopiero wtedy, jeżeli cały mięsień sercowy uległ zwyrodnieniu. *E. K.* (Kr. kl. l.).

O. Lang. **O gorączce tarczykowej i zakażeniu tarczykowem.** (*Grenzgebiete der Medicin und Chir.*, 1901, T. 8). Ażeby rozstrzygnąć pytanie, czy gorączka, pojawiająca się niekiedy po operacyi wyjęcia gruczołu tarczykowego w chorobie Basedowa, jest następstwem przesycenia ustroju wydzieliną gruczołu tarczykowego podczas operacyi, wykonał autor 8 doświadczeń na psach. W doświadczeniach tych autor zgniatał obydwa lub jeden płat gruczołu, podwiązywał zapomocą przewiązki, a wreszcie zadawał rany zapomocą noża, lub galwanokauteru.

W tych fizyologicznych przypadkach nigdy nie pojawiała się gorączka tarczykowa; to też autor twierdzi, że gorączkę tarczykową wywołać może tylko patologicznie zmieniona wydzielina tego gruczołu. *E. K.* (Kr. kl. l.).

Oehler. **O gruźliczem zapaleniu otrzewnej.** (*Münch. med. Wochs.* 1901, Nr. 52). Wobec tak gorąco polecanych w ostatnich czasach zabiegów operacyjnych stwierdza autor na podstawie spostrzeganych przez siebie 44 przypadków w szpitalu Carolineum w Frankfurcie, że połowa przypadków tej choroby, która przeważnie dotyczy wieku dziecięcego, kończy się niepomyślnie, prze-

ważnie skutkiem następowej gruźlicy opon mózgowych; zaś druga połowa zdrowieje dobrowolnie bez jakichkolwiek zabiegów operacyjnych przy odpowiedniem zachowaniu się dyetetycznem i higienicznem. *E. K.* (Kr. kl. I.).

Frankl. **Nowe narzędzie do wymóżdżania (perforator) na wzór trepana do dziurawienia czaszki.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 3). Zasada nowego perforatora, bardzo złożonego, polega na tem, że na końcu trepanu umieszczony jest świder, który robi otwór w czaszce; przez otwór ten wsuwa się do jamy czaszki cały zamknięty trepan, następnie otwiera się i trepanuje dużą dziurę od wewnątrz. Przy użyciu tego trepanu nie potrzeba trzymać główki podczas trepanacyi, bo sam przyrząd trepanując od wewnątrz główkę, trzyma i równocześnie ściąga. *P.*

Ostrčil. **Kilka przypadków niezwykłych porodów.** (*Wiener klinische Rundschau* 1902, Nr. 6—7). Porodów przy wrodzonem zwichnięciu w stawie biodrowym zebrał autor jedenaście: wszystkie te porody były bardzo ciężkie i w większej liczbie zakończyły się śmiercią, najczęściej z powodu następowej posocznicy; w przypadku autora poród ukończony został kleszczami: pacyentka wyzdrowiała. Przypadek drugi dotyczył wieloródki, u której na 40 dni przed zastąpieniem odcięto część pochwową macicy z powodu raka. Poród odbył się o dwa tygodnie wcześniej siłami natury. Przeszkodę stawiał zbliznowaciały otwór pozostałej części przewodu szyi; po założeniu jednak balonu Müllerowskiego otwór ten zupełnie się rozszerzył.

Przypadek trzeci nierozwiązany, zakończony śmiercią, dotyczył ciężarnej, u której na 18 godzin przed śmiercią wystąpiły drgawki. Sekcya i badania bakteryologiczne wykazały *meningitis purulenta c. pneumococco, bronchitis, pneumonia lobularis.* *P.*

Braitenberg. **Przyczynek do kazuistyki drgawek porodowych.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 7). Na podstawie statystyki zebranej na klinice w Insbruku w roku 1887 wysnuwa autor rozmaite spostrzeżenia. Na 8408 porodów było tylko 46 przypadków drgawek, a więc 5·47%. Przypadki te pojawiały się sporadycznie; tylko w jednym miesiącu pojawiło się naraz pięć i to u ciężarnych, pozostających w zakładzie. W przeważnej liczbie drgawki porodowe występowały u pierwiastek, w małej tylko liczbie u wieloródek; u tych było tylko po jednym napadzie, i do tego po ukończeniu porodu.

We wszystkich dłużej spostrzeganych przypadkach, prócz jednego, ilość moczu była zmniejszona z dużą ilością białka. Najczęściej, bo 24 razy, pojawiały się drgawki podczas porodu, rzadziej w połogu (18 razy), a w ciąży tylko cztery razy; przypadki te jednak ze względu na rokowanie są najgorsze, bo śmiertelność wynosi 25%, w porodzie 12·5%, w połogu zaś 0.

W przypadkach podejrzanych działano zapobiegawczo, regulując wypróżnienia i podając dyetę mleczną. Podczas samego napadu leczenie ograniczało się do okładu lodowego na głowę, lewatywy z chloralu i małych dawek podskórnych morfiny (0·015); w cięższych przypadkach nadto podawano lewatywy i stosowano podskórne wstrzykiwania z rozczynu soli. Autor nie ma drgawek porodowych za chorobę zakaźną, ani też za samozatrucie, czy to wytworami ustroju matki, czy też płodu, lecz twierdzi, że same drgawki nie są chorobą, ale tylko objawem chorobowym, objawem oddziaływania ustroju na pewne bliżej nieznane szkodliwości. Podstawy chorobowe mają się znajdować w układzie nerwowym, a jakieś zaburzenia podczas porodu lub ciąży mają być tylko czynnikiem wywołującym. *P.*

M. Oettinger. **O zapaleniu żył w przebiegu drugorzędnej kiły.** *Semaine médicale*, 1902, Nr. 7). Śródbłonek żylny jest podłożem nader podatnem dla powikłań zapalnych w przebiegu chorób zakaźnych. Przyczyny tego leżą częściowo w warunkach anatomicznych (zastawki żylne, liczne anastomozy), częściowo zaś w małej szybkości krążenia, a zatem dłuższem zetknięciu się z materyałem zakaźnym. Jedyny i dotychczas zupełnie niewytłómaczony wyjątek w tym kierunku stanowi kiła. W przebiegu kiły bardzo często spotykamy się z powikłaniami ze strony tętnic: natomiast zmiany chorobowe śródbłonka żylnego należą tu do rzadkości, zwłaszcza jeżeli wykluczymy zmiany w przebiegu kiły trzeciorzędnej, powstałe wskutek sąsiedztwa kilaków, a ograniczymy się do istotnego zapalenia żył pod wpływem jadu kiłowego. Wszystkie te przypadki okazują bardzo wielkie podobieństwo, niemal identyczność, klinicznego przebiegu; przypadek świeżo spostrzegany w szpitalu Broussais może być uważany zatypowy:

Mężczyzna l. 47, z zawodu kowal. Piersi, plecy i tułów pokryte obfitą wysypką brodawkowo-łuskową; podobna wysypka na czole i twarzy. Choroba ma trwać od 6 tygodni. Ślady po wrzodzie pierwotnym dadzą się przedmiotowo stwierdzić. Główną przyczynę przybycia do szpitala stanowią bóle w obu łydkach, uniemożliwiające pracę zawodową. W okolicy stawu skokowego obu kończyn można stwierdzić obrzęk: również po obu stronach w przebiegu żyły odstrzałkowej zewnętrznej (*saphena externa*) znajdujemy postronek twardy, grubości gęsiego pióra, przy ucisku bolesny. Stan ogólny dobry, ciepłota nieco podniesiona, waha się między 37·8°, a 38·4°. Obrzęk znika po 48 godzinach. Pod wpływem leczenia swoistego ciepłota w przeciągu 10 dni opada do prawidłowej, a postronki żylne znikają. Jedyne zaburzenie stanowi nowy naciek, który wśród nowego podwyższenia ciepłoty wystąpił w zakresie dolnej odnogi, lecz i ten szybko ustępuje i chory po 5-ciu tygodniach opuszcza szpital. Autor miał sposobność badać go w jakiś czas potem i mógł stwierdzić, że krążenie wróciło zupełnie do prawidłowych warunków.

Począwszy od roku 1882, w którym Gayraud pierwszy opisał szczegółowo zapalenie żył na tle kiłowem, zanotowano około 25 przypadków o przebiegu zupełnie podobnym do wyżej podanego. Oto ich najwybitniejsze wspólne cechy:

Przedewszystkiem zapalenie żył na tle kiły umiejscawia się prawie wyłącznie w żyłach powierzchownych kończyn (nigdy jednak stopy, ani dłoni) Przypadek zapalenia żyły głębokiej kończyny znamy tylko jeden (Mauriac). Przestrzeń, jaką naciek zapalny zajmuje, bywa rozmaita. W naszym przypadku przebiegał naciek po stronie lewej wzdłuż całej łydki, po prawej tylko wzdłuż dolnej połowy. Średnica postronka żylnego waha się między grubością pióra gęsiego, a grubością cybucha sporej fajki. Bolesność zwykle mierna, odczynu zapalnego sąsiednich tkanek brak.

Drugą również znamienną, choć już nie tak stałą cechą zapalenia żył na tle kiłowem jest wybuchanie w kilku miejscach, bądź równocześnie, bądź w pewnych odstępach czasu (niekiedy kilkotygodniowych). Zajęcie jednej tylko żyły jest bardzo rzadkie. Do dalszych objawów charakterystycznych należy początek nagły, połączony z dość silnym, lecz bardzo szybko przemijającym bólem, Bólów napadowych, zwłaszcza nocnych, tak częstych w przebiegu innych zmian kiłowych, tutaj nie spotykamy. Według znakomitej charakterystyki profesora Fourniera mamy tu do czynienia z „objawami zapalenia żył o przebiegu podostrym, a raczej — powiedzmy dokładniej — początkowo podostrym, prawie natychmiast przechodzącym w typ bezgorączkowy (*aphlegmasique*), zimny, objawiający się tylko naciekiem plastycznym postronka żylnego. Niekiedy przyjmuje choroba ten typ od samego początku i zachowuje go przez cały czas trwania“. Obrzęk zwykle bardzo nieznaczny pod wpływem leżenia w łóżku szybko ustępuje, co wobec licznych anastomoz układu żylnego jest bardzo zrozumiałe. Prawie zawsze spostrzegamy lekkie podniesienie ciepłoty, również każde zajęcie nowej żyły znajduje wyraz w podwyższeniu ciepłoty. Przebieg jest dość powolny, w każdym razie jednak o wiele szybszy, niż w zapaleniach żył na innem tle. Pierwsze objawy zapalne pod wpływem leczenia przeciwkiłowego ustępują bardzo szybko, jednak dla osiągnięcia zupełnej drożności naczyń potrzeba jest przynajmniej trzech tygodni. Dodać należy, że wszystkie dotychczas opisane przypadki zakończyły się wyleczeniem; zatoru lub innego powikłania nie spostrzeżono.

Pozostaje dodać słów kilka co do etyologii i patogenii kiłowego zapalenia żył: pod tym względem wiadomości nasze są dotąd bardzo szczupłe. Że mamy do czynienia z bezpośredniem zakażeniem jadem kiłowym, to zdaje się nie ulegać wątpliwości: inne przyczyny, jak przemęczenie, urazy itp. mogą tylko zakażenie ułatwić: zdarza się ono i u chorych przez dłuższy czas leżących w szpitalu, a zatem ochronionych od wszystkich tych zewnętrznych przyczyn. Za naturą kiłową tego zapalenia przemawia dalej występowanie — prawie bez wyjątku — w kilku żyłach równocześnie, wreszcie — dowód może najsilniejszy — szybka i widoczna skuteczność leczenia przeciwkiłowego.

Zapalenie żył kiłowe pojawia się w przebiegu kiły drugorzędnej, a zatem w czasie pełnego jej rozwoju. Czy mamy tu do czynienia z zakażeniem jadem kiłowym, czy też może samym, dotychczas nieznanym prątkiem kiły, — nie wiemy. Badanie na zwłokach możliwe było w jednym tylko dotychczas przypadku: nie dało ono nam pod tym względem żadnych wyjaśnień. Pod względem praktycznym nieświadomość ta jest dla nas bez znaczenia; to, co wiemy o związku tego rodzaju zapalenia z kiłą, wystarcza nam zupełnie do rozpoznania tej choroby, oznaczenia rokowania i podjęcia leczenia. *Dr. T. Żeleński.*

Hugh Galt. **Nowy sposób przechowywania preparatów anatomicznych.** (*The Lancet*, 16 listopada 1901). Wobec różnych niedogodności, jakie przedstawiają płyny, używane dotychczas do przechowywania preparatów anatomicznych, autor czynił poszukiwania za takimi przetworami, któreby przedewszystkiem nie zmieniały naturalnej barwy preparatów. Po wielu doświadczeniach z najróżnorodniejszemi substancyami, najwięcej wartości przedsta-

wiała dla autora następująca mięszanina: pięć części zwykłej soli kuchennej, po jednej części saletry i wodnika chloralu, i 100 części wody. Ponieważ płyn ten nie posiada prawie zupełnie własności ściągających, więc należy rozpocząć przez poddanie preparatu działaniu przygotowawczemu, jak i przy innych metodach: mianowicie po opłókaniu wodą bieżącą w ciągu kilku godzin, daje się preparat do wyskoku na pewien czas, odpowiednio do wielkości i istoty narządu (od sześciu godzin, do kilku dni): jeżeli preparat jest dużych rozmiarów, lub miękki, dobrze jest dodać 0,5% formaliny. Następnie przenosi się preparat ostatecznie do płynu zachowującego. Z czasem w miejsce wyparowanej wody dolewa się potrochu świeżej. Autor, jako patolog przy wielkim szpitalu w Glasgowie, używał w ciągu dwóch lat wspomnianego płynu i na mocy nabytego doświadczenia bardzo go zachwala.

Przewaga tej metody przechowywania preparatów nad innemi streszcza się w następujących dodatnich szczegółach: 1) Płyn zalecony jest znacznie tańszy od wszystkich innych (wyskoku, formaliny i t. d.). 2) Sposób jego działania jest bardzo prosty. 3) Światło na preparaty tak przechowywane nie wpływa. 4) Zachowanie naturalnej barwy jest pewniejsze i trwalsze, niż przy dawnych sposobach. 5) Składniki, stanowiące podstawę tej cieczy, są łatwo przenośne. 6) Płyn nie ulatnia się łatwo, lecz z biegiem czasu trzeba dodawać wody (jeżeli przeźroczystość utrzymuje się; w razie zaś zmętnienia, co zdarza się rzadko, płyn należy odmienić). 7) Składniki cieczy nie są trujące, lub drażniące. 8) Wpływu na pierwiastki komórkowe tkanek płyn nie ma; okazy drobnowidowe można robić z tych preparatów nawet po upływie długiego czasu. 9) Kurczenie się preparatów bywa bardzo nieznaczne, co zostało udowodnione przy pomocy ścisłego mierzenia.

St. Rudzki (Ptbg.).

Prof. Obrazcow. **Wymacywanie odźwiernika żołądka.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 9). Część odźwiernikowa żołądka rzadko daje się wymacać, gdyż zwykle przykrywa ją wątroba. Na 900 chorych, którzy zgłosili się w roku 1901 do prof. Obrazcowa (Kijów), zdołał on wymacać odźwiernik w 9-ciu przypadkach, czyli w 1%. Część odźwiernikowa zwykle przedstawia się przy obmacywaniu w kształcie walca, leżącego bądź poziomo, bądź ukośnie, w kierunku od góry ku dołowi i od strony prawej ku lewej: leży on na wysokości 2, 3, 5, 7 ctm. nad pępkiem, najczęściej w okolicy prawego mięśnia prostego, i ma grubość palca wskazującego, lub wielkiego. Znamienną cechą tego walca jest to, że zmienia on szybko swoją zbitość, która bywa czasem prawie chrząstkowatą, a wkrótce wiotczeje na tyle, że walec staje się niemacalnym. Te ruchy robaczkowe odźwiernika przewyższają wybitnością swoją ruchy wszystkich innych odcinków przewodu pokarmowego, które są dostępne do obmacywania. Uformowanie się walca następuje w ciągu 3—5 sekund; zbitość jego trwa 5—6 sekund, następnie walec wiotczeje, przyczem występuje w nim kruczenie, wreszcie znika. Po upływie kilku sekund do ½ minuty, lub nawet nieco dłuższego czasu, występuje znów ten sam obraz. Podobne ruchy robaczkowe odźwiernika można spostrzegać nietylko po spożyciu pokarmów, lecz i naczczo.

Oprócz kształtu walca odźwiernik przybiera nieraz kształt twardego, mniej lub więcej okrągłego guza, wielkości orzecha laskowego. Ta postać odźwiernika macalnego zdarza się często w znacznem opadnięciu trzew; guz znajduje się zwykle na 1—2 ctm. nad pępkiem w okolicy prawego mięśnia prostego, blizko od linii środkowej ciała. I w tej postaci spostrzegamy wyraźne ruchy robaczkowe. Znamienną cechą tych ruchów jest to, że im towarzyszy małe burczenie, które wyczuwa się przy obmacywaniu twardego i następnie wiotczejącego guza odźwiernikowego; burczenie to można słyszeć nawet z odległości, jako szczególny pisk, przypominający pisk myszy. W kształcie walcowatym podobny objaw pisku występuje rzadko, burczenie bowiem, które tu słyszymy, nie bywa tak małe. O. tłomaczy ten objaw pisku wyrugowywaniem gazów z zamkniętego podczas skurczu odźwiernika napowrót do żołądka.

Jak walcowatą, tak i guzową postać macalnego odźwiernika należy odróżnić od guza rakowatego i od dwunastnicy. Od guza rakowatego odźwiernik macalny odróżnia się tem, że w nim słyszymy pisk lub burczenie, oraz tem, że przedstawia cechujące zmiany swej zbitości. Trudniejszem jest rozróżnienie odźwiernika od dwunastnicy: w niektórych razach kurczy się nie sam tylko odźwiernik, lecz razem z nim i część żołądka: w takim razie tworzy się długi walec, przypominający dwunastnicę: burczenie podczas wiotczenia skurczonej dwunastnicy także się spostrzegać, jakkolwiek w słabym stopniu. Położenie walca ponad dolną granicą żołądka również nie zawsze zabezpiecza od pomyłki; nie zawsze bowiem może być ono oznaczone odrazu. Jednak położenie walca o 4—8 ctm. nad dolną granicą żołądka przemawia prawie bezwarunkowo przeciwko dwunastnicy. Rozstrzygające znaczenie ma wreszcie następujący objaw: przy umiejscowieniu dwunastnicy pod wątrobą lub w jej okolicy, opukiwanie wątroby daje odgłos stłumiony z odcieniem bębenkowym; przy umiejscowieniu zaś otrzymujemy zawsze bezwzględnie odgłos tępy części odźwiernikowej żołądka pod wątrobą.

Jakie znaczenie kliniczne ma macalny odźwiernik? Wedle Bouvereta skurcz spastyczny odźwiernika jest najczęstszą przyczyną nerwobólów żołądkowych (*gastralgia*). Spostrzeżenia O. jednak temu przeczą, chorzy bowiem zwykle wcale nie czują skurczów odźwiernika. O. zaprzecza istnieniu związku między omawianym objawem a jakąkolwiekbądź sprawą chorobową podmiotową, oraz przedmiotową. Według O. skurcze spastyczne odźwiernika żołądka należą do zjawisk, zachodzących u każdego zdrowego człowieka. Być może jednak, że w razie zwiększonej kwaśności soku żołądkowego, oraz w opadnięciu żołądka, gdzie przedostawanie się zawartości żołądkowej do dwunastnicy jest utrudnione, skurcze te odznaczają się większą energią i długotrwałością, lecz i w tych przypadkach nie można, zdaniem autora, zaliczać tego objawu do rzędu patologicznych.

Zdarzają się jednak przypadki, w których macalny odźwiernik ma bezwarunkowo znaczenie patologiczne. Na dowód tego prof. Obrazcow przytacza szczegółową historyę choroby jednego podobnego przypadku. Pozwolę sobie przytoczyć go nieco szerzej, jest on bowiem bardzo pouczający.

Chory akademik, w wieku 21 lat, zachorował przed trzema miesiącami: początkowo wystąpiły nudności, które poprzedzało każdorazowo nieprzyjemne uczucie za mostkiem, przypominające skurcze; nudności występowały zwykle naczczo i podczas ruchów; towarzyszyło im niekiedy odbijanie nieprzyjemnej woni; blizko w sześć tygodni przyłączyły się do nudności silne bóle po spożyciu pokarmów, a wreszcie wymioty; wymiociny były prawie zawsze barwy czekoladowej, o silnej woni, przypominającej zapach surowej ryby; krwi w wymiocinach nigdy nie było. Bóle nie ustawały i przy pokarmach wyłącznie płynnych; łaknienie było upośledzone; stolec zaparty; w ciągu trzech miesięcy chory stracił na wadze 15 funtów. Kiły chory nie przebywał, napojów wyskokowych nie nadużywał. Badanie przedmiotowe wykazało: budowa i odżywienie dobre; brzuch nie wzdęty; w położeniu leżącem występuje okresowo z pod prawego łuku żebrowego w okolicy nadbrzusznej guz dobrze macalny, o kształcie walcowatym, szerokości 5 ctm.; kierunek jego od góry, z zewnątrz i od strony prawej ku dołowi, ku wewnątrz i ku stronie lewej; w stronie prawej guz przekracza o 6 ctm. linię środkową ciała; walec jest miernie ruchomy, bolesny przy macaniu; odgłos wypukowy nad nim głuchy z takim odcieniem bębenkowym, jak i w okolicy żołądkowej; dolna granica żołądka wciąż się waha, raz ku górze, to znowu ku dołowi; podobne wahania jej granic idą w parze z występowaniem i znikaniem walca: gdy się walec zjawia, dolna granica żołądka leży na 5—6 ctm. nad pępkiem; gdy zaś walec znika, nie dochodzi na jeden ctm. do pępka: opadania samego żołądka niema. Badanie soku żołądkowego wykryło brak wolnego i związanego kwasu solnego, oraz brak pepsyny i podpuszczki. Inne narządy osobliwych zmian nie przedstawiały. Pod wpływem leczenia chory szybko się poprawił i po upływie dwóch miesięcy nie przedstawiał więcej żadnych nieprawidłowości ze strony żołądka; sok żołądkowy przybrał również skład prawidłowy.

Przypadek ten jest nadzwyczaj pouczający pod wielu względami: czynność wydzielnicza żołądka była zupełnie zniesioną (zupełny brak zaczynów żołądkowych i kwasu solnego); w żołądku zachodził szereg jakichś spraw, w których następstwie wytwarzały się substancye o woni surowej ryby — z kategoryi diaminów; najgłówniejszym jednak objawem było wystąpienie w okolicy odźwiernika i odźwiernikowej części żołądka guza o kształcie walcowatym. Tu oczywiście w utworzeniu walca brała udział i pewna część ścian żołądka; stan skurczu spastycznego dotyczył nietylko tej części żołądka, lecz obejmował cały ten narząd, co zdradzało się znacznem podnoszeniem się dolnej jego granicy i zmniejszeniem objętości podczas skurczu odźwiernika. Występował więc w tym przypadku łudząco obraz nowotworu, lecz jak się okazało, nowotworu rzeczonego, ani raka, ani zwyrodnienia włóknistego tu nie było; za tem przypuszczeniem przemawiało znikanie walca podczas badania i dalszy los chorego, który przybrał podczas lata na wadze 19 funtów. Domniemany więc nowotwór przedstawiał spastycznie skurczoną część odźwiernikową żołądka, nerwicę ruchową, jednoczesną z zaburzeniem czynności wydzielniczej żołądka, u osobnika, cierpiącego na ogólną niedomogę nerwową (*neurasthenia*). *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Kossmann. **Prawo lekarza i matki do życia, lub śmierci noworodka.** (*Die Heilkunde* 1902, Nr. 1). Autor zastanawia się nad pytaniem, czy wolno lekarzowi za wolą matki, lub bez jej przyzwolenia, zabijać dziecko, byle rozwiązać kobietę w spo-

sób dla niej mniej niebezpieczny. Na podstawie statystyki niemieckiej przeciętny wiek życia dziecka wynosi 37 lat: jeżeli więc rodzić będzie kobieta 20-letnia, a do roku tego przypada przeciętnie jeszcze 40 lat życia, to wartość jej życia zbliżoną jest do wartości życia dziecka. Mniejszą wartość będzie miało życie kobiety rodzącej w 30-tym roku, bo jej przypada przeciętnie jeszcze lat 33 życia, a jeszcze mniejszą ma wartość rodzącej w 40-tym roku, gdyż przeciętnie pozostaje jej 26 lat życia. Jeżeli więc rodzi kobieta starsza, nie należy dla niej poświęcać dziecka, którego lata życia dla społeczeństwa są dłuższe, aniżeli matki, chociażby bowiem matka umarła, to i bez niej dziecko może się wychować. Rozwiązując rodzącą przez wymóżdżenie, nic się nie zyskuje, bo albo kobieta taka chronić się będzie od ponownego zastąpienia, albo gdy już zastąpi, starać się będzie o poronienie, a jeżeli nawet donosi, to i ten poród nie ukończy się prawie napewno siłami natury, ale znowu przez wymóżdżenie. Tylko tam, gdzie mamy pewność, że płód jest źle rozwinięty, obarczony dziedziczną kiłą, lub bardzo omdlały, wolno w celu rozwiązania rodzącej wybierać zabieg korzystniejszy dla niej, chociażby on pozbawiał dziecko życia. Pomimo, że wymóżdżenie jest dla matek zabiegiem lżejszym, odsetek śmiertelności matek wynosi 6—7, przy cięciu zaś cesarskiem wynosi 10%. Zapytuje więc autor, czy wobec 3—4% gorszego rokowania wolno dziecko pozbawiać życia? Na pytanie to daje odpowiedź: „nie wolno poświęcać życie dziecka, tylko zawsze wybrać należy zabieg taki, który dopomoże urodzić się dziecku żywemu, chociażby zabieg ten był dla matki cięższy, a o wybór operacyi nie pytać się matki“. W odpowiedzi tej ma autor na myśli cięcie cesarskie, które poleca robić lekarzowi samemu bez asystentów. Lekarz sam, robiący cięcie cesarskie, powinien najpierw się umyć i wszystko do operacyi przygotować: następnie uśpić rodzącą, omyć powtórnie ręce i wykonać cięcie. R. twierdzi, że lekarz taki, który sam cięcia cesarskiego wykonać nie potrafi, nie powinien praktykować. (Szkoda, że autor, który wymaga nawet od lekarzy prowincyonalnych, aby wykonywali cięcie cesarskie, nie podaje, ile takich cięć bez asystentów sam wykonał. *Ref.*). *P.*

K. Skrobanskij. **O zmianach w jajnikach w przebiegu ostrych chorób zakaźnych.** (*Żurnal akuszerstwa* Nr. 10, 1901). Na zasadzie badań 25 jajników kobiet dorosłych i dzieci, zmarłych na ostre choroby zakaźne (płonicę, błonicę, dur brzuszny, ospę, gruźlicę prosówkową), autor wnioskuje, że ostre choroby zakaźne wywierają swój wpływ na jajniki tak samo, jak i na inne narządy miąższowe, przyczem przyroda zakażenia nie wpływa na rodzaj zmian histologicznych; ani siła zakażenia, ani czas trwania choroby nie stoją w związku ze stopniem zmian chorobowych w jajnikach. Zmiany te dotyczą jedynie miąższu i polegają na tem, że giną pęcherzyki Graafa we wszystkich okresach rozwoju. W młodych pęcherzykach ginie przedewszystkiem jajko drogą rozpadu ziarninowego pierwoszczy i chromatolizy jądra; błona ziarnista pęcherzyka jajnikowego (*membrana granulosa*) przeciwnie długi czas zachowuje swą żywotność: komórki jej mnożą się, z płaskich stają się brukowemi i walcowatemi, mogą nawet wykazać zdolność fagocytów, wreszcie giną, lub — co wątpliwe — przeistaczają się w łączno-tkankowe i zapełniają wnętrze pęcherzyka jajnikowego.

Z. Czaplicki.

Dr. S. Steinthal. **O zapobieganiu skłonności do gruźlicy.** (*Zeitschrift für Tuberkulose* t. II, 1902, Zeszyt 6). Sanatorya i miejsca klimatyczne dotąd celu nie osiągną, dopóki liczba chorych gruźliczych będzie wzrastała równomiernie z zwiększaniem się ludności i póki nie będzie zwalczony słaby rozwój cielesny ludności. Do tego celu prowadzi: 1) uprzystępnienie dla biednej ludności mięsa i tłuszczu i 2) obowiązkowa poprawa higienicznych warunków w mieszkaniach, przeznaczonych dla ubogiej ludności.

Z. Czaplicki.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Acetopiryna (*antipyrinum aceto-salicylicum*). (*Merck, Bericht über das Jahr 1901*). Ostatnie spostrzeżenia Goldmanna, Reichelta, Bolognesiego i Fuchsa potwierdzają w zupełności pomyślne wyniki dawniejszych doświadczeń. Acetopiryna ma działać nietylko przeciwgorączkowo, lecz również znieczulająco i uśmierzająco ból. Szkodliwych skutków nawet przy dłuższem podawaniu nie dostrzeżono. W gruźlicy płuc acetopiryna zwalcza skutecznie gorączkę, nie działając ujemnie na serce i narząd trawienia. Bardzo odpowiednia w grypie z objawami nerwowymi, w gośćcu, bólach głowy w rwie kulszowej i w migrenie. Szybko działa w gośćcu stawowym, nie wywołując objawów żołądkowych i szumu w uszach. W nieżycie oskrzeli uśmierza kaszel, łagodzi bóle, a nawet ma zapobiegać przenoszeniu się sprawy na płuca. Bolognesi poleca acetopirynę w rzeżączce. Przeciętna dawka dla dorosłych 0·5 na jeden raz, dla dzieci stosownie do wieku 0·10—0·40 na dawkę. Małym dzieciom można podawać w mieszance gumowej. Cena 1 grm. = pięć halerzy. *Dr. T. Ż.*

Bizmutoza. (*E. Merck, Bericht über das Jahr 1901*). Połączenie białka z bizmutem, które według Laquera (*Ther. der Gegenwart* 1901, czerwiec) i innych badaczy pod względem wartości leczniczej stoi na równi z azotanem bizmutowym zasadowym. Dla działania ściągającego podaje się bizmutozę w nieżytach żołądka o cechach zakaźnych, jak również w ostrym nieżycie przewodu pokarmowego u dzieci. Jako środek osłaniający i łagodzący ma ona zastosowanie we wrzodach żołądka i kiszek, w nadmiernem wydzielaniu kwasu solnego, w niestrawności, w zaburzeniach czynności żołądka na tle nerwowem, w durze, czerwonce i gruźlicy przewodu pokarmowego.

Dzieciom poniżej ½ roku podaje się według Kucka (*Ther. der Gegenwart* 1901, Nr. 11) 1—2·0 bizmutozy co godzinę, dzieciom starszym można podawać lek ten łyżeczkami. Cena 1 grm. = około 20 halerzy. *Dr T. Ż.*

Glikosal, nowy przetwór salicylowy, przedstawia się jako biały proszek krystaliczny, nader szybko rozpuszczalny w gorącej i zimnej wodzie, a przewyższający związki salicylowe tem, że nawet przy dłuższem użyciu nie wywołuje szumu w uszach, ani też jakichkolwiek przypadłości żołądkowo-jelitowych. Działanie glikosalu ma być wybitnie przeciwgośćcowe: zarówno po pędzlowaniu 20% roztworem wyskokowym jak i po stosowaniu na wewnątrz, znikają w krótkim czasie obrzęki stawów i bolesność, przyczem zaznaczyć należy, że korzystny skutek występuje jedynie po dawkach wysokich (10—12 grm. dziennie).

Wzory do zapisywania są mniejwięcej następujące:

Rp. *Glykosali 0·50, D. tal. dos. Nr. XX, ad chart. amylac. S. Co ½—1—2—3 godz. jeden proszek, popić wodą mineralną prawdziwą lub sztuczną aż do wystąpienia potów;*

albo:

Rp. Glykosali 30·00. Alcoholi puri 120·00, MDS. do pędzlowania;

albo:

Rp. *Glykosali 4—6—10·00. mucilag. Gum. arab. Aq. dest. aa 100·00, Trae Opii simpl. gutt. V—X—XX. MDS. na dwie lewatywy (mieszać).* *Dr. Pisek* (Podgórze).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 4/IV 1902.

Przewodniczący kol. Sołowij, obecnych członków 34.

1. Kol. przewodniczący odczytuje pismo ministerstwa spraw zagranicznych, donoszące o zaproszeniu rządu belgijskiego na Kongres międzynarodowy dla polepszenia bytu ociemniałych, i wzywa członków Tow. do zgłaszania się. Dalej odczytuje przewodn. zaproszenie Rady nadzorczej Tow. lek. galicyjskich na konferencyę w sprawach obchodzących ogół lekarzy, mającą się odbyć w Krakowie 7 kwietnia.

2. Przewodniczący odczytuje pismo »Tow. samopomocy lek«. w Krakowie w tejsamej sprawie. Wreszcie odczytuje przewodn. pismo wiedeńskich studentów medycyny, zapraszające do kupienia pewnej liczby egzemplarzy memoryału, mającego odstraszyć młodzież od zapisywania się na medycynę, i zawiadamia, że wydział postanowił kupić 12 egz.

3. Kol. Mars przedstawia chorą, u której dokonał doszczętnego wyłuszczenia raka macicy wraz z gruczołami według metody Wertheima. Opisawszy dokładnie tę metodę i wskazania, podał, że jestto drugi przypadek, operowany tym sposobem w klinice ginekologicznej; pierwszy, bardzo daleko posunięty, zakończył się śmiertelnie. Dla ilustracyi okazał prelegent preparaty.

4. Kol. Świtalski opisuje nerwiaki rdzenia *(neuromata)* i demonstruje odpowiednie preparaty i rysunki. Zastanawiając się nad patogenezą nerwiaków rdzenia, zbija na podstawie własnych badań dotychczasowe zapatrywanie, jakoby te nowotwory były jużto objawem regeneracyi, jużto bujania włókien nerwowych w rdzeniu, a sądzi natomiast, że nie są one niczem innem, jak wadami rozwojowemi, że są heterotopiami. To zapatrywanie motywuje prelegent jużto samą budową nerwiaków, jużto obecnością innych wad rozwojowych i heterotopii w rdzeniu jego przypadku.

Dyskusya: Kol. Prus podziela zupełnie zdanie prelegenta. Kol. Feuerstein zgadza się również z wywodami kol. Świtalskiego.

i uważa nerwiaki za objaw heterotopii, nie zgadza się jednak na zapatrywanie, że guzy te powstają w późniejszem życiu z zbłąkanych ognisk płodowych, ale raczej, że powstały one we wczesnym okresie rozwoju. Co do nerwiaków poamputacyjnych, o których wspomniał kol. Switalski, że składają się przeważnie z tkanki łącznej, to znamy już dzisiaj przypadki, w których niewątpliwie znajdowano i włókna rdzenne. Kol. Switalski w odpowiedzi zaznacza, że inne wady rozwojowe, o których wspominał, uważa rzeczywiście za powstałe we wczesnym okresie rozwoju, ale co do nerwiaków nie jest tego pewnym, gdyż napotykał w nich włókna, zachowujące się tak, jak włókna rdzenne w okresie rozwoju osłonki rdzennej, i sądzi na tej podstawie, że powstały one raczej w późniejszem życiu.

Co do włókniaków poamputacyjnych, nie przeczy, że w skład ich wchodzą włókna osiowe i rdzenne, ale tkanka łączna bądź co bądź przeważa.

5. Kol. przewodniczący zawiadamia, że za tydzień odbędzie się dalszy ciąg posiedzenia w sprawie reformy wychowania fizycznego.

6. Kol. Breiter przedstawia przyrząd Dra Polano do leczenia wysięków.

7. Kol. Wiczkowski wygłosił odczyt: »Przyczynek do nauki o żywieniu i leczeniu chorych na przewlekłe zapalenie nerek«. (Rzecz przeznaczona do druku w »Przeglądzie lekarskim«).

W dyskusyi zabierali głos koll. Obtułowicz, Wechsler, Stroynowski i prelegent. *Dr. Ruff*, sekretarz.

Posiedzenie nadzwyczajne dn. 11 kwietnia 1902 r., wspólnie z Tow. pedag. Tow. naucz. szkół wyższych, higienicznem, Związkiem Sokołów i Sokołem lwowskim.

Porządek dzienny: Dyskusya w sprawie reformy wychowania fizycznego.

Kol. Beck podejmuje wniosek nieobecnego kol. Merunowicza, żeby wybrać komisyę, złożoną z delegatów wszystkich Towarzystw, któraby wspólnie obradowała i z elaboratem przyszła przed plenum. Kol. Piasecki przedstawia szereg postulatów praktycznych, nad którymi Komisya ma się zastanowić. W dalszej dyskusyi zabierali głos: Prof. Kalina, radca Fischer, prof. Zagórski, kol. Kadyi, kol. Ziembicki, p. Walek, Dr. Czarnik i kol. Sołowij. Wniosek kol. Merunowicza, podjęty przez kol. Becka, przyjęto i wybrano do Komisyi: z Tow. nauczycieli szkół wyższych: pp. Kalinę i Bądzyńskiego; z Tow. higienicznego: pp. Merunowicza i Piaseckiego; z Tow. lek. pp.: Becka i Trzcienieckiego; z Związku Sokołów: pp. Durskiego, Cenara, Kwiatkowskiego i Fischera; z Tow. pedagogicznego: pp. Jaworskiego i Szczurkiewicza.

Wniosek prof. Kaliny, żeby Komisya ta mogła kooptować, przyjęto. *Dr. Ruff*, sekretarz.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie reformy wychowania fizycznego.

Dzienniki doniosły o ważnych uchwałach, zapadłych na posiedzeniu Wydziału związkowego towarzystw gimnastycznych 13-go kwietnia b. r. Postanowiono wysłać szereg nauczycieli gimnastyki do Zagrzebia dla zapoznania ich z gimnastyką szwedzką; prócz tego postanowiono poddać istniejący u nas system ćwiczeń rewizyi. Rewizyi tej dokonać mają komisye, ustanowione przy większych towarzystwach (każda złożona z lekarza, delegata wydziału i nauczyciela gimnastyki), zapomocą badań nad wpływem fizyologicznym ćwiczeń na przyrządach, nad warunkami zdrowotnymi ćwiczeń i nad wpływem ich na umysł.

Nie czekając na wyniki tych postanowień, należy już dziś wyrazić żywą radość, że nawoływania do reformy systemu ćwiczeń cielesnych, wychodzące od lat kilku ze sfer lekarskich i pedagogicznych, odbiły się echem i w towarzystwach gimnastycznych. Nauczyciele, obznajmieni z systemem szwedzkim, będą z pewnością pożądanym nabytkiem wobec stwierdzonej przez naukę wyższości tego systemu nad niemieckim. Poważne wątpliwości nasuwają się natomiast co do zamierzonych badań naukowych, mających służyć za podstawę rewizyi panujących u nas ćwiczeń.

Już samo ograniczenie rewizyi do ćwiczeń na przyrządach zdradza brak myśli fizyologicznej. Używanie lub nieużywanie przyrządów nie stanowi żadnej granicy fizyologicznego działania i wiele ćwiczeń t. zw. wolnych (n. p. zapasy!) wymaga bardziej rewizyi, niż niektóre ewolucye przyrządowe. Po drugie, twórcy uchwał widać nie zdawali sobie sprawy z metod badania, na których opiera się współczesna nauka o wychowaniu fizycznem. Chronofotografia, wydoskonalona przez Mareya i Demenyego w urządzonej olbrzymim kosztem specyalnej stacyi dla fizyologii ruchów w Parc des Princes pod Paryżem; ergografia A. Mosso i jego uczniów; sfigmografy, sfigmomanometry, pletysmografy i t. d.: oto szereg przyrządów i metod, które muszą dziś być stosowane, jeśli idzie o otrzymanie ścisłych wyników.

Metody te mogłyby u nas częściowo być zastosowane, lecz tylko w dwóch miastach uniwersyteckich z pomocą pracowni fizyologicznych. Lekarze, mający prowadzić badania, musieliby przebyć poważne wstępne studya nad metodami samemi. W ten sposób i my moglibyśmy dołożyć cegiełkę do gmachu wiedzy. Czy jednak badania, prowadzone w miastach prowincyonalnych, a więc oczywiście bez koniecznych przyrządów, nieścisłemi metodami i przez lekarzy-praktyków, niewyszkolonych w pracowni fizyologicznej, mogą być podstawą rewizyi systemu ćwiczeń? Śmiało możemy odpowiedzieć, że przeprowadzone w takich warunkach będą one tylko stratą czasu i kompromitacyą polskiej nauki. Uchwała zapadła we Lwowie, który posiada katedrę fizyologii. Jakaż szkoda, że nie zasięgnięto opinii znawców!

Towarzystwa gimnastyczne nie są instytucyami naukowemi i nie można wymagać od nich zgody z postulatami wiedzy. Obowiązkiem jednak sfer naukowych jest służyć im radą, gdzie potrzeba. I dlatego już zawczasu, nie czekając na ukazanie się zapowiedzianego regulaminu badań, postanowiłem zabrać głos dla wykazania błędów zasadniczych, których żaden regulamin nie usunie.

Na zachodzie stworzono podwaliny dla umiejętności wychowania fizycznego, a wyniki dotychczasowych prac streszczają się w dwóch postulatach: szerokiego uwzględnienia „gier” ruchowych, oraz reformy gimnastyki na wzór szwedzki. Nam pozostaje albo przyjęcie tych wyników, albo dalsza praca równie ścisłemi, lub lepszemi metodami. *Tertium non datur.* *Dr. Eugeniusz Piasecki.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 1 maja.

* Otrzymujemy dwa następujące pisma z prośbą o ogłoszenie:

»W celu postawienia pomnika w Białobożnicy śp. prof. dr. Borysiekiewiczowi zawartą została umowa z rzeźbiarzem p. Stan. Czapkiem, kuzynem śp. prof., znanym zaszczytnie z kilku prac (pomnik Żółkiewskiego i Sobieskiego w Żółkwi). P. Czapek zobowiązał się do końca czerwca b. r. postawić pomnik z kamienia trembowelskiego i wmurować tablicę pamiątkową w miejscowej cerkwi za kwotę 1260 kor., na co otrzymał zaliczkę w kwocie 500 koron. Resztę z zebranej na ten cel kwoty 1468 kor. 68 h. ulokowano na razie w powiatowej Kasie oszczędn. w Buczaczu na książeczce Nr. 398. Pozostałość po zapłaceniu należytości p. Czapkowi użytą zostanie na założenie ogródka przy pomniku (208 kor.). Nadzór nad budową przyjęli na siebie uproszeni: X. dziekan Jan Michalewicz i p. Franciszek Borysiekiewicz, obaj zamieszkali w Białobożnicy«.

Buczacz 23 kwietnia 1902. Za Komitet:
Radca ces. *Dr. E. Krzyżanowski.*

»Komitet instytucyi Zjazdów lekarzy okręgowych przedstawił się d. 18 kwietnia b. r. Wydziałowi krajow., w celu osobistego przypomnienia próśb i podań, wniesionych w roku 1900, a dotyczących zmiany ustawy dla gminnej służby zdrowia z r. 1891, z uwzględnieniem wniosków Wys. c. k. krajowej Rady zdrowia z dnia 8 listopada 1901, L. 9. 12, 24 kr. Rada zdr. — i przedłożenia ich na zbliżającej się sesyi Wys. Sejmu«. Za Komitet *Dr. Natter.*

* Wydział krajowy postanowił przedstawić cesarzowi tymczasowego dyrektora powszechnego szpitala lwowskiego, dr. Józefa Staszewskiego, do ostatecznej stabilizacyi.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w uniwersyt. Jagiell. otrzymali: Wilhelm Machauf, Jan Stopczański i Leon Rapoport.

* Komitet gospodarczy I-go egipskiego Kongresu lekarsk. (który odbędzie się od 19 do 23 grudnia 1902 r.) zawiadamia, że członkom tego Kongresu przyznane zostały następujące zniżki: 35 do 50% obniżają koszta podróży wszystkie Towarzystwa żeglugi, obsługujące wybrzeża Egiptu; 50% zniżki dają egipskie koleje żelazne; wszystkie

większe hotele w Kairze również obniżają cenę pobytu o 25%; wreszcie Towarzystwo podróży światowych firmy Cook zniża o 50% koszta wycieczek po Nilu i do górnego Egiptu. — Specyalne bilety dla pań. które również będą mogły korzystać z wyżej przytoczonych ustępstw, wydawane będą bezpłatnie na żądanie członków rzeczywistych Kongresu.

* Między 16 a 22 kwietnia doniesiono władzy tylko o dwóch przypadkach ospy w powiecie gorlickim. Dur osutkowy stwierdzono w następujących powiatach: bohorodczańskim (3 gm.), brodzkim (1 gm.), buczackim (1 gm.), drohobyckim (2 gm.), grodeckim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), jaworowskim (2 gm.). kałuskim (1 gm.), kołomyjskim (1 gm.), mościskim (2 gm.), nadwornańskim (3 gm.), niskim (1) gm.), podhajeckim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (1 gm), stanisławowskim (2 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (2 gmin), trembowelskim (1 gm.), zaleszczyckim (3 gm.).

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 128; w tygodniu poprzedzającym 89.

* IX-ty Zjazd południowo-niemieckich laryngologów rozpocznie się w Heidelbergu 19 maja.

* W Bernie odbędzie się od 1 do 6 września b. r. międzynarodowy Kongres dla medycznej elektrologii i radiologii.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Capaldi mian. został prof. ginekologii w Neapolu. Dr. Moritz mian. profesorem i kierownikiem kliniki lekarskiej w Gryfii.

Nekrologia. Dr. Stanisław Paczkowski, lat 65, zmarł w Pelplinie. Dr Wład. Tadeusz Rodzoń, lekarz okręgowy w Próchniku, zmarł w 32 r. życia. Dr. Bruzelius, prof. patologii i terapii, zmarł w Stokholmie. W Wrocławiu zmarł prof. dentystyki dr. Bruck.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 17. Kopczyński: Przypadek syfilisu opon i rdzenia w części lędźwiowo-krzyżowej z niezwykłemi zaburzeniami odżywczemi (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 17. Chvojka: O gynaekologické masáži. Remeš: Několik případů z praxe (dok.).

— *Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der practischen Medizin.* Prof. Dr. Carl Bayer. **Zur Pathologie und Therapie der Darmstenose.**

Autor podaje w swej pracy szereg przypadków z własnej praktyki niedrożności jelit różnej natury, które uzupełnia uwagami rozpoznawczemi i leczniczemi bez ogólniejszego znaczenia. Podział, klasyfikacya, etyologia zgodne z ustalonemi zasadami. *Z. Cz.*

— W Paryżu wyszedł pierwszy zeszyt dwumiesięcznika p. t. „Revue d'Hygiene et Médecine infantile", na którego czele stoi Dr. Rotschild. Pierwszy ten zeszyt zawiera cenne prace: Josiasa, Fourniera i Rotschilda, oraz bogaty dział sprawozdawczy z pedyatrycznego piśmiennictwa francuskiego i zagranicznego.

— *Gazeta lekarska* Nr. 17. J. Jaworski i Iwanicki: O związku pewnych objawów ze strony nosa z narządami płciowymi kobiecymi. H. Cybulski: Wskaźnik gruźlicy u nas. Koelichen: Przyczynek do badań nad syringo- i hydromyelią (c. d.).

— *La Présse médicale* Nr. 32. Barié: O koniuszku serca i okolicy szczytowej.

Nr. 32. Netter: O wstrzykiwaniach zapobiegawczych (prewencyjnych) surowicy przeciwbłoniczej w rodzinie.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 17. Ribbert: Geneza gruźlicy płucnej. Gowers: Myastenia i oftalmoplegia (dok.). Hamel: O godnym uwagi przypadku niedokrwistości złośliwej (dok.). Pariser: Uwagi nad leczeniem wrzodu żołądka (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 17. Rille: Choroby skórne występujące po używaniu przetworów arsenowych. Brandweiner: Leczenie zimnem wrzodu miękkiego. Sachs: Doświadczalne badania z odkażaniem moczu. Jellinek: O wpływie elektryczności na ustrój zwierzęcy (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 16. Dyce Duckworth: Kliniczna doniosłość czynnika osobniczego w chorobie. Lepine: O istnieniu leukomanów, pochodzących z cukrzycy. Pel: Współistnienie gośćcowego zapalenia wszystkich stawów z durem brzusznym. Sahli: O nowym sposobie badania czynności żołądka. Petersen: Gruźlicze schorzenie skóry i jego stosunek do narządów wewnętrznych. Ascoli: O nadliczbowem tętnie żylnem. Hocke: O obrazie chorobowym, przypominającym kompleks objawów Bantiego, wywołanym najprawdopodobniej przez kiłę wrodzoną. Kovács: Doświadczalny przyczynek do działania wdychiwań tlenu.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 16. Serafini: O śródżylnem wstrzykiwaniu sublimatu. Kilka uwag i kilka doświadczeń. Jodlbauer: Czy działanie jodu w stwardnieniu tętnic jest farmakologicznie uzasadnione? Wiener: Osobliwy przypadek uwięźnięcia macicy w krążku. Stöltzing: Palce pałeczkowate i zanik ostatniej falangi. Teschemacher: Schorzenia trzustki a cukrzyca. Rosenbaum: O rozpoznawczem znaczeniu naczyniaków skórnych. Meyer: Wsteczne tętno sprychowe. Marx: O znaczeniu chininy w leczeniu ran. Köster: Przypadek dotychczas nieopisanej lokalizacyi porażenia ołownego (dok.). Placzek: O nowej próbie płucnej.

Redakcya otrzymała. Frommer: 1) Zur Casuistik der Anormalien des Dickdarmes. 2) Die intoxication bei Gebrauch der Jodoform-Glycerin-Emulsion. 3) Knochenkohle als Ersatz für Jodoform. Dr. Steinsberg: Franzensbad i jego środki lecznicze. Karwacki. Znaczenie rozpoznawcze pierwiastków morfotycznych płynu rdzeniowego.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 6 maja o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Eisenberg mówić będzie: „O komórkowej teoryi odporności".

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Kursy uzupełniające dla lekarzy

urządzone przez

Wydział lekarski Uniwersytetu we Wrocławiu.

Zgłoszenia i zapytania (żądania o spis wykładów) adresować należy do sekretarza Prof. Neissera, Wrocław XVI. Maxstr. 1.

Od poniedziałku 7 lipca do środy 23 lipca *odbędą się w zakładach i klinikach uniwersytetu wrocławskiego następujące wykłady i praktyczne ćwiczenia dla lekarzy:*

Filehne: Farmakologia i toksykologia (wykład z doświadczeniami). 10 godzin. — **Ruschhaupt:** O leczeniu kąpielami 5 godzin. — **Flügge:** Odporność i uodpornienie. 4 godz. — **Flügge:** Kurs diagnostyki bakteryologicznej. 25 uczestników. 10—12 godz. — **Hasse:** Anatomia topograficzna. 4 godziny. — **Thilenius:** Antropologia z uwzględnieniem medycyny praktycznej. 5 godz. — **Schaper:** Kurs histologii z demonstracyami. 10 godzin. — **Hürthle:** Wykłady połączone z doświadczeniami niektórych zagadnień fizyologicznych. 12 godzin. — **Hürthle i Jensen:** Fizyologiczny kurs praktyczny badania krwi i krążenia krwi. 10 godz. — **Röhmann:** Fizyolog.-chemiczne sposoby badania. 15 godzin. — **Lesser:** Medycyna sądowa (z demonstracyami) 6 godzin. — **Ponfick:** Demonstracye anatomo-patolog. 6 godzin. — **Ponfick i Henke:** Sekcye. 10 godzin. — **Czerny:** Choroby dzieci. 6 godzin. — **Thiemich:** Praktyczny kurs chorób dzieci. 6 godzin. — **Kast:** Choroby wewnętrzne. 10 godzin. — **Kast i Krause:** Kurs praktyczny chorób wewnętrznych z leczeniem. 9 godzin. — **Krause:** Röntgografia. 9 godzin. — **Schmid:** Badania chemiczne i drobnowidowe w przebiegu chorób wewnętrznych. 14 godzin. — **Kümmel i Hinsberg:** Diagnostyka i leczenie chorób ucha, nosa i krtani. Liczba uczestników najwyżej 12. 12 godz. — **Küstner:** Choroby kobiece. 10 godzin. — **Dienst:** Kurs położniczy. 10 godzin. — **Sticher:** Diagnostyka i leczenie chorób ginekologicznych. 12 godzin. — **Mikulicz:** Chirurgia 10 godzin. — **Henle:** Mała chirurgia w praktyce stosowana. (Liczba uczestników ograniczona) 12 godzin. — **Kausch:** Diagnostyka chirurgiczna (Liczba uczestników ograniczona) 8 godz. — **Mikulicz i Henle:** Kurs operacyjny (Liczba uczestników ograniczona) 15 godz. — **Drehmann:** Mięsienie i mechanoterapia (z demonstracyą, liczba uczestników ograniczona) 12 godz. — **Neisser:** Choroby skórne. — **Neisser z asystentem:** Diagnostyka i leczenie rzeżączki z demonstracyą. 6 godz. — **Partsch:** Choroby jamy ust i zębów. (Liczba uczestników 10) 8 godzin. — **Richter:** Chirurgia wojenna 6 godzin. — **Stern:** Poliklinika chorób wewnętrznych. 9 godzin. — **Stern:** Odżywianie w chorobach narządu trawienia i w chorobach przemiany materyi 9 godzin. — **Uhthoff:** Klinika okulistyczna. 10 godzin. — **Heine:** Kurs badania wziernikiem i badania refrakcyi. 9 godzin. — **Wernicke:** Klinika chorób nerwowych. 10 godzin. — **Storch:** Psychyologia medyczna 8 godzin. — **Förster:** Elektrodiagnostyka i terapia. 8 godzin. — **Bonhoeffer:** Psychiatria sądowa 6 godzin.

W kursach uczestniczyć może tylko ograniczona ilość słuchaczy, należy przeto zgłosić się najpóźniej do 1-go czerwca.

Mikulicz-Radecki. Filehne. A. Neisser.

KONKURS.

L. 553.

Celem obsadzenia posady akuszerki okręgowej z siedzibą **w Łomnie** ogłasza się konkurs.

Płaca akuszerki okręgowej ustanawia się na 240 koron rocznie w miesięcznych ratach płatne.

Petentki wykazać się mają egzaminem szkoły położniczej, metryką chrztu, świadectwem moralności i świadectwami dotychczasowej praktyki.

Udokumentowane i ostemplowane podanie wnosić należy do Wydziału powiatowego w Turce po dzień 15-go maja 1902.

Wydział Rady powiatowej

Turka, dnia 10 kwietnia 1902.

Rok XLI. Kraków, 7 Maja 1902. Nr. 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej c. k. Radcy dworu Prof. Dra Rydygiera we Lwowie.

Przecięcie nerki *(sectio renis)*,

jako zabieg leczniczy w t. zw. *„néphralgie hématurique“* i jako pomocniczy środek rozpoznawczy.

Napisał

Dr. M. W. Herman,

asystent kliniki.

„... Denique, quia calculi in renibus etiam saepe magnum aegris et medicis negotium creant neque medicamentis semper tolli possunt, aegri vero a saevissimis istis cruciatibus, quos concitant, liberari gestiunt, sed rarius in recentiorum chirurgorum libris de hoc argumento aliquid reperitur, haud alienum, ab instituto nostro esse exitimo, si an in calculo renum sectio locum quoque habeat, hic paucis descriptaverim. Plerique qui hac de re aliquam in scriptis suis mentionem injiciunt, negotium hoc nimis periculosum judicant, adeoque et illud prorsus rejiciunt. Interea tamen non desunt argumenta, rationes et exempla, quae ad eam commendandam, praesertim certis in casibus egregie faciunt (id quod **Dempsius** *etiam notavit). Nam primo praesto sunt observationes ubi aegri a vulneribus renum, quae a tergo acceperunt sanati fuerunt (multa eorum congessit* **Wedelius***) et quidem interdum sine adeo gravibus symptomatibus. Ut enim alia mihi nota exempla nunc taceam, anno 1735 vir quidam in vicino oppido ab alio in dorso et quidem renis dextri regione satis amplo vulnere ictu cultri vulnerabatur ita, ut per plures dies sanguis aut urina sanguinea per vulnus et urethram redderetur copiosa; attamen postquam huc Helmstadium translatus meaeque curae subjectus est, intra quattuor fere hebdomades feliciter sanatus est. Adeoque certissimum est vulnera omnia renum, praesertim si a tergo infliguntur et in cavum ventris non penetrant, non esse mortifera, ut nonnulli putant, set saepius sanant. Deinde* **Hippocrates** *licet a sectione calculi vesicae suos discipulos dehortetur, tamen ubi de renium morbis agit, docet: „cum intumuerit et elevatus fuerit, sub idem tempus juxta renum secato et extracto pure arenam diureticis sanato. Si enim sectus fuerit, evasionis spes est, sin nimis homini commoritur“. Idem repetit loco citato cap. 16 tit. 8 ubi ait: „cum suppuratus fuerit ren, circa spinam intumescit; hunc ubi sic habuerit circa tumentem partem secato, profunda maxime sectione juxta renum“. Imo et cap. 18 tit. 17 in simili casu praecipit, ut in ipsum renem cesemus. Unde apparet, ipsum renis incisionem, ubi eam opus indicavit, non reformidasse. Ita et* **Rossetus** *atque egregius anatomicus* **Jo. Riolanus** *aliique graves ab rationes judicant, nephrotomiam haud sine fructu saepius institui posse, si modo ille locus indicatur ubi calculus percipitur cavendo ne arteria aut vena emulgens aut ureter incidatur et ne vulnus in abdominis cavum penetret. Imprimis vero hanc sectionem tunc posse imo et debere instita quando facto a calculo in lumbis tumore aut abscessu natura viam demonstrat. Id enim non solum* **Schenckius** *et* **Wedelius** *l. c. itemque* **Meerkrenius** *comprobant et suadent; verum etiam aegregius ille quodam Medicus et Chirurgus* **Lavaterus** *natione Helvetius, cum quo A. 1710 Londini, ubi tunc chirurgiam summa cum laude et faciebat et docebat, amice vixi, non solum mihi retulit se hanc operationem in ejusmodi causa feliciter perfecisse; verum et eam in dissertatione quam de „Atriteis et hypospadieis“ A. 1708. Trajecti ad Rhenum publicavit pagina penultima scripsit: Nephrotomiam renis natura per abscessum viam demonstrante, celebro. Adeoque non perspicio rationem quare a quamplurimis prorsus damnetur sed potius chirurgos exhortor, ut eam natura viam demonstrante non intermittant, quaemadmodum nec ego eam intermitterem: quia hac ipsa non solum vita aegris servari verum etiam ii a saevissimis cruciatibus calendo per uncum vel digitos vel forcipem educto, liberari poterunt“.*

Tak pisze Lavrentius Heister w swojem wielkiem dziele „Institutiones chirurgicae“, drukowanem w r. 1739. Zapatrywania tam wyrażone długo jeszcze panowały w medycynie. Czytamy np. w XII tomie encyklopedyi Rusta (1834), że wówczas dopiero przystępować się winno do nefrotomii, skoro ropień, przetoka lub coś podobnego wskaże nam wyraźnie drogę do nerki. A przecież już przed Heisterem istniały próby nacinania nerki, mało zmienionej lub wcale niezmienionej, w celu utorowania sobie drogi do kamyków w miedniczce. Pomijając niejasne zalecenie Hippokratesa, czytamy, że za panowania Karola VIII (francuskiego w XV stuleciu) jakiś Sagittarius Bagnolętensis, który cierpiał na kamicę nerkową, skazany został przy pewnej okazyi na śmierć. Lekarze wyprosić mieli zbrodniarza tego u króla dla siebie i wcale o to nieproszeni wykonali na nim nefrolitotomię. Wbrew oczekiwaniu operowany wyzdrowiał. Historya milczy, czy biednego „sagittariusa“, mimo przetrzymania tych istnych sądów bożych, jednak stracono.

Potem w r. 1622 występuje przed akademią lekarska w Paryżu Jacques Cousinot i zaleca zupełnie świadomie torowanie drogi do miedniczek przez mało zmieniony miąższ nerkowy. Nie wiadomo, jak myśl ową wówczas przyjęto; widocznie nie zbyt przychylnie i zachęcająco, skoro dopiero w r. 1754 Bordeux taką samą myśl poddał pod ocenę tego samego ciała naukowego. Zwalczał go jednak Masquelier. Mimo jednak tych nieprzychylnych opinij medycyny urzędowej „medicus doctissimus atque clarissimus“ Dominicus de Marchettis, ogromnie o to molestowany, wykonał nefrolitotomię u konsula weneckiego

w Londynie M. Hobsoniusa i to z zupełnem powodzeniem, jakkolwiek roponercza wcale jeszcze nie było. Przypadek ten stał się głośnym i odtąd sporadycznie powtarzały się przypadki nacięcia nerki we wczesnym okresie kamicy. Historya zapisała kazuistyczne spostrzeżenia Hevina, Velpeaua, Bryanta i Callendera. Regułą jednak i to na długo, bo prawie po rok 1890, pozostało, aby nacinać nerkę dopiero wówczas, gdy ta zostanie zamienioną w jedną torbę, wypełnioną ropą, czy też płynem surowiczym *(pyo* i *hydronephrosis).* I ta operacya, naprawdę z właściwą nefrotomią, jak ją dziś pojmujemy, nie mająca nic wspólnego prócz nazwy, jest bowiem jedynie nacięciem ropnia, stosowaną była wiele razy, często nawet nieświadomie, w czasach, kiedy prawdziwa chirurgia nerek istniała zaledwie w zawiązku i to w marzeniach najśmielszych chirurgów. Dopiero rok 1869, tj. rok pierwszego wycięcia nerki, dokonanego na podstawie ściśle opracowanego planu przez Gustawa Simona, a potem niezawodna, jak się zdawało, osłona, jaką darzyła chirurgów i ich chorych, anty- i aseptyka, sprawiły, że i nacięcie nerki nietylko częściej bywało stosowane, ale i wskazania dla niego się rozszerzyły. Czerny, Morris, Lauenstein i inni pokazali, że nie trzeba i nie powinno się czekać, ażby nerka, dotknięta kamicą, zropiała. W tej nowej, „oświeconej" erze chirurgii oni pierwsi nauczyli, że skoro tylko rozpoznanie kamieni nerkowych jest pewne, a leczenie środkami wewnętrznymi bezskuteczne, należy odsłonić nerkę, a utorowawszy drogę do kamyków już to przez miąższ nerkowy, już też przez ścianki miedniczki, kamyki wydalić potrzeba. Każdy chory tym sposobem uwolniony od cierpień, przechodzących siły ludzkie i popychających niekiedy ludzi najsilniejszej woli do samobójstwa, stawał się najwdzięczniejszym pacyentem i najgorętszym wielbicielem chirurgii.

Prócz tych dwóch czynników, t. j. doskonalącej się aseptyki i racyonalnego rozwoju chirurgii nerek, do rozszerzenia wskazań dla nacięcia nerek przyczyniło się niemało także nawoływanie do postępowania oszczędzającego. Nawoływania owe stawały się tem głośniejsze i energiczniejsze, czem częściej zdarzało się, że nerka, pozostająca po wycięciu jednej, nie dopisała i chory ginął wśród objawów mocznicy. Do niedawna jednak nie znaliśmy jeszcze dziś już tak wydoskonalonych sposobów badania sprawności nerek i to każdej z osobna. Kiedy jednak stanie się zwyczajem, że chirurg przed każdą zamierzoną operacyą w zakresie nerki stwierdzi niemal z matematyczną ścisłością przy pomocy cewnikowania moczowodów, kryoskopii krwi i moczu, przy pomocy próby błękitem metylenowym i florydzyną, lub wreszcie przy pomocy ilościowego oznaczenia mocznika, wydzielonego przez każdą nerkę z osobna, stopień wydolności każdej nerki, a zwłaszcza tej, którаby po ewentualnej nefrektomii pozostała, zmniejszy się z pewnością liczba nefrotomij, zwłaszcza nefrotomij z ostrożności, na korzyść nefrektomij i na korzyść chorych, o czem parę słów potem.

A pewną rolę i to wcale nie podrzędną w dalszym rozwoju tej operacyi odegrał także przypadek. Zdarzało się, że na podstawie badania klinicznego odsłaniano nerkę, o której mniemano, że jest siediiskiem pewnego, chirurgicznie uleczyć się dającego cierpienia (Harrison, Le Dentu, J. Israel). Kiedy jednak bezpośredniem oglądaniem i dokładnem obmacywaniem nie zdołano znaleźć w nerce nic takiego, coby tłómaczyć mogło stwierdzone objawy kliniczne, uciekano się do Aleksandrowego sposobu rozwikływania węzła gordyjskiego, to znaczy rozcinano nerkę wzdłuż jej największego równika (tak jak na sekcyi) w nadziei, że na powierzchni rozkroju znajdzie się przecież coś, co rzecz wyjaśni. Lecz ku wielkiemu swemu strapieniu widzieli powierzchnię rozkroju, przynajmniej makroskopowo, zupełnie prawidłową i w przekonaniu, że popełnionym został jakiś błąd rozpoznawczy, nerkę czemprędzej zeszywali napowrót, a ponad nią zamykali ranę. Jakież jednak następowało zdziwienie, kiedy po tym, zdaniem samych operatorów nic nie znaczącym zabiegu, wszelkie dolegliwości i objawy przedmiotowe u chorego ustępowały i operowany wracał do zdrowia. Inni, opierając się na takich doświadczeniach Harrisona, Le Dentuego, J. Israela, Tuffiera, Albarrana, Gerard-Marchanta, a głównie opierając się na tem, że tak wielki zabieg, jakim jest bez wątpienia przecięcie nerki, chorzy znoszą względnie dobrze i łatwo i bez złych (bezpośrednio) następstw, zaczęli doradzać i wprost zachęcać do nefrotomii w celach rozpoznawczych (O. Bloch) w przypadkach, nastręczających wielkie trudności dyagnostyczne i podejrzanych o nowotwór złośliwy. Zwłaszcza propagatorem takiego postępowania był wspomniany już O. Bloch, który radził aby po zrobionej nefrotomii wyciąć kawałek tkanki nerkowej do zbadania mikroskopowego.

Z tych wszystkich źródeł wynikają następujące wskazania do nacięcia nerki:

I w celach leczniczych

a) w kamicy nerkowej,

b) w ropniu ograniczonym nerki,

c) w wodo- i roponerczu *(hydro-et pyonephrosis),*

d) w bąblowcu nerki,

e) w torbielach nerki,

f) w krwawieniu z nerek niezmienionych (t. z. *haematuria sine materia),*

g) w nerwobólu nerki, połączonym z krwawieniem (t. z. *„néphralgie hématurique"),*

h) w pewnych sprawach zapalnych ostrych i przewlekłych nerek.

II. W celach rozpoznawczych.

Z pobieżnego choćby przejrzenia tych rozmaitych wskazań dla nefrotomii, jakie dziś bezwzględnie lub względnie przyjmujemy, wynika, że jakkolwiek zawsze operacya, wykonana z powodu wskazań, nosić będzie miano nefrotomii, w każdym niemal przypadku będzie ona inną w wykonaniu. Podczas bowiem, gdy raz ograniczymy się do rozcięcia miąższu nerkowego na przestrzeni 4—6 ctm. (a przypominam, że długość nerki wynosi przeciętnie 12 ctm.), to innym razem będziemy zmuszeni rozpłatać ją niejako w całości, jak na sekcyi; raz jesteśmy zmuszeni przejść przez całą grubość miąższu nerkowego, niemal wcale niezmienionego, byle się tylko dostać do miedniczki, kiedyindziej kończymy operacyę i czynimy zadość wszelkim wskazaniom, naciąwszy ściankę zaledwie na kilka mlm. grubą i zawierającą zaledwie ślady tkanki właściwej (jak się to dzieje w późnych okresach wodo- lub roponercza); a wreszcie w odpowiednich przypadkach przecinamy tylko sam miąższ nerkowy, nie otwierając miedniczki, kiedyindziej zaś właśnie dążymy do jej otwarcia. A wszyscy, te bądźcobądź i w wykonaniu i w następstwach różne operacye nazywają

nefrotomią. Niešcisłość tę zauważyli już dawniej Guyon i Albarran, rozróżniając nefrotomię, t. j. przecięcie miąższu nerki bez otwarcia miedniczki i nefrostomię, t. j. otworzenie miedniczki nerkowej przez miąższ gruczołowy. To tylko wyszczególnienie, nie wystarcza jednak. Przedewszystkiem osobno traktować się winno nacięcie wodo- i roponercza, jakoteż pewnych ropni nerkowych. Operujemy wówczas na narządzie tak bardzo zmienionym i w tak odmiennych warunkach, że wcale nie mamy potrzeby liczyć się ze zmianami, jakie sama operacya sprowadzićby mogła. Nie zupełnie tedy ściśle wyrażamy się mówiąc i w tych przypadkach o nefrotomii, względnie nefrostomii. Najbardziej rzeczywistości odpowiadałaby nazwa *incisio hydronephroseos i pyonephroseos* wzgl. *incisio abscessus renis*. Następnie rozróżniaćby należało między nacięciem nerki *(incisio renis)* i przecięciem nerki *(nephrotomia* κατ' ἐξοχήν v. *sectio renis)*. Przez pierwszy zabieg rozumiem przecięcie miąższu nerkowego mało lub wcale niezmienionego, na krótkiej przestrzeni aż do miedniczki, w celu wydobycia z niej kamyków. Praktyka wykazuje, że dla tych przypadków wystarcza cięcie długości 4 do 6 ctm. Od takiego nacięcia nerki zasadniczo różni się jej przecięcie. Podczas tej operacyi rozdzielamy nerkę tak jak przy sekcyi na dwie połowy, prowadząc płaszczyznę rozkroju tak, aby trafić i otworzyć miedniczkę. Zabieg ten wskutek zaleceń i doświadczeń Harrisona, Le Dentuego Tuffiera, J. Israela i innych, w ostatnich kilku latach dość się rozpowszechnił i bywał przedmiotem długich rozpraw. Ma on zastosowanie wszędzie tam, gdzie chodzi o dokładne rozpoznanie i w przypadkach krwawień „z nerki niezmienionej“, nefralgii, pewnych zapaleń miąższu nerkowego i t. d. We wszystkich tych, a zwłaszcza pod koniec wymienionych przypadkach, w których ostatecznie pewne rozpoznanie stawianem bywa zwykle dopiero po rozcięciu nerki, wskazaną jest właśnie owa *sectio renis*, a więc rozpłatanie całej nerki włącznie z oboma biegunami.

Skoro tylko operacya ta zyskała prawo obywatelstwa w chirurgii, zaczęto się zastanawiać nad tem, czy kierunek cięcia został dobrze obrany, czyby nie było np. lepiej przecinać nerkę poprzecznie. Doświadczenia Tillmannsa, Pisentiego, Eugenio di Mattei'ego, Podwysockiego, Tuffiera, Kümmlla, Erasma de Paoliego, A. Bartha, a w ostatnich czasach M. Wolffa wykazały, że po przecięciu nerki t. zw. cięciem sekcyjnem nietylko miąższ gruczołowy najmniej cierpi, ale i krwawienie jest najmniejszem. Dla wytłómaczenia tego zjawiska zwrócono oczywiście baczną uwagę w pierwszej linii na układ tętnicy nerek. Tętnica nerkowa, mierząca 6 mm. w średnicy, przed wejściem do wnęki dzieli się zwykle na cztery gałęzie, z których dwie zaopatrują część przodkową czyli brzuszną nerki, dwie zaś część tylną czyli grzbietową. Odmiennie nieco stosunki te przedstawiają Joessel i Waldeyer. Autorowie ci rozróżniają dwie gałązki przodkowe, które zaopatrują środkową i dolną część odcinka brzusznego nerki, jedną gałązkę górną, która unaczynia cały biegun górny i jedną gałązkę tylną, rozgałęziającą się w $^2/_3$ częściach dolnych odcinka grzbietowego. Względnie często spotykamy obok głównej tętnicy nerkowej jedną, dwie, a nawet trzy tętniczki dodatkowe, które, pomijając wnękę, wprost wchodzą w górny lub dolny biegun. Takie stosunki tłómaczą nam, dlaczego nieraz mimo dokładnego zaciśnięcia szypuły nerkowej z powierzchni rozkroju podczas nefrotomii krwawi.

Po wejściu w miąższ nerkowy tętnice rozgałęziają się w sposób wcale charakterystyczny. Tworzą się bowiem dwa ze sobą zgoła nie komunikujące układy tętnicze: jeden w odcinku grzbietowym (tylnym) nerki, drugi, większy od tamtego, w odcinku brzusznym czyli przodkowym. Na zjawisko to zwrócił uwagę jeszcze przed kilkudziesięciu laty Hyrtl, a preparaty korrozyjne, przezeń sporządzane, tak się powszechnie podobały, że nie mógł nastarczyć zamówieniom. Hyrtl w swoim podręczniku wyraźnie zaznacza, że dwa te układy tak dalece ze sobą nie komunikują, iż można między nimi, poczynając od miedniczki, przeprowadzić zgłębnik lub szczypczyki aż do największej wypukłości nerki, nie przerywając po drodze ani jednej gałązki. Płaszczyznę rozgraniczającą te dwa układy nazwał Hyrtl „płaszczyzną naturalnej podzielności nerki“, a linię, ograniczającą ją na powierzchni, „równikiem nerki“. Takich kilkanaście preparatów korrozyjnych pokazywał na jednym z ostatnich zjazdów chirurgów niemieckich Zondek i zwrócił uwagę, że równik nie przebiega po największej wypukłości nerki, lecz zbacza nieco, na kilka mlm. ku powierzchni grzbietowej czyli tylnej, a ztąd dopiero po promieniach płaszczyzna przyrodzonej podzielności nerki przebiega ku miedniczce, czyli wnęce. I tak ostatecznie zgodzono się, że *sectio renis* wykonywać należy w owej płaszczyźnie, która odpowiada tej naturalnej podzielności. (C. d. n.).

II. Oko a ucho, stosunek ich wzajemny [1]).

Podał

Dr. R. Spira.

Oko i ucho, dwa najważniejsze narządy zmysłów, stanowiące pierwszorzędne furty dla wrażeń zewnętrznych i najgruntowniejsze podstawy dla wykształcenia umysłu i serca, pozostają w ścisłym ze sobą związku, posiadają określoną wzajemność odruchową, oraz wzajemną zależność fizyologiczną i kliniczną.

Zanim przystąpimy do roztrząśnięcia wzajemnych stosunków tych narządów i wpływów jednego z nich na drugi, nie od rzeczy będzie rozpatrzeć się pierwej w analogii i podobieństwie, które zachodzą między tymi narządami.

I.

Podobieństwa i związki tych dwóch narządów zmysłowych są wielorakie: dla łatwiejszego rozejrzenia się, zastanowimy się nad nimi osobno, pod względem *a)* morfologiczno-anatomicznym, *b)* fizyologicznym i *c)* klinicznym.

a) Śledząc za analogią anatomiczną i morfologiczną, znajdujemy ją już w samym zarodku, w historyi rozwoju obu narządów. Na równoległość w rozwoju i w budowie tych zmysłów dosadnie zwrócili uwagę Schwalbe i Waldeyer, przytoczeni przez Rohrera[1]), którego monografią poczęści posiłkowałem się przy opracowaniu tej części niniejszej rozprawy.

Już pierwotne zarodki obu narządów są zbliżone do siebie pod względem sposobu swego powstania, gdyż pierwotny pęcherzyk oczny, jak również pierwotny pęcherzyk uszny, pochodzą z tego samego listka zarodkowego, z blaszki zmy-

[1]) Rękopis tej pracy otrzymała Redakcya 13 stycznia.

słowej, oba powstają jako wgłobienia blaszki zarodkowej zewnętrznej (ektodermy). Według Schwalbego nabłonkowy pęcherzyk słuchowy odpowiada w ogólności — siatkowce, torebka uszna — torebce ocznej, a mianowicie wewnętrzny miękki jej odcinek, zaopatrzony obficie w naczynia — naczyniówce, torebka kostna błędnika — twardówce. Podobnie jak między tą ostatnią a naczyniówką znajduje się przestrzeń zawierająca płyn chłonny, również wewnętrzny mięki odcinek torebki usznej oddzielony jest od zewnętrznego kostnego przestrzenią, wypełnioną perylimfą. Podobną analogię przyjmuje Waldeyer, który nadto porównywa ciałko rząskowe ze smugą naczyniową *(stria vascularis)*, a budowę siatkówki z budową narządu Cortiego tak, że warstwa pręcików i czopków i warstwa ziarenkowa siatkówki zastępują komórki włosowate narządu Cortiego.

Przyjmując analogię morfologiczną gałki ocznej z całem uchem wewnętrznem, porównano rogówkę z wzgórkiem, źrenicę z okienkami błędnika, worek spojówkowy z jamą bębenkową, przewód nosołzowy — z trąbką Eustachiusza, gruczoł łzowy — z gruczołami gronowymi trąbki, błonę bębenkową — z błoniastą częścią powiek, zalepionych w stanie zarodkowym, przewód kostny ucha — z przednim odcinkiem oczodołu i z brzegiem nad i podoczodołowym, muszlę uszną — z chrząstką powiekową. Mięśnie śróduszne odpowiadałyby mięśniom gałki ocznej, kostki słuchowe — tworom kostnym w twardówce ptaków i żab, bujny porost włosów na skrawku i przeciwskrawku, napotykany często u starszych osób, brwiom nieraz również rozrosłym, rzęsy brzegów powiekowych — owłosieniu obrzeżnemu zagięcia ucha *(helix)*, gruczoły woskowinowe — gruczołom Meiboma, wreszcie mięśnie małżowiny — mięśniom obwodkowym powiek. W ten sposób ucho zewnętrzne odpowiadałoby brzegom oczodołów i zewnętrznej powierzchni powiek; ucho środkowe — workowi spojówkowemu, a ucho wewnętrzne — gałce ocznej. Sądzę, że ze względów fizyologicznych prędzej wypadałoby błonę bębenkową porównać z soczewką i rogówką, których różna sklepistość ma podobny wpływ na ich czynność wzrokową, t. j. na przepuszczanie fal świetlnych, względnie dźwiękowych, a zatem także na słuch, względnie na wzrok; dalej m. m. śróduszne, t. j. naprężacze błony bębenkowej i m. m. strzemiączkowe (akomodacyjne) odpowiadałyby mm. rzęskowym, jama bębenkowa — ciałku szklanemu, worek spojówkowy — zewnętrznemu przewodowi ucha, powieki — małżowinie. Jamy boczne oczodołu, t. j. jama klinowa, szczękowa, czołowa i sitowa, odpowiadają oczywiście jamom bocznym jamy bębenkowej, t. j. jamie i komórkom wyrostka sutkowego i uchyłkom bębenkowym.

Pod względem wzajemnych połączeń topograficznych tych dwóch narządów zmysłowych najważniejszą rolę odgrywa jama nosowa, która pośredniczy między nimi, jest punktem wyjścia wspólnych nietylko odruchów, lecz i chorób, i stanowi drogę przenoszenia się spraw chorobowych jednego z tych narządów na drugi. Na podstawie mózgu znajdują się nn. obu będących w mowie narządów i nn. mięśni skręcających gałkę oczną. W miejscu krzyżowania się odnóg mózgowych, t. j. w okolicy wzgórka czworaczego, jądra n. słuchowego łączą się z jądrami n. okoruchowego i gałęzie n. słuchowego — przedsionkowa i ślimakowa — stoją w ścisłym związku z drogami przewodzącemi nn. ocznych. Ośrodek wzrokowy w potylicy i ośrodek słuchowy w płacie skroniowym sąsiadują z sobą. Pewne choroby mogą zatem równocześnie zajmować jeden i drugi ośrodek, albo się przenosić z jednego na drugi. Oprócz tego ośrodki te łączą się z sobą przez włókna kojarzące, których zajęcie, np. w następstwie choroby usznej, może spowodować także zaburzenia wchodzące w zakres czynności wzrokowej, jak np. agrafia, niemota optyczna. Nerw troisty zaopatruje po części ucho zewnętrzne i środkowe, a pierwsza jego gałąź rozprzestrzenia się w narządzie ocznym. W podobny sposób oba narządy obficie są zaopatrzone w gałązki n. spółczulnego.

Nerw twarzowy bierze udział w unerwieniu ucha zewnętrznego i środkowego z jednej strony, a powiek z drugiej strony. Prócz tego nerw ten stoi w ścisłym stosunku z n. słuchowym w ośrodkowym układzie nerwowym. Jak bowiem Held u kota i szczura a Kölliker u królika wykazali, z ośrodkowego jądra słuchowego wychodzą włókna, które po złączeniu się z włóknami n. ślimakowego i skrzyżowaniu czuciowych korzeni n. V, kończą się w jądrze n. twarzowego i w małej oliwce, a zdaniem Köllikera należy u człowieka przypuścić podobne stosunki.

Tętnica szyjna dogłowowa zaopatruje jeden i drugi narząd zmysłowy. Krew żylna z całej czaszki, a więc także z gałki ocznej, wypróżnia się przez żyłę szyjną, a więc przez zatokę esowatą, pozostającą, jak wiadomo, w tak ścisłym stosunku z narządem słuchowym. Wszystkie nn. i naczynia krwionośne obu narządów są w jamie czaszkowej otoczone cieczą mózgowo-rdzeniową. Zmiany parcia w niej dają się zatem odczuć równocześnie w jednym i drugim narządzie.

Naczynia chłonne powiek i spojówek uchodzą do tych samych gruczołów, znajdujących się przed uchem i pod żuchwą, które przyjmują także drogi chłonne, idące od ucha, okoliczność, tłómacząca szereg zjawisk spółczulnych obu tych narządów.

b) Z tego, cośmy dotychczas wykazali, łatwo pojąć, że istnieją i istnieć muszą między tymi zmysłami także podobieństwa i połączenia tak fizyologiczne jak i patologiczne, a że te są nieraz bardzo ścisłe, o tem przekonywa codzienne doświadczenie na chorym i zdrowym człowieku.

Analogii w zakresie fizyologicznym dopatrujemy już w tem, że w obu zmysłach ruchy faliste powietrza, szerząc się według stałych prawideł, dostają się do obwodowych części obu narządów i stąd przenoszą się na zakończenia nerwów tj. na siatkówkę, względnie na błędnik i wywołują dzięki t. zw. energii swoistej wrażenia zmysłowe swoiste — głosu, względnie światła. Mięśnie śróduszne i rzęskowe służą do przystosowania (akomodacyi) narządu zmysłowego do różnego nasilenia bodźców zewnętrznych i wykonują tę swoją czynność przez nadanie odpowiednim częściom składowym narządu, t. j. soczewce, względnie błonie bębenkowej, potrzebnej sklepistości i napięcia. Zbyt silne światło jest bodźcem dla zwieracza źrenicy i spowodowuje jej zwężenie; odwrotnie ciemność sprawia skurcz rozszerzacza i następowe rozszerzenie źrenicy; analogicznie do tego ostry ton wywołuje skurcz m. natężacza błony bębenkowej, jej napięcie i przytępienie wrażenia słuchowego; odwrotnie rzecz się ma z m. strzemiączkowym, zwanym „podsłuchaczem“ lub „mięśniem szeptu“ (Toynbee); kurczy się on i zwalnia, napięcie błony bębenkowej przy dźwiękach cichych i słabych. Związek fizyologiczny obu narządów uwydatnia się także w synergii

mm. ocznych i śródusznych. Lucae wykazał, że m. strzemiączkowy najłatwiej wprowadzić w stan skurczu, przy współczesnym skurczu pojedynczych części twarzy, a głównie mięśnia okrężnego *(m. orbicularis)*.

Oba narządy służą do utrzymania równowagi ciała, jako narządy statyczne w pewnem znaczeniu i mogą się w tej czynności do pewnego stopnia wzajemnie uzupełniać i zastępować. Zdolność odróżnienia różnych barw jest analogiczną do pojęcia różnych tonów. Ta zdolność i to pojęcie mają swoją granicę. Najniższy słyszalny ton ma 16—40, najwyższy 38.000—40.960 wahań w sekundzie; tonów, których liczba fal jest wyższa lub niższa, niż tu podane granice, człowiek nie słyszy, podobnie jak nie widzi pewnych barw na skraju tęczy. Pole widzenia odpowiada polu słyszenia; dodatnie obrazy następcze słuchowe odpowiadają takimże obrazom wzrokowym i t. p.

c) Pod względem klinicznym podobieństwo tych narządów uwydatnia się 1) w analogii spraw chorobowych i 2) w równoczesnem występowaniu chorób obu narządów. Co do 1) choroby ucha zewnętrznego porównano z chorobami brzegów oczodołów; choroby jamy bębenkowej, trąbki Eustachiusza i wyrostka sutkowego — z chorobami worka spojówkowego, przewodu nosowo-łzowego i jam pobocznych: szczękowej, klinowej i sitowej; różne postacie zapalenia rogówki — ze zmianami na wewnętrznej ścianie jamy bębenkowej i na wzgórku, wreszcie zmiany na okienkach błędnika — ze zmianami z zakresie źrenicy. Schorzeniom jagodówki odpowiadają zmiany okostnej przedsionkowej z następowem zniekształtnieniem narządów sąsiednich, zrostem strzemiączka, uchyłków i okienek. Podobną analogię okazują cierpienia końcowych narządów nerwowych, t. j. n. wzrokowego i słuchowego. Także objawy chorób jednego zmysłu odpowiadają często objawom zajęcia drugiego: niedowidzeniu odpowiada niedosłyszenie, widzenie podwójne, słyszeniu podwójnemu. Burnet[2]) porównywa swój przypadek słyszenia podwójnego z widzeniem podwójnem, występującem przy zezie. „Diplacusis dysharmonica“, jako skutek różnej bystrości słuchu w obu uszach odpowiada dwuwzroczność, będąca wynikiem niejednakiej akomodacyi lub refrakcyi w obu oczach; daltonizm odpowiada lukom tonów, brakom słuchowej wrażliwości dla muzyki, fałszywemu słyszeniu kierunku głosu *(paracusis loci)*; mroczki migocące odpowiadają szmerom śródusznym; zmętnienie ciałka szklanego — szmerom towarzyszącym stwardnieniu (sklerozie) narządu usznego; szczelina w oku *(coloboma)* takiejże szczelinie w uchu; ubytki w stropie jamy bębenkowej takimże ubytkom w jamie oczodołowej. Krótki wzrok ma swoją analogię w zaburzeniach równowagi ucha środkowego i wewnętrznego, np. w niedrożności i zamknięciu trąbki; presbyopia, t. j. zmiany w bystrości wzroku z powodu podeszłego wieku, odpowiada analogicznym zmianom bystrości słuchu z tego samego powodu, t. j. presbyakusyi; łukowi starczemu rogówkowemu — łuk starczy na błonie bębenkowej; przyczepinom w przedniej komórce ocznej — przyczepiny ze zrostami w jamie bębenkowej i w okienkach błędnika; wybroczynom w przedniej komórce oka *(hyphaema)* — wybroczyny w jamie bębenkowej *(haemato-tympanon)* krwawieniu w siatkowce, zapalenie błędnika (Voltolini'ego); oderwaniu siatkówki — uszkodzenie błędnika przy pęknięciu podstawy czaszki, nagłemu oślepnięciu, spowodowanemu jaskrawymi bodźcami świetlnymi — ogłuchnięcie wskutek silnego wrażenia słuchowego (wybuch); jaskrę porównują z głuchotą postępującą pewnych zawodowców, zatrudnionych wśród częstego działania wysokich dźwięków, jak się zdarza u kotlarzy, maszynistów, konduktorów i t. d. (Rohrer *l. c.*). Mnie się zdaje, że snadniej porównaćby należało uszne choroby zawodowe z cierpieniami oczu u zawodowców, zajętych wśród działania jaskrawego światła, prowadzącego do spraw zapalnych i do zwyrodnienia n. wzrokowego; zapaleniu błędnika odpowiada zapalenie siatkówki; krwawienie w siatkówce — chorobie Menierea, zaburzenie równowagi w błędniku — objawom niedomogi ocznej *(asthenopia)*; zaburzenia refrakcyjne i akomodacyjne zmianom w błonie bębenkowej i w okienku owalnem. Przez zgrubienie i zesztywnienie błony bębenkowej i więzadła pierścieniowatego w okienku owalnem działanie mm. natężacza błony bęb. i strzemiączkowego, jak również zdolność przewodzenia fal głosowych, stają się niesprawnemi podobnie do niesprawnej akomodacyi przy sztywności, lub stwardnieniu soczewki i do nieprawidłowej refrakcyi w zmianach soczewki i rogówki. Podobna analogia zachodzi między zaburzeniami ruchowemi (skurcze, porażenia) mm. śródocznych a śródusznych, ropotokiem ocznym a ropnem zapaleniem ucha środkowego, między *panotitis* a *panophalmitis*. Powikłania śródczaszkowe zdarzają się także, aczkolwiek rzadziej, w chorobach ocznych, niż w następstwie chorób usznych. Analogicznie do tarczy zastoinowej w przypadkach wzmożonego ucisku śródczaszkowego przy nowotworach mózgu mamy naciek limfatyczny z tej samej przyczyny na obwodowym końcu n. słuchowego[3]). Analogicznie do przeczulicy słuchowej, przyczem chorzy gorzej słyszą dźwięki głośne, a raczej doznają przez nie nieprzyjemnego wrażenia, lepiej zaś rozumieją mowę i dźwięki mniej głośne, mamy objaw występujący przy ujemnych ośrodkowych mroczkach *(Centrales negatives Skotom)*, przyczem chorzy w dobrem oświetleniu dziennem gorzej widzą, niż w zmierzchu, jak wogóle przy częściowym zaniku n. wzrokowego. „Diplacusis echotica“ polega według Urbantschitscha[4]) na wolniejszem i późniejszem wystąpieniu wrażenia słuchowego (Anklingen) na jednem uchu niż na drugiem, objaw spostrzegany także w zakresie wrażeń wzrokowych. Mamy omamy wzrokowe i słuchowe i t. d. Analogij podobnych jest więcej; poprzestajemy jednak na przedstawieniu najważniejszych i najwięcej uderzających. (C. d. n.).

III. Z zakładu higieny Uniwersytetu Jagiellońskiego i c. k. powszechnego Zakładu do badania środków spożywczych w Krakowie.

Nowoczesne sposoby odkażania mieszkań.

Napisał

Dr. Leonard Bier

adjunkt zakładu.

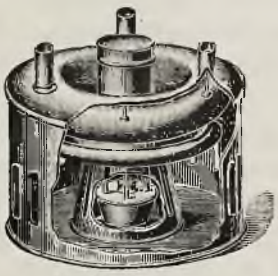
(Dokończenie).

Pracę moją uzupełniam rycinami i opisem przyrządów odkażających Scheringa, Prausnitza i Flüggego, oraz przyrządów odwaniających.

„Aeskulap kombinowany“ Scheringa składa się z lampki spirytusowej, ponad którą znajduje się kominek z blachy emaliowanej, posiadający u góry koszyczek, w którym mieszczą się pastylki paraformaldehydu, zamieniające się pod wpływem ogrzania na formaldehyd gazowy. (Ryc. 1)

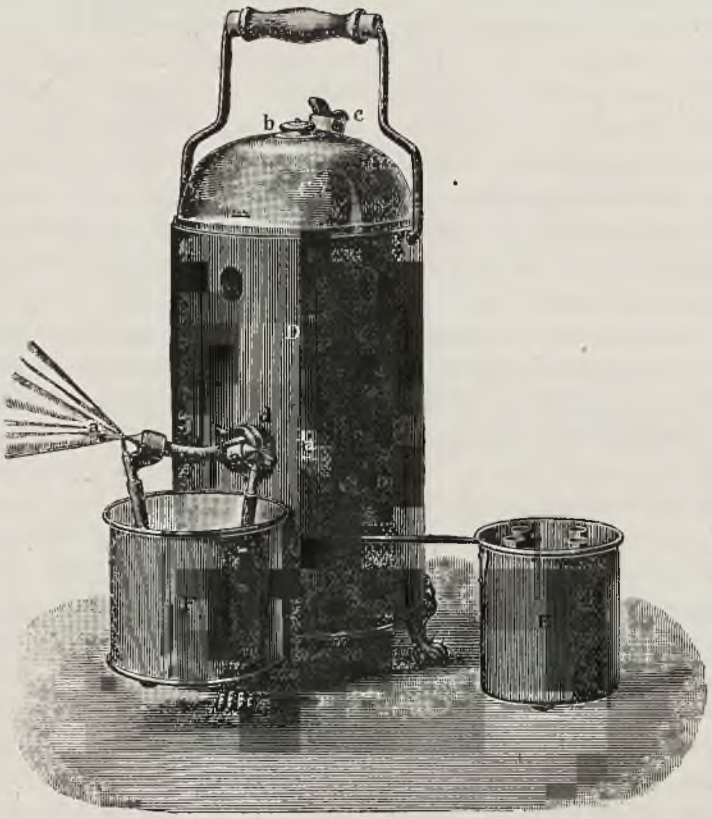


Ryc. 1.



Ryc. 2.

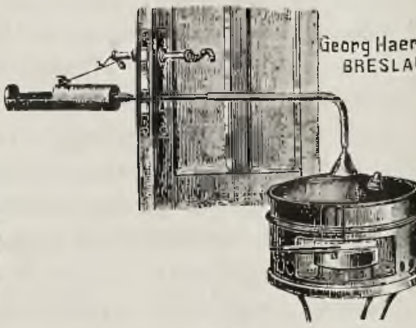
A.



Ryc. 3.

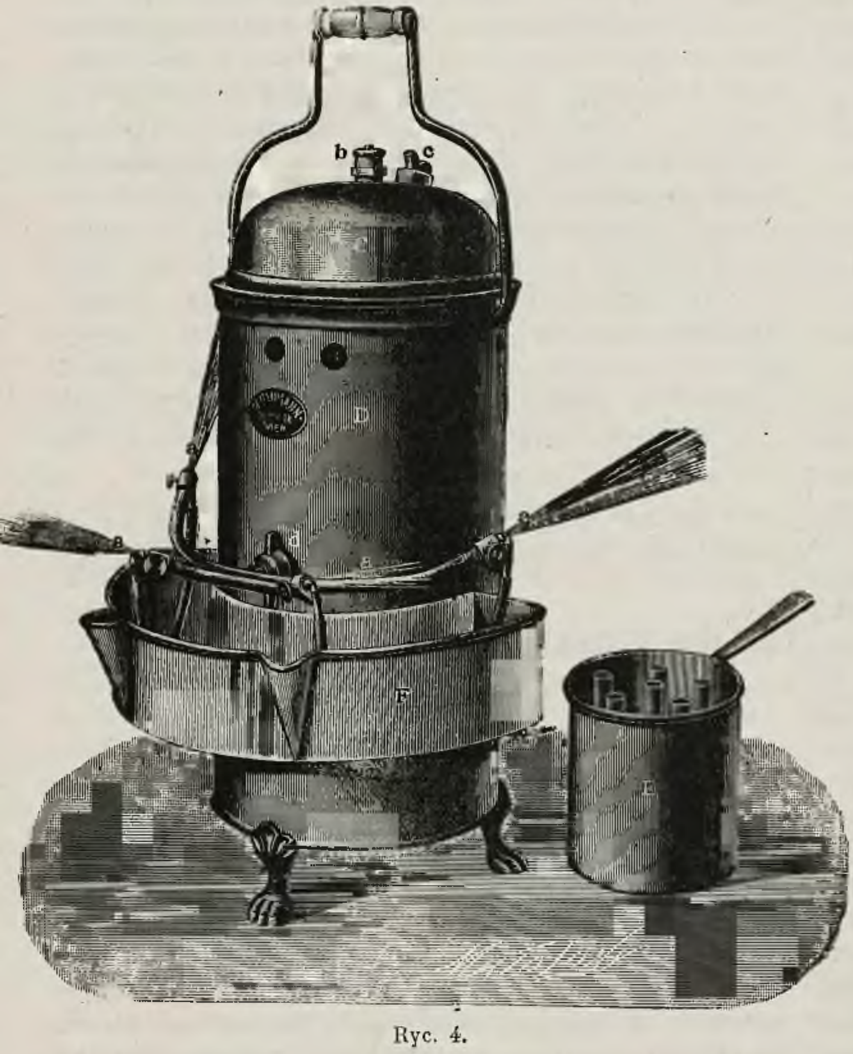


Ryc. 5.



Ryc. 7.

B.



Ryc. 4.



Ryc. 6.

Wokoło kominka biegnie okrężnie rynienka dla wyskoku, ponad którą znajduje się zbiornik na wodę z blachy miedzianej w postaci pierścienia, mający cztery otwory, przez które para uchodzi na zewnątrz. Całość ta, t. j. lampka i rynienka na wyskok, kominek i zbiornik na wodę są otoczone płaszczem z blachy emaliowanej, na który nakłada się pokrywę z takiejże blachy. (Ryc. 2.). Obsługa przyrządu, jak z ryciny i opisu wynika, przedstawia się bardzo prosto. Przyrząd ten objąć może najwyżej 250 pastylek.

Przyrząd Prausnitza składa się z kotła z blachy miedzianej, opatrzonego wentylem, z którego wychodzą dwie rurki, które przeszedłszy przez palenisko wyskokowe, łączą się w jedną, by zaraz się znowu rozdzielić na dwie, względnie na cztery rurki, (zależnie od wielkości przyrządu) zakończone małymi otworkami. Na końcach tych rurek uczepione są na wzór przyrządów do wdychiwań rurki w części metalowe, w części gumowe, służące do aspiracyi i rozpylania przez poziomo wychodzącą rurkami pierwszemi parę formaliny, znajdującej się w zbiorniku, przyczepionym do kociołka. Model *A* (Ryc. 3.) przyrządu tego, wyrabiany przez firmę Baumanna w Wiedniu (VIII. Florianigasse, 11), wystarcza do odkażania przestrzeni 100 m³, model *B* (Ryc. 4), dla przestrzeni większych, do 200 m³. — Przyrząd Flüggego (Ryc. 5.) przedstawia się jako płaski zbiornik miedziany z dwoma otworami, z których jeden znajduje się w środku górnej, nie dającej się zdejmować, pokrywy i służy dla uchodzącej pary wodnej i formaldehydu, drugi, zamykamy śrubą, do wypełnienia wodą i formaliną, oraz wylewania pozostającej zawsze po dokonaniu odkażania reszty mieszaniny wody i formaliny. Kociołek ten opiera się na płaszczu z blachy, a ogrzewa go wyskok, znajdujący się w naczyniu opartem o trzy wystające od wewnętrznej strony płaszcza podpory blaszane. Przy odkażaniu przestrzeni o pojemności powyżej 150 m³ potrzeba 2 przyrządów.

Do odwaniania amoniakiem istnieją w handlu dwa przyrządy. Firma Scheringa (Berlin N. Müllerstrasse 170/171) i firma G. Haertla w Wrocławiu (Albrechtstrasse), wyrabiają przyrządy pomysłu Flüggego, którego wzór przedstawia ryc. 7.

Jest to zwykły zamknięty kociołek płaski z rurką u góry, odprowadzającą parę amoniaku przez rurkę gumową i mosiężną lub miedzianą; ogrzewa się go zapomocą wyskoku. Na tej samej zasadzie zbudowany kociołek, nieco jednak odmienny w kształcie, wyrabia dla przyrządów odkażających Prausnitza, firma Baumanna. (Ryc. 6).

W ostatnim czasie do zbioru wymienionych przyrządów odkażających przybył jeszcze przyrząd pomysłu słuchacza med. p. Alex. Zarewicza, wyrabiany przez firmę Jarry w Krakowie. Badania rozpoczęte nad działalnością tego przyrządu, pozwalają przypuszczać, że odda on równie dobre usługi, jak przyrządy wyżej wymienione. O wartości jego, oraz o bliższych warunkach działania nie omieszkam donieść czytelnikom „Przeglądu lekarskiego".

IV. Przedziurawienie na wylot klatki piersiowej kołkiem z płotu, wyzdrowienie.

Podał

Dr. Julian Jastrzębski.

Pragnę podzielić się z czytelnikami „Przeglądu lekarskiego" opisem przypadku, który chyba do bardzo rzadkich zaliczyć należy.

Hryć Tymków z Tomaszowic, lat 8 liczący, chcąc wybrać ptaszki z dziupli w wysokiej wierzbie, spadł dnia 8. sierpnia 1897 r. z wysokości około 2-metrowej, licząc od szczytu płotu, na dębowy kół, wystający z płotu, tak nieszczęśliwie na plecy, że kół ten ostro zakończony, a w niższej swej części mający 19 ctm. obwodu, przebił mu klatkę piersiową, wchodząc w nią tuż pod dolnym kątem łopatki lewej, a wyszedł z przodu klatki piersiowej w 3-im przestworze międzyżebrowym, około 5 ctm. na lewo od środkowej linii mostka; został zatem przebity kołem, jak owad szpilką.

Chłopiec ten został ściągnięty z tego kołka zapomocą podniesienia za ręce do góry przez drugiego również jak on małego chłopca. Po chwilowym wypoczynku na ziemi — poszedł sam do domu odległego o jakie 100 kroków. Domownicy, dowiedziawszy się, co się stało, obwinęli go mokrem prześcieradłem i posłali po lekarza.

W trzy godziny po wypadku znalazłem tętno pełne, mocne i nieco przyspieszone; oddechanie również było nieco częstsze. Z początku swobodne wejrzenie lekko zaczerwienionej twarzy zaczęło się zmieniać na trwożne, a skóra twarzy poczęła sinieć. Spostrzegłszy tę zmianę, odsunąłem ostrożnie prześcieradło, najprzód z tyłu. Tu zobaczyłem ranę w skórze, sięgającą od wewnętrznej strony dolnego końca łopatki lewej prawie do linii pachowej tylnej, o brzegach poszarpanych, strzępiastych, a z niej wypadającą z pomiędzy nieuszkodzonych żeber część płuca o powierzchni nieuszkodzonej, gładkiej i lśniącej. Rana ta na 7 ctm. długa, poprzeczna, rozszerzała się przy każdym wdechu. Po sprawdzeniu ręką, wymytą w wodzie sublimatowej, że płuco i opłucna żebrowa w kierunku obu ran nie zostały przebijającym kołkiem uszkodzone, przepłókałem przez ranę w czasie wydechu przestrzeń opłucnowo-żebrową roztworem sublimatowym, zapomocą balonu, którego kauczukowe ujście wsunąłem głęboko w ranę. Roztwór ten w czasie wdechu, a więc wtedy, kiedy płuco wypełniało całą przestrzeń klatki piersiowej, został przez płuco wydalony, a powierzchnia tylna płuca została opłókana i niejako odkażona. Oczyściwszy w ten sposób płuco parę razy, zaszyłem ranę skórną pięcioma szwami i pokryłem gazą jodoformową i watą; przystępując do przepłókania rany z przodu, kazałem podtrzymywać ten opatrunek ręką przez szmatę umoczoną w sublimacie, poczem zaszyłem i tę ranę i zamknąłem ją w czasie głębokiego wdechu, w chwili, kiedy powietrze z przestrzeni opłucnowej zostało przez rozdęte płuco wydalone. Na tej ranie położyłem opatrunek antyseptyczny podobny do pierwszego i teraz dopiero otoczyłem klatkę piersiową opaską organtynową miękką.

W czasie tej czynności pacyent podtrzymywany siedział. Sinica na twarzy bardzo się wzmogła, ale po założeniu opatrunku, zwłaszcza już po zamknięciu ran, zwolna poczęła ustępować, a tętno dochodziło do 110 uderzeń na minutę, było pełne. Ciepłoty ciała nie badałem.

Opatrunek pozostawiłem przez trzy dni. W dniu 12. sierpnia ciepłota wynosiła 39°C., a tętno szybkie 110 uderzeń, przytem lekka sinica. Opatrunek zdjąłem ostrożnie. Brzegi rany z tyłu zlepione, z przodu szwy puściły, a z rany wydziela się ciecz żółtawa, nie cuchnąca. Przez tę ranę przestrzyknąłem przestrzeń opłucnową i na nowo założyłem opatrunek na dwa dni, a po upływie tego czasu znów przepłókałem opłucnę. W dniu 16. sierpnia tętno wynosiło 120 uderzeń słabych, sinica była lekka, ciepłota 39°C. Z rany przedniej wydobywa się znaczna ilość cieczy żółtawej, która w czasie wdechu obficie wypływa. Aby ją wydalić, przestrzykałem po kilka razy jamę opłucnową, wsuwając przez ranę kauczukową miękką rurkę balonu. Napływ cieczy wywołuje lekki ból, mimo to przepłókuję codziennie przez dalsze 14 dni, przyczem spostrzegam, że ilość wydzieliny codziennie się zmniejsza, a rana pod łopatką w tym czasie spoiła się się zupełnie. W przeciągu 4-go tygodnia rana przednia przedstawiała już tylko otwór średnicy ołówka, ale wydzie-

lina zawsze jeszcze wydobywała się z tego otworu, chociaż z dnia na dzień w skąpszej ilości.

Ponieważ czas leczenia wydawał się matce chorego już zbyt długim, a chłopaka o żywym temparamencie cały ten proceder także już niecierpliwił i z tego powodu okazywali niechęć do dalszego leczenia, przeto około 5. września odwiedziłem chorego ostatni raz, a następnie musiałem go pozostawić własnemu losowi. W dniu tym ciepłota była prawie prawidłowa, a tętno zupełnie prawidłowe.

W kilkanaście dni później przybyłem jeszcze raz do niego, ale tylko po to, aby zobaczyć z daleka, jak szybko uciekał w pole przed lekarzem. Matka o tyle tylko mi rzecz wyjaśniła, że choremu jeszcze trochę wypływa z rany, ale otwór rany jest mały, jak od ukłócia szydłem, który wreszcie w październiku całkowicie się zagoił, a chłopiec zdrowy uczęszcza do szkoły. W następnym roku w czasie szczepienia dzieci w szkole miałem sposobność obejrzeć blizny tego chłopca, gładkie, brudno-białe, a jego samego znalazłem w najlepszem zdrowiu.

V. Wyciągi.

K. Bauer. **O znaczeniu t. zw. „miejscowych toksyn" w posocznicy.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift* 1902, Nr. 13). Nowsze spostrzeżenia chirurgów przemawiają przeciw przypisywaniu wielkiej doniosłości znachodzenia koków ropnych we krwi. Tak np. wczesne odjęcie zajętej kończyny mimo dużej ilości koków ropnych we krwi sprowadza rychłe wyleczenie.

Aby to wytłomaczyć, należy: *a*) oznaczyć na zwierzętach działanie bakteryj, wprowadzonych do obiegu krwi; *b*) oznaczyć działanie toksyn bakteryj; *c*) oznaczyć działanie t. zw. „toksyn miejscowych", powstających w miejscu zakażenia.

Ad a) Doświadczenia wykazały, że nasze dotychczasowe sposoby badania krwi są niedostateczne, zwłaszcza badanie krwi na agarze skośnie ściętym, albowiem krew działa upośledzająco na rozwój bakteryj. Najlepsza metoda polega na zmięszaniu dwóch części krwi z jedną częścią 1% cukru gronowego, pozostawieniu mięszaniny w cieplarce i wylaniu płyt w dniu następnym. W ten sposób przekonano się, że ilość bakteryj u chorego na posocznicę jest 25—30 razy mniejszą, aniżeli potrzebną jest ilość bakteryj w celu wywołania posocznicy u zwierząt. Jeżeli się zaś wprowadzi zwierzęciu ilość bakteryj, odpowiadającą stosunkom w posocznicy u człowieka, to po 10-ciu, najpóźniej 20-tu godzinach po wstrzyknięciu, nie można już wykazać we krwi żywych bakteryj, a zwierzęta zdrowieją pomału. Następowych przerzutów nie można stwierdzić.

Ad b) Stwierdzono, że jady (toksyny) bakteryj nie działają w posocznicy swoiście, albowiem, ażeby wywołać zapomocą jadu nawet nieznaczne schorzenie, trzeba użyć tak dużych ilości hodowli, jakich się w praktyce nigdy w ustroju zakażonym nie spotyka.

Znaczenie więc tak bakteryj, jakoteż ich jadów jest małe.

Ad c) Najważniejszą rolę odgrywają t. zw. toksyny miejscowe, uzyskane częściowo z ropy, częścią z tkanki zakażonej człowieka, względnie zwierząt. Tkanki zakażone suszono, mielono, dla zabicia bakteryj napajano kilkakrotnie chloroformem, a następnie mięszano z wodą z dodatkiem chlorku sodu. Uzyskiwano czysty płyn, zupełnie jałowy.

Doświadczalnie stwierdzono, że w ten sposób przygotowana tkanka ludzka i zwierzęca nie wywiera wcale wpływu szkodliwego na ustrój zwierzęcy; natomiast płyn, uzyskany z zakażonych części ciała, wstrzyknięty podskórnie, wywoływał obrzęk szybko postępujący prawie w całej kończynie, a ustępujący po kilku dniach wśród objawów lekkiego schorzenia zwierzęcia.

Jeżeli do tkanki obrzękłej wstrzyknięto choćby małą ilość koków ropnych, występowało ropienie i zwierzęta ginęły, podczas gdy zwierzęta kontrolne, szczepione tą samą ilością bakteryj, okazywały tylko nieznaczne miejscowe ropienie. Sekcya zwierząt padłych wykazywała bakterye we krwi, stłuszczenie wewnętrznych narządów i własności trujące krwi nawet po zabiciu bakteryj. Jeżeli „miejscowe toksyny" wstrzyknięto do obiegu krwi, zwierzęta ginęły po 2—3 dniach wśród objawów posocznicy, a sekcya wykazywała brak bakteryj we krwi, stłuszczenie wewnętrznych narządów, własności wysoce trujące krwi dla innych zwierząt.

Jeżeli się przez podskórne wstrzyknięcie koków ropnych wywoła u zwierząt ropówkę, krew okazuje się jałową; skoro tylko jednak takim zwierzętom wstrzyknie się do obiegu krwi „toksyny miejscowe", można po 20—30 minutach wykazać bardzo liczne bakterye we krwi. W tych przypadkach musiały być bakterye już poprzednio we krwi, ale bakteryobójcza własność krwi przeszkadzała w ich wykazaniu; skoro tylko jednak tę własność krwi porażono przez „miejscowe toksyny", wykazać można było bakterye we krwi.

Ciężkie objawy posocznicy można wywołać przez same „miejscowe toksyny".

Antytoksyny działają tylko nieznacznie przy szczepieniu bakteryj wprost do krwi; natomiast okazały się zupełnie bezskutecznemi przy szczepieniu zwierząt toksynami miejscowemi. Tak u człowieka, jak i u zwierząt antytoksyny są bezskuteczne, albowiem się zwracają przeciw bakteryom i ich toksynom, które w posocznicy odgrywają tylko podrzędną rolę. Obecność bakteryj we krwi świadczy tylko o stopniu zatrucia krwi toksynami miejscowemi.

Tylko leczenie rany zakażonej miejscowe elektrolizą oddaje znaczne usługi, sporządzanie jednak odpowiednich przyrządów napotyka na wielkie trudności. *Dr. Kędzior* (Kr. kl. l.).

Sommer. **O związku przypadłości dyspeptycznych ze schorzeniem rodnych części niewieścich.** (*Centralbl. f. innere Med.* 1902, Nr. 9). Przedmiotem badania było 23 przypadków chorób niewieścich, w przeważnej części tyłozgięcie macicy i sprawy zapalne w okolicy trąbek i jajników kobiet, z pośród których większość okazywała w wyższym lub niższym stopniu objawy choroby Glenarda. Obecność objawów dyspeptycznych stwierdzał autor bądźto na podstawie wywiadów (!), bądź też na podstawie spostrzegania klinicznego. Badanie kliniczne przypadków tych wskazywało w przeważnej liczbie nadmierne wydzielanie HCl. W reszcie przypadków wydzielanie HCl było prawidłowe, a w każdym razie nie przekraczało granicy fizyologicznej. Wyprostowanie macicy nie wpływało na stosunki wydzielnicze żołądka. (Spostrzeżenia te potwierdzają zapatrywania szkoły krakowskiej, że nadmierne wydzielanie HCl w pokaźnej liczbie przypadków jest przyrody odruchowej i nerwowej, a jest rzeczą powszechnie znaną, że choroby części rodnych kobiecych wpływają ujemnie na układ nerwowy). *E. K.* (Kr. kl. l.).

Weber. **W sprawie leczenia niedrożności jelit atropiną.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift* Nr. 6, 1902). W żadnym przypadku niedrożności jelit nie jest atropina przeciwwskazaną: w przypadkach skręcenia (volvulus), wewnętrznego i zewnętrznego uwięznięcia, — które zresztą zawsze powinny być leczone drogą chirurgiczną, — usuwa atropina przedewszystkiem bóle, nadto pociąga za sobą po operacyi obfite wypróżnienie. Niedrożność jelit występującą czasami po laparotomii, lub po herniotomii; należy zawsze leczyć atropiną, a nie makowcem, chyba gdy się ma do czynienia ze skręceniem lub uwięznięciem. W przypadkach zapaleń okołokątniczych (*perityphlitis*) należy przynajmniej dla próby zastosować atropinę.

Sprawę dawkowania atropiny rozwiązuje autor w następujący sposób: w przypadkach, w których poprzednio stosowano makowiec, można śmiało wstrzyknąć pod skórę 0·005 atropiny; — ta dawka w większości przypadków wystarczy, aby po 10—12 godzinach usunąć niedrożność. Jeżeli mimoto objawy niedrożności się utrzymują i brak znamion zatrucia, wówczas należy po raz wtóry wstrzyknąć 0·005 atropiny. Chorego, u którego atropina w ilości 0·01 w ciągu 24 godzin pozostała bez skutku, należy oddać bezzwłocznie w ręce chirurga; — w przypadkach niedrożności, w których makowca poprzednio nie podawano, wstrzykuje autor 0·002 atropiny, a po 12-tu godzinach drugą dawkę w ilości 0·005.

Postępowanie, zalecone przez Moritza, a zasadzające się na podawaniu *per os* kilku (6—8—10) dawek wilczej jagody (*belladona*) po 0·015 w przerwach 4—6 godzinnych, autor zarzuca raz dlatego, że przy istniejących wymiotach środek ten nie może należycie skutkować, a powtóre działanie jego jest samo przez się niepewne z powodu rozmaitej zawartości atropiny. *Dr. Pisek* (Podgórze).

Cramer. **O szczególnym swoistym stanie moczu podczas drgawek i mocznicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1902, Nr. 3). W trzech przypadkach ciężkiej mocznicy, zakończonej śmiercią, mocz miał zabarwienie mleczne i zawierał dużą bardzo ilość białka. Zmącenie to pochodziło od maleńkich ruchomych kuleczek, które przy staniu opadały i mocz się wyjaśniał. Były to kuleczki białka, które zatykając kanaliki nerkowe, sprowadzały zmniejszenie się wydzieliny i pogorszenie stanu chorobowego. *P.*

Tengler. **Przypadek dostania się powietrza do żył macicznych w połogu z zejściem śmiertelnem.** (*Münchener medicinische Wochenschrift* 1902, Nr. 5). W pół godziny po ręcznem wyjęciu łożyska nastąpiła śmierć. Sekcya wykryła w sercu krew pienistą i taką samą w żyłach, odchodzących od macicy; przyczyną więc śmierci było dostanie się powietrza do żył bądź podczas

wprowadzania ręki do macicy, bądź podczas odklejania łożyska, bądź też wyjmowania go na zewnątrz. Aby uniknąć podobnych przypadków, radzi autor, aby zawsze, kiedy ma się wchodzić ręką do jamy macicy, a zwłaszcza przy łożysku przodującem, wstrzyknąć do pochwy trochę rozczynu fizyologicznego soli kuchennej; płyn ten chronić będzie przed dostaniem się powietrza, a sam, jeżeli się do żył nawet dostanie, to działać będzie tylko korzystnie, a nie szkodliwie. *P.*

Friedmann. **Ocenianie dobroci mleka kobiecego według obrazu drobnowidowego.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 4). Dla celów praktycznych ocenić można wartość mleka według obrazu drobnowidowego, t j. po ilości i jakości znalezionych pod drobnowidem kuleczek tłuszczu. W mleku dobrem, po którem dziecka przybywa na wadze, całe pole widzenia zapełnione jest średniej wielkości kuleczkami tłuszczu. Jeżeli pomiędzy kuleczkami średniej wielkości będzie w polu badania do 25 kuleczek dużych, to mleko takie jest tłuste i ciężko strawne dla noworodka. Przeciwnie, jeżeli znajdziemy kuleczki maleńkie, a małą tylko ilość kuleczek średnich, to mleko takie jest chude i nie pożywne. Badania mleka należy przeprowadzać w $\frac{1}{2}$—1 godziny po karmieniu; przed wzięciem na szkiełko, trochę pokarmu trzeba zestrzyknąć i zawsze badać z obu piersi, skład bowiem mleka w każdej piersi może być inny. *P.*

Weissmayr. **Apteczne i objawowe leczenie gruźlicy płuc.** (*Klinisch-therapeutische Wochenschrift* Nr. 8 i 9, 1902). Dla lepszego przeglądu podzielił sobie autor całą pracę na trzy części: w pierwszej omawia leki chemiczne; w drugiej seroterapię i stosowanie wytworów, uzyskanych z hodowli drobnoustrojów; trzecia wreszcie część odnosi się do leczenia czysto objawowego. Co się więc tyczy przetworów chemicznych, — a nimi się Weissmayr zajmuje w niniejszej rozprawce, — niema prawie dnia, któryby nie przyniósł wieści o jakimś nowym rzekomo „swoistym“ leku przeciw gruźlicy, zarówno jak i niema drogi, przez którąby nie starano się wprowadzić środków leczniczych do ustroju: jeśli podawanie przez usta nie skutkowało, stosowano przez odbytnicę, w innych znów przypadkach podskórnie, albo w postaci wcierań, lub wreszcie jako wstrzykiwanie śródmięśniowe, albo do żył. Wspomnieć także należy o wziewaniach, wstrzykiwaniach do tchawicy, o elektryczności, dalej o stosowaniu nadmiernego gorąca i zimna (*Crymotherapia*), ostatecznie o leczeniu światłem w ogólności, a niebieskiem światłem i promieniami Röntgena w szczególności.

Wśród przetworów chemicznych zajmował kreozot od długiego szeregu lat pierwszorzędne stanowisko, bądź to w postaci pigułek (Jasper), bądź też kapsułek żelatynowych w połączeniu z 0·10 gr. tranu; — dziś są w powszechnem użyciu przetwory pochodne kreozotu, jak duotal, tiokol i sirolina. Nie tu miejsce pisać o budowie chemicznej duotalu: dość powiedzieć, że jest to proszek bez smaku i zapachu, który można przez czas dłuższy chorym podawać, nie wywołując żadnych szkodliwych następstw ubocznych, — a są to okoliczności, które wielce za tym przetworem przemawiają. Wprawdzie po stosowaniu duotalu nie da się wprost stwierdzić poprawy stanu przedmiotowego; ale jeśli się zważy, że środek ten znakomicie podnosi łaknienie, natenczas zrozumieć łatwo, że może być potężną dźwignią w całem postępowaniu leczniczem. To samo da się powiedzieć o tiokolu, sirolinie i sulfosotsyrupie; ostatni ma jeszcze tę dodatnią stronę, że jest o wiele tańszy, aniżeli sirolina. Do grupy tych środków należy jeszcze guajasanol, którego Einhorn podaje do 12 grm. dziennie w proszku lub płynie, — ma podobno szybko wstrzymywać biegunkę pochodzenia gruźliczego. Pamiętać jednak trzeba, że już po małych dawkach guajasanolu można stwierdzić nawet u zdrowych diazoodczyn — objaw, który wielu badaczy uważa za niepomyślny prognostyk. Inne przetwory, jak *ichthosot, ichthalbin, ichthoform* znajdują szersze zastosowanie jedynie w gruźlicy przewodu pokarmowego.

Renaut i Gautier posługiwali się w leczeniu gruźlicy kwasem kakodylowym w dawkach 0·10—0·20 przez odbytnicę lub podskórnie; wyniki nie bardzo zachęcają do dalszych prób. Nie lepsze skutki otrzymali Alexander, Criegern, Kobert i inni z wstrzykiwań olejku kamforowego (metoda Alexandra), przyczem wspominają, że środek ten jest przeciwwskazany u chorych skłonnych do krwotoków; — również niewiele obiecywać sobie można z wdychiwań lub wstrzykiwań do tchawicy rozczynów olejków eterycznych. W ostatnich czasach poczęto gorączkowo stosować metodę Landerera, polegającą — jak wiadomo — na wstrzykiwaniu hetolu, czyli kwasu cynamonowego; na podstawie własnego doświadczenia uważa autor tę metodę jedynie jako czynnik pomocniczy w całem lekowaniu. W tem miejscu wspomnieć się godzi o stałych okładach alkoholowych Hoffa, termoterapii i autotransfuzyi Jacobyego (nizkie ułożenie okolicy gruźlicą zajętej), zabiegach, mających na celu sprowadzenie przekrwienia, które ma gojąco wpływać na sprawę gruźliczą. Również i stosowanie organoterapii w gruźlicy znalazło zwolenników — Krebs np. twierdzi, że *achylia gastrica* u suchotników zawdzięcza swe powstanie zwyrodnieniu gruczołu tarczykowego, spowodowanemu przez jady (toksyny) prątków gruźliczych; wobec tego podaje w nadających się przypadkach 5% rozczyn owego gruczołu w dawkach 0·50—1 grm. wewnętrznie lub podskórnie. Na jakie zaś krańcowe pomysły badacze wpadają, świadczy fakt, że niektórzy chcą leczyć gruźlicę przez podawanie proszku, otrzymanego z roztartego płuca, albo też soku płucnego (opoterapia). Szersze zastosowanie znalazł formaldehyd, bądź to w kształcie wcierań (Nietner, Lardener-Green), bądź też w postaci wstrzykiwań (1: 2000); — u 70 chorych, w ten sposób leczonych, nastąpiła widoczna poprawa.

Z wielkim rozgłosem wprowadzono w szeregi tych wszystkich środków modyfikacyę formaliny pod nazwą „igazol“ (Cervello, Ehrenfeld, Preisach), doświadczenia atoli okazały, że „igazol“, jest co najwyżej środkiem wykrztuśnym. W końcu nadmienić należy o zomoterapii, t. j. leczeniu surowem mięsem, a względnie podawaniu soku mięsnego, — lecz i tutaj spostrzeżenia stwierdziły, że mamy do czynienia więcej z przetworem dyetetycznym, aniżeli środkiem przeciwgruźliczym. *Dr. Henryk Pisek* (Podgórze).

Lejars. **O różniczkowaniu ropomoczu pochodzącego z pęcherza lub z miedniczek nerkowych.** (*Sem. medicale* 1902, Nr. 13). Niezawsze łatwo możemy rozstrzygnąć pytanie, czy znachodzenie się ropy w moczu należy odnieść do pęcherza, czy też do miedniczek nerkowych. W niektórych przypadkach cierpień nerkowych (rak, torbiel, kamica nerkowa) inne objawy ułatwić nam mogą rozpoznanie; jeżeli jednak tych braknie, sprawa staje się trudną. Dawniej uważano obfite wydzielanie mętnego moczu za klasyczny i niezawodny objaw zapalenia miedniczek nerkowych; dziś wiemy, że zdarza się ono również w przebiegu zastarzałego nieżytu pęcherza o głębokiem zakażeniu ścian i obfitem ropieniu.

Bouchard podał odczyn, znamienny według niego dla ropy pochodzenia nerkowego. Do probówki z badanym moczem dodaje się kilka kropel rozczynu Fehlinga aż do otrzymania zielonawego zabarwienia. Jeżeli potrząśniemy kilka razy probówką, bańki powietrza, zamiast zbierać się na powierzchni, jak w moczu czystym, utworzą zawiesinę, poniekąd uwięzione obecnością ropy. Wtedy ogrzewamy probówkę, nie doprowadzając jednak zawartości do wrzenia; pod wpływem wysokiej ciepłoty tworzy się rodzaj miazgi, zamykającej bańki powietrzne. Miazga ta, podobna do ropnych plwocin, zbiera się na powierzchni płynu. Według innych badaczy odczyn ten może mieć wartość ze względu na wykrycie zakażenia ropnego, jednak nie pozwala nam sprawy zapalnej odnieść do pewnego miejsca: nieżyt pęcherza, a nawet cewki moczowej, jak również mocz sztucznie uczyniony ropnym, mają dawać ten sam odczyn.

G. Rosenfeld z Wrocławia wskazuje na trzy główne punkty rozpoznawcze: oddziaływanie moczu, kształt leukocytów i ciałek czerwonych, zawartych w ropie, i co najważniejsze, stosunek między jakością ropy a ilością białka zawartego w moczu.

Co się tyczy pierwszego punktu, to wiadomo nam dzisiaj, że w przypadkach zajęcia miedniczek nerkowych oddziaływanie moczu jest kwaśne. Nie można na odwrót twierdzić, aby oddziaływanie było zawsze zasadowe w nieżycie pęcherza, gdyż w zapaleniu pęcherza gruźliczem lub wywołanem kamicą pęcherzową, mocz pozostaje kwaśnym. W każdym razie obecność moczu ropnego, nie oddziaływującego kwaśno, pozwala nam wykluczyć niepowikłane zapalenie miedniczek nerkowych.

Ciałka białe o zarysie okrągłym, regularnym pochodzą przeważnie z pęcherza; w razie obecności leukocytów o kształcie nieprawidłowym i powierzchni wystrzępionej rozpoznanie przechyla się na stronę zapalenia miedniczek. Podobnie dla ciałek czerwonych: pominąwszy zmiany nowotworowe, sprawy chorobowe, toczące się w pęcherzu, nie wpływają na ich budowę; przeciwnie, w przypadkach zapalenia miedniczek ciałka czerwone nietylko tracą swój zwykły kształt, ale także zostają częściowo odbarwione.

Wbrew dotychczasowym mniemaniom Rosenfeld twierdzi, że kształt komórek przybłonkowych daje bardzo wątpliwą podstawę do rozpoznania pochodzenia ropomoczu.

Punkt trzeci, według Rosenfelda najważniejszy: stosunek ilości ropy do zawartości białka w moczu. W przypadkach nieżytu pęcherza ilość białka nie przekracza nigdy 1‰ do 1·5‰, choćby osad ropny sięgał do wysokości kilku ctm. Przeciwnie w zapaleniu miedniczek przy małej nawet ilości ropy znajdziemy białka przynajmniej tyle, co przy bardzo znacznej ilości ropy pochodzenia pęcherzowego. W razie dużej ilości ropy, zawartość białka dochodzi tutaj do 3‰. *Dr. T. Żeleński.*

Behla. **Zaraźliwość raka.** (*Philad. Med. Journ. — The Medic. Bull. Dec.* 1901). Autor przytacza szereg przypadków,

w których osoby, żyjące z sobą w blizkiej styczności, lecz nie krewne, umarły z raka jedna po drugiej. B. uważa swe przypadki za wyraźny dowód przenoszenia się raka z jednej osoby na drugą i twierdzi, że uzyskane dowody przekonywające o tem świadczą niezbicie, chociaż zaraźliwość istnieje tylko w pewnym ograniczonym stopniu, w rodzaju trądu. Autor sądzi, że należałoby wyjednać przepisy, ograniczające możność szerzenia się raka przez bezpośrednie zarażanie się. *St. Rudzki* (Ptbg.).

Thompson Campbell. **Jak długo chorzy na gruźlicę mają pozostawać w sanatoryach?** (*The Lancet*, 7-go grudnia 1901 roku). Autor — znany angielski praktyk — i były kierownik sanatoryum dla gruźliczych, podnosi wielkiej doniosłości pytanie, jak długo chorzy na gruźlicę płucną mają pozostawać w uzdrowisku. Naturalnie im wcześniej chory udaje się do sanatoryum, tem więcej ma widoków na poprawienie swego zdrowia. Jednak nawet w tych przypadkach, gdy gruźlica znajduje się w samym początkowym okresie, leczenie w sanatoryum nie powinno trwać krócej nad trzy miesiące. Termin ten bywa zazwyczaj wystarczający, gdy mamy do czynienia z zajęciem jednego tylko szczytu płucnego (stłumienie wypukowe, wydłużony wydech, wzmożone drżenie głosowe, niewiele rzężeń drobnobańkowych, mała ilość plwociny, umiarkowane przyspieszenie tętna, brak znaczniejszych podniesień ciepłoty wieczornej).

Chorzy jednak (głównie z klasy pracującej) szukają porady zazwyczaj późno, gdy już jedno płuco jest zajęte w znacznym stopniu, a sprawa zaczyna się i w szczycie drugim. W takich przypadkach nie należy oczekiwać rzetelnej poprawy przed upływem sześciu miesięcy pobytu w sanatoryum. Wychodząc z tego założenia, wypadnie na każde łóżko w sanatoryum rocznie dwóch chorych; lecz w takich jedynie warunkach możemy liczyć na to, że chory opuści sanatoryum w stanie uzdolnionym do pracy. Kierując się tą zasadą przy przyjmowaniu do sanatoryum, rzadko się tylko może wydarzyć, iż chory po sześciu miesiącach nie powraca do zdrowia.

Jeżeli chory po sześciotygodniowem ścisłem leżeniu nie poprawi się o tyle, ażeby mu można było pozwolić wstać, — należy wyciągnąć wniosek, że sześciomiesięczny pobyt w uzdrowisku nie wystarczy mu do wyleczenia: są to zwykle zakażenia mięszane, którym towarzyszy gorączka, nie ustępująca od żadnych środków. To też przy przyjęciu takich chorych głównie należy zwracać uwagę na ciepłotę, i chory, mający wieczorami stale podniesioną ciepłotę do 39—40 C., nawet przy nieznacznych zmianach w płucach nie nadaje się do sanatoryum.

Również nie należy przyjmować osób ze znacznym upadkiem odżywiania, chociażby w płucach zmiany były nie wielkie: są to zwykle osobniki, obarczone dziedzicznie, ze szczególną wrażliwością płuc. Tętno powolne jest oznaką bardzo dobrą, i chory z niepostępującą jamą w płucu, przy tętnie około 84, może być przyjęty do sanatoryum. Wyraźnie zaznaczona gruźlica krtani, jak również białkomocz w zależności od ogólnego stanu schorzenia, przemawiają przeciwko przyjęciu.

W końcu autor kładzie nacisk na możliwie wczesne rozpoznanie bakteryologiczne gruźlicy, a jednocześnie wykazuje konieczność wybudowania sanatoryów w takiej liczbie, ażeby w nich pomieścić się mogli wszyscy chorzy w początkowym okresie gruźlicy. *St. Rudzki* (Ptbg.).

Czeremuchin. **Rozpoznawanie kamieni w pęcherzu moczowym zapomocą promieni Röntgenowskich.** (*Russkij Archiw patołogii, kliniczeskoj mediciny i bakteryologii* 1901, t. 12, Z. 6). Dotychczasowe metody rozpoznawania kamieni pęcherzowych posiadają niestety niemało stron ujemnych. Do nich należy silny ból przy wprowadzaniu cewnika, a zwłaszcza cystoskopu; są chorzy, którzy zupełnie nie znoszą wprowadzania cewnika, nawet w znieczuleniu miejscowem. Prócz tego cewnik i cystoskop przeprowadza się przez cewkę moczową, usianą drobnoustrojami, a przytem trudno dającą się odkazić, a to nie jest rzeczą obojętną wobec łatwości zakażenia pęcherza moczowego. Badanie cewnikiem i cystoskopem natrafia na ogromne trudności w razie istnienia zwężenia cewki, uchyłków, skurczów, dróg rzekomych, stulejki, przerostu gruczołu krokowego i t. d. Nawet gdy cewnik wprowadzimy do pęcherza moczowego, nie zawsze jesteśmy w stanie natrafić na kamień, jeśli ten leży w uchyłku, lub jeśli pęcherz jest znacznie zniekształtniony, jak to często się zdarza pod wpływem przerostu gruczołu krokowego w wieku starszym. Wobec tych cech ujemnych badania cewnikiem i cystoskopem zasługują na uwzględnienie wszelkie inne metody, które będąc mniejwięcej ścisłemi, nie są połączone z dolegliwościami dla chorego i nie narażają go na możliwe zakażenie podczas badania. Takiej metody dopatruje autor w Röntgenofotografii. Na podstawie wskazówek zaczerpniętych z piśmiennictwa i z własnego doświadczenia, nabytego w klinice chirurgicznej wszechnicy kijowskiej, dochodzi autor pod tym względem do wniosków następujących: 1) kamienie, składające się z fosforanów, moczanów i szczawianów, zatrzymują promienie Röntgenowskie i rzucają cień na płytę fotograficzną; 2) otrzymany cień daje możność oznaczenia wielkości i kształtu kamienia, a nieraz ich liczby; na podstawie zaś tych wskazówek można rozstrzygnąć, którą metodę leczenia należy obrać w każdym pojedynczym przypadku; 3) radyografia wykrywa kamienie nieraz tam, gdzie inne metody dają wynik ujemny, jak o tem miał sposobność przekonać się sam autor; 4) metoda Röntgenofotograficzna jest niebolesną i nieuciążliwą dla chorych; nie pociąga ona również żadnych następstw szkodliwych; 5) w obecnym stanie sztuki Röntgenofotografowania wyniki ujemne badania zapomocą X promieni nie wykluczają jeszcze możliwości kamieni w pęcherzu moczowym; 6) przy rozpoznawaniu kamieni w pęcherzu moczowym należy najpierw zastosować Röntgenofotografię, w razie zaś wyniku ujemnego należy uzupełnić badanie cewnikiem i cystoskopią. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Kazimierz Rzętkowski. **W sprawie przemiany materyi przy przewlekłem zapaleniu nerek.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). U chorego, dotkniętego przewlekłem zapaleniem nerek o typie przeważnie miąższowym, stosowano różną dyetę, przechodząc stopniowo od najmniej drażniącej nerki (mleko, nutroza, bułka, masło) do uważanej za najbardziej drażniącą (mięso, jaja, koniak). Codzienne drobiazgowe badania moczu i kału doprowadziły autora do ciekawych wniosków. Ilość wydzielanego dziennie azotu z białkiem była niemal stałą mimo różnej dyety; w obliczeniu *pro mille* w ostatnim okresie badań, t. j. przy dyecie mięsnej, była oczywiście większą, niż w okresie pierwszym przy dyecie mlecznej; ponieważ dobowa ilość moczu zmniejszyła się prawie do połowy. Różnice w ilościach całkowitego azotu, wydzielanego dziennie, były nieco większe, niż u ludzi zdrowych, co może należy uważać za objaw rozpoczynającej się niedomogi nerkowej. Na zwiększony dowóz mięsa chory ten oddziaływał tak samo, jak i człowiek zdrowy, zwiększonem wydzielaniem kwasu moczowego, jakkolwiek ogólnie przy dyecie mięszanej mleczno-mięsnej wydzielał go nieco mniej, niż zdrowy. Bilans po ukończeniu badań przekonał, że chory potrafił nietylko wynagrodzić sobie całą stratę białka w moczu (157,7 grm. przez 28 dni), ale jeszcze zatrzymał w ustroju około 93 grm. Te więc drobne ilości białka, jakie tracą tacy chorzy co dzień, nie są bynajmniej zastraszające w odpowiednich warunkach odżywiania. Co się tyczy dyetetycznego traktowania chorych na nerki, autor podkreśla dwa szczegóły: tolerancyę mięsa i niewielkich ilości wyskoku, co stoi w sprzeczności z dotychczasowymi poglądami. Ponieważ nie można trzymać chorego szereg lat na dyecie surowej, zatem najracyonalniej przeplatać okresy większej tolerancyi dyetetycznej z okresami dyety ściślejszej. Wyskok można podawać w małych ilościach jako *vehiculum* dla tłuszczów i pobudzający trawienie przy braku łaknienia. *Z. Czaplicki.*

Władysław Janowski. **Trzy przypadki zapalenia nerwów wskutek otrucia arszenikiem.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). Dotychczas w piśmiennictwie polskiem znanych jest sześć przypadków zapaleń nerwów wskutek zatrucia arszenikiem, zatem trzy nowe spostrzeżenia autora bardzo wzbogacają nasz dorobek w tym kierunku. W jednym przypadku zapalenie wystąpiło po ostrem zatruciu, w dwóch po przewlekłem. Po szczegółowym opisie swych spostrzeżeń autor kreśli ogólny obraz tego cierpienia na podstawie całego piśmiennictwa przedmiotu. Po ostrem zatruciu arszenikiem zapalenie nerwów występuje częściej, niż po przewlekłem, dla którego przyczyn szukać należy albo w nadmiernem stosowaniu przetworów leczniczych, albo w ciągłej styczności z przedmiotami, zawierającymi arszenik, jako to: tapety zielone, wypchane zwierzęta, sztuczne kwiaty i t. d.; po ostrem zatruciu objawy występują przeciętnie w drugim tygodniu, a po przewlekłem w ciągu kilku tygodni lub miesięcy. Cierpienie zaczyna się bólami w kończynach, potem zjawiają się zaburzenia czuciowe, porażenia, zaniki, przykurczenia i niezborność. Porażenia początkowo zajmują zwykle kończyny dolne, w $^2/_3$ przypadków zajmują wszystkie cztery kończyny (w jednym przypadku autora tylko kończyna górna lewa była porażoną), przyczem cierpienie najwyraźniejsze jest w częściach obwodowych i mięśniach wyprostnych, wskutek czego rozwijają się przykurczenia. Zaniki mięśniowe, częstokroć bardzo znaczne, należą do objawów wysoce charakterystycznych. Prawie zawsze występują: bóle, zaburzenia czuciowe, bolesność pni nerwowych i mięśni, zniesienie lub osłabienie czucia dotyku i czucia mięśniowego, a wzmożenie czucia bólu. Specyalny nacisk autor kładzie na czucie stereognostyczne, które prawie zawsze bywa wysoce upośledzone i powraca do normy ostatnie po wyzdrowieniu. Pobudliwość elektryczna nerwów i mięśni upośledzona, odruchy skórne utrzymane, ścięgniste zniesione, ataksya, zmiany naczynioruchowe i odżywcze — uzupełniają obraz kliniczny cierpienia, które, jak dowodzą ostatnie badania, umiejscawia się pierwotnie w gałęziach nerwowych, a następnie w rdzeniu. Rokowanie jest na ogół dobre, a leczenie polega na usu-

nięciu szkodliwej przyczyny, na spokoju, stosowaniu jodku potasu, a po ustąpieniu bólu, już wobec poprawy, nie wcześniej, — na ostrożnej elektryzacyi, mięsieniu i kąpielach. *Z. Czaplicki.*

Prof. Zoege v. Manteuffel. **O działaniu zimna na niektóre tkanki ustroju.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1902, Nr. 3). Badania doświadczalne, podjęte w jego klinice (Rudnitzki i Manteuffel) wykazały, że przez częste powtarzane mrożenie mgłą eterową kończyny u morskich świnek można w tętnicach tejże kończyny wywołać typowe stwardnienie tętnic (arteriosklerozę), na kościach zaś pobudzić okostnę (częściowo i szpik) do wyraźnego nowotworzenia tkanki kostnej. Równocześnie jednak w okolicy nasad kość ulega wessaniu tak, że tuż pod chrząstką stawową tworzą się wyraźne ubytki kostne. Z. v. M. mniema, że wśród odpowiednich warunków statycznych mogłyby się w stawach potworzyć zmiany typowe dla zniekształcających zapaleń stawów. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Acidum glyconicum $OH.CH_2.(CH.OH)_4.CO_2H$. (*E. Merck: Bericht über das Jahr 1901*). Jest to przetwór utlenienia glikozy lub cukru trzcinowego, nieczuły na roczczyn Fehlinga. Znaczenie lecznicze zyskał kwas glikonowy od czasu badań Schwarza [1]), który przez podanie tego kwasu dwukrotnie ocalił życie choremu w przebiegu śpiączki cukrzycej (patrz „Przegl. lek." 1901, Nr. 48. Lepine: (Leczenie moczówki cukrowej). Chodziło o chorego, dotkniętego gruźlicą płuc i ciężką cukrzycą, u którego udało się dwukrotnie usunąć objawy śpiączki przez podanie 70, względnie 50 grm. kwasu glikonowego. Środek ten wprowadzono do ustroju *per os* i *per clysma*, zobojętniony sodą i rozpuszczony w 500 ctm. sz. wody przekroplonej, podając równocześnie do 140 grm. sody. W czasie trzeciego napadu brakło kwasu glikonowego i chory zmarł. Praktyczna wartość tego środka na razie bardzo mała z powodu małej jego produkcyi i wygórowanej ceny (1 grm. = około dwóch koron). *Dr. T. Ż.*

Calcium glycerino-phosphoricum. (*E. Merck: Bericht über das Jahr 1901*). Środek ten zalecany przez francuskich i hiszpańskich lekarzy, jako zjędrniający układ nerwowy, stanowić ma według nowych doświadczeń Patina (Concours medical 1901, Nr. 44) nadzwyczaj skuteczny lek przeciw moczeniu się mimowolnemu, tak u dorosłych, jak u dzieci. Własność ta fosforanu glicEryno-wapniowego, odkryta na drodze czysto empirycznej, jest tem cenniejsza, że dotychczas brak skutecznego a nieszkodliwego środka przeciw mimowolnemu oddawaniu moczu stanowił dotkliwą lukę w dzisiejszym zasobie leczniczym. Dawka skuteczna wynosi dla dorosłych 0·5 grm.; dla dzieci stosownie do wieku 0·25—0·4 grm., dwa razy dziennie, najlepiej rano i wieczór. 1 grm. = około dziesięć halerzy. *Dr. T. Ż.*

Oesypus jest to nieoczyszczony, z niemiłym zapachem tłuszcz z wełny, który zawiera wiele wolnych kwasów tłuszczowych; mimoto skóra znosi go bardzo dobrze. Zaleca się swą taniością. Dobry do pasty cynkowej (*Zinci oxydati Amyli aa 3·00, Ol. oliv. Oesypi aa 4·00.* S. Zewnętrznie).

Resorbinę poleca Jessner jako dobrą zaprawę *(constituens)* do maści, zwłaszcza rtęciowych.

Ung. Caseini (sernik, gliceryna, waselina, woda) jest to masa podobna do maści; rozsmarowana na skórze tworzy delikatną, elastyczną, ledwo dostrzegalną osłonkę.

Gelanthum (liposok tragankowy, żelatyna, woda), służy do osłony skóry, jak również: **Epidermin** (wosk, woda, guma).

Chlorek etylu w praktyce dermatologicznej, prócz znieczulającego działania (przy mniejszych operacyach), posiada jeszcze lecznicze, a to we wrzodzie miękim i wilku. W pierwszem cierpieniu stosuje się go, dopóki wydzielina ropna nie przejdzie w surowiczą. Pod wpływem stosowania przez czas dłuższy zamrażania chorej skóry, nacieki wilka mają znikać. *Z. Czaplicki.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 19. marca 1902.

Przewodniczący kol. prof. Nowak. Jako gość obecny: dyrektor biura wodociągowego miejskiego p. Jaszczurowski.

[1]) Schwarz: *Prager med. Wochenschrift* 1901, str. 361 i 376.

I. Protokół z poprzednich posiedzeń odczytano i przyjęto.

II. Kol. przewodniczący przedstawia wnioski Komitetu Towarzystwa w sprawie wydawnictwa Słownika lekarskiego.

Po wyczerpującem wyjaśnieniu całego przebiegu sprawy słownikowej przez kol. prof. Ciechanowskiego, kol. prof. Klecki czyni wniosek, ażeby Słownik poddać kontroli Akademii Umiejętności pod względem językowym.

Po dyskusyi, w której brali udział: kol. prof. Ciechanowski prof. Bujwid i prof. Klecki, uchwalono następującą rezolucyę: «Towarzystwo lekarskie wyraża życzenie, ażeby Komisya słownikowa starała się podczas przeprowadzania korekty jeszcze materyał wyrazowy poddać kontroli lingwistów, członków Akademii Umiejętn. i aby, rzecz ta wyraźnie została zaznaczoną w przedmowie do Słownika«.

Następnie uchwalono następujące wnioski Komitetu: 1) Drukować 1500 egzemplarzy; 400 oprawnych i 1100 nieoprawnych; 2) drukować na papierze tańszym; 100 zaś egzemplarzy na papierze lepszym dla bibliotek i dla chcących posiadać egzemplarz droższy; 3) drukować w drukarni uniwersyteckiej z interlinią włosową; 4) sprawę prenumeraty i cen Słownika odroczyć; 5) zaciągnąć pożyczkę na wydawnictwo u Towarzystwa lek. krakowsk. za opłatą 5%, płatnych z góry Z dochodów ma być nasamprzód spłaconą pożyczka Towarzystwa; 6) dzieła używane przy układaniu Słownika przesłać bibliotece Tow. lek. krak.; 7) Słownik wydać we własnym zarządzie; 8) administratorem i skarbnikiem wybrać kol. doc. Raczyńskiego.

III. Odczytano pismo Tow. samopomocy lekarzy o poparcie podania, wniesionego do Rządu i do Rady państwa w sprawie przymusowego ubezpieczenia lekarzy.

Przewodniczący udziela wyjaśnień i przedstawia wniosek Komitetu, aby prośbę poprzeć w Radzie państwa i w Ministeryum spraw wewnętrznych. Prócz tego uchwalono przesłać prośbę o poparcie rezolucyi na ręce posłów krakowskich i dra Opydy.

IV. Przewodniczący przedkłada listę subskrypcyjną na »Jahrbuch der Wiener Krankenanstalten«.

V. Przewodniczący odczytał pismo c. k. Starostwa w Krakowie z prośbą, aby zawiadomić lekarzy o obowiązku donoszenia o chorobach zakaźnych. W przypadkach, wydarzających się w okolicy Krakowa, doniesienia mają być przesłane gminie lub Starostwu.

VI. Kol. prof. Bujwid wygłosił odczyt »O wodzie i wodociągach krakowskich«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. doc. Lemberger podnosi, że znalazł *Crenothrix* w osadzie z rur wodociąg. i że może się on rozwijać w obecności ilości żelaza, niższej od 0,30. Zabiegi dotychczasowe, to półśrodki, gdyż jedne studnie zamknięto, a w innych pozostał *Crenothrix*. Sądzi, że należy zaprowadzić odżelezianie wody.

Kol. prof. Ciechanowski zapytuje, czy badania wykazały w jakim kierunku idzie prąd wody i dlaczego w tych czterech studniach pojawiło się żelazo, ile domów w Krakowie zaopatrzonych jest w wodociągi, czy studnie dodatkowe dadzą dostateczną ilość wody.

Kol. doc. Braun zapytuje, czy domieszka żelaza z *Crenothrix*, jest dla zdrowia szkodliwa.

W dalszej dyskusyi brali udział: kol. Bier, doc. Lemberger prof. Ciechanowski, doc. Seńkowski i Gertler, poczem p. Jaszczurowski udzielił wyczerpujących wyjaśnień technicznych.

Na zakończenie kol. prof. Bujwid wyjaśnia, że wodorost *Crenothrix polyspora* i *Leptothrix ochracea* znajdują się według badań różnych autorów w takiej tylko wodzie, w której ilość żelaza przenosi 0,3 miligr. w litrze. Wodorosty te, czy też bakterye wodne, mogą się rozmnażać tylko w takiej wodzie, w której ilość żelaza jest wyższą. Już obecnie, przed wyłączeniem studzien żelazistych w Bielanach, ilość tych bakteryj była w wodzie bardzo małą; znajdowały się one tylko w rurociągu przy ulicy Michałowskiego, gdzieindziej nie można było ich znaleźć, jakkolwiek w studniach z wodą żelazistą można je było wykryć. Dowód to dostateczny, że woda wodociągowa nie przedstawia warunków sprzyjających mnożeniu się tej bakteryi. Skoro obecnie wyłączono studnie z wodą żelazistą, skutkiem czego ilość żelaza jeszcze bardziej spadnie, warunki te będą jeszcze mniej odpowiedne dla rozwoju tej bakteryi.

O szkodliwości jej dla człowieka mowy być nie może. Nie jest ona w wodzie bardziej szkodliwą, jak zwykła bakterya kwaśnienia w mleku kwaśnem. I jedna i druga nie szkodzi, gdyż w ustroju człowieka się nie rozmnaża, ani szkodliwych produktów nie wytwarza.

Co do odżeleziania, może ono będzie potrzebnem, gdyby się okazało, że woda zawiera więcej niż 0,3 mil. żelaza. Obecnie jest to zbytecznem. Samo odżelezianie jest metodą prostą, ale wymaga urządzeń, jak na teraz jeszcze nie potrzebnych, któreby około 100 do 200 tysięcy koron kosztowały. Wody jest dotąd dosyć, jest ona czystą, zawiera bardzo mało bakteryj, a minimalne ślady żelaza. Takiej wody jak krakowska, życzyćby należało każdemu miastu. Już obecnie można zauważyć zmniejszenie się śmiertelności z duru brzusznego, będzie ona jeszcze mniejszą, gdy wszystkie domy na krańcach miasta z wodociągami się połączą. *(Streszczenie własne).*

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Posiedzenie w dniu 23 kwietnia 1902.

Przewodniczący kol. prof. Nowak.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący zawiadamia, że w dniu 7 kwietnia odbyło się zgomadzenie galicyjskich Izb i Towarzystw lekarskich i Towarzystwa Samopomocy lekarzy w sprawie poprawienia ekonomicznego bytu lekarzy i podaje zapadłe tam uchwały.

III. Kol. Eisenberg wygłosił odczyt »O nowszych teoryach odporności«. (Rzecz przeznaczona do druku).

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 16. marca 1902 r.

Obecni wszyscy członkowie. Przewodniczy kol. Reiss.

Przewodniczący poświęca wspomnienie pośmiertne zmarłemu prof. Kaposiemu, którego pamięć zgromadzeni uczcili przez powstanie. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Kol. Steuermark przedstawia prywatną 25-letnią pacyentkę, u której bezbarwność skóry *(Vitiligo)* zajmuje prawie całą powierzchnię tak, że tylko twarz ma zabarwienie prawidłowe. Włosy na zajętych miejscach są zupełnie białe. Ponieważ tu przebarwienie miejsc białych jest wykluczone, prelegent postanawia odbarwić resztę skóry prawidłowej, do czego z licznych leków wybiera 50% ciasto (pastę) resorcynowe, które według niego najlepiej się do tego nadaje. Kolega Reiss podając praktyczny sposób rozpoznania miejsc odbarwionych, przyznaje racyę wyboru środka kol. Steuermarkowi, sam jednak nad tę metodę przenosi leczenie sublimatem, które pod ścisłą kontrolą lekarską znacznie prędzej do celu prowadzi. Kol. Borzęcki zaznacza, że ten przypadek należy do rzędu *Vitiligo acquisita* i ze względu na uderzającą symetryę wskazuje na rzeczywiste tło nerwowe.

II. Kol. Reiss przedstawia przypadek przez siebie rozpoznany jako wrzód gruźliczy języka. Wrzód zajmuje koniec języka, ma brzegi powyżerane i jest bardzo bolesny przy ucisku. Co do leczenia, to najodpowiedniejszem byłoby wycięcie w zdrowej tkance; ponieważ jednak ten zabieg pozbawiłby chorego połowy języka, przeto uciec się należy do środków bardziej zachowawczych. Drugim środkiem jest wypalenie termo- albo galwanokauterem; po tym rękoczynie występuje jednak tak znaczny obrzęk języka, że możliwem staje się uduszenie. Pozostaje tylko przyżeganie wrzodu stężonym kwasem mlekowym, którego to metody używa prelegent od kilku tygodni, ale bezskutecznie. Kol. Baurowicz zaznacza, że kwas mlekowy działa dobrze tylko wtedy, gdy się wrzód przez wyskrobanie dokładnie oczyści. Bardzo dobrze działają w tych przypadkach leki z gromady fenolów, n. p. *menthorol* w 5. do 15% roztworze do płókania. Zwraca jednak uwagę, że tu niema obrzęku najbliższych gruczołów chłonnych, że wrzód sam niema wszystkich cech charakterystycznych i dlatego uważałby rozpoznanie wrzodu gruźliczego za nie zupełnie usprawiedliwione. Kol Krzyształowicz podziela zdanie kol. Baurowicza i również ze względu na obrzęk języka, osad na zębach, brak powiększenia gruczołów i brak gruźlicy gdzieindziej uważa ten wrzód za odleżynowy. Kol. Reiss broni swego rozpoznania, a kol. Borzęcki popiera go, podnosząc, że mógłby to chyba być wrzód urazowy, ponieważ jednak niema zębów pruchniejących, lub ostrych odłamków, wrzód umieszczony na koncu języka i bardzo bolesny może być tylko gruźliczy.

III. Następnie kol. Reiss przedstawia chorego, podejrzanego o nabłoniak koniuszka językowego; niezwykłość wypadku leżałaby w tem, że choroba wystąpiła w dwóch ogniskach. Kol. Baurowicz sprzeciwia sie rozpoznaniu nowotworu, trwającego od $1^1/_2$ roku, bo znów nie znajduje obrzęku gruczołów sąsiednich, co przy nowotworach na języku byłoby prawie niemożebnem. Zgadza się z nim kol. Boczar, przypuszczając wrzód urazowy. Kol. Reiss zaznacza, że wprawdzie niema powiększonych najbliższych gruczołów chłonnych, jednak mimo to, polegając na cechach klinicznych owrzodzenia, obstawać musi przy swojem rozpoznaniu. Kol. Baurowicz przytacza przykład z kliniki prof. Pieniążka, gdzie u pewnej pacyentki rozpoznano kolosalny wrzód gruźliczy języka, który przez 7 miesięcy opierał się najrozmaitszemu leczeniu. Dopiero po usunięciu gładkiego, ale nieprawidłowo rosnącego zęba mądrości, wrzód w kilka dni zaczął się oczyszczać i wnet potem zgoił bezpowrotnie.

IV. W dalszym ciągu przedstawia kol. Reiss chorego z rozpoznaniem klinicznem grzybicy paznokciowej *(onychomycosis trichophytinica)*, co również badanie drobnowidowe potwierdziło i przedstawia uzyskane preparaty. Co do leczenia, to najprędzej i najpewniej do celu prowadzi zupełne usunięcie paznokci; jest to jednak zabieg nadzwyczaj bolesny i dlatego odpowiedniejszem, acz dłuższem zdaje mu się zeskrobywanie paznokci i stosowanie 10—40% maści z kwasem pirogalusowym, lub pędzlowanie nalewką jodową, albo wreszcie wstrzykiwanie w miąższ paznokci roztworu 50% pirogalolu w celu wywołania ropienia.

V. Kol. Borzęcki przedstawia chorą z *trichophytia animalis* na przedramieniu prawem. Cierpienie tak dalece nie ma już dziś cech charakterystycznych, że możnaby być w kłopocie co do pewnego rozpoznania, gdyby badanie drobnowidowe nie wykazało grzyba. W leczeniu zastosuje maść Wilkinsona.

VI. Kol. Krzyształowicz przedstawia dwa przypadki klinicznie i drobnowidowo stwierdzonego liszaja wyłysiającego, u których epilacyę przeprowadzi kol. Boczar przy pomocy promieni Roentgena.

VII. Kol. Reiss przedstawia chorą z gruźlicą palców małego i wskazującego ręki prawej. Choroba trwa dwa lata, układ kostny kończyny zajęty, na palcach rozdęcie kości, leczenie miejscowe bezskuteczne, pozostaje tylko zabieg chirurgiczny. W dyskusyi nad tym przypadkiem zabierajs głos kol. Borzęcki, Schwarz i Baurowicz.

Dalej przedstawia kol. Reiss chorego z *lupus erythematodes discoides faciei*, u którego zastosuje pędzlowanie eterem i wyskokiem po równej części i chorą z *lupus erythematodes disseminatus* na twarzy i głowie, leczoną pędzlowaniem roztworem Fowlera.

W końcu przedstawia znanego już z poprzedniego posiedzenia chorego z *sarcomatosis cutis*, leczonego wstrzykiwaniami arsenianu sodowego po 0,02 dziennie, a następnie z powodu znacznych bólów, wywołanych wstrzykiwaniami, pigułkami azyatyckiemi w równoważnej dawce. Zgromadzeni stwierdzili postęp w rozwoju sprawy chorobowej. Kol Reiss zaznacza, że większe guzy zostaną niebawem usunięte drogą operacyjną.

VIII. Kol. Steuermark przedstawia chorego, który już od 10 lat leczy się z powodu figówki brody. Leczony kilkakrotnie w szpitalu i przez wielu lekarzy, zawsze z przemijającym skutkiem, przed $1^1/_2$ rokiem zgłosił się do niego. Ponieważ tu epilacya z odpowiednią terapią okazała się bezskuteczną, zastosował maść z siarczkiem barowym, robioną zawsze na poczekaniu. Siarczek barowy mięszał z taką samą ilością skrobi, zarabiał wodą na ciasto i nacierał chore miejsca. Po 10 minutach zmywał, usuwając tym sposobem rozpuszczone włosy, a takie posiedzenia ponawiał co 2—3 dni. Po dziesięciu posiedzeniach choroba ustąpiła, włosy odrosły i mimo rocznej obserwacyi nawrotu wykazać nie można. W dyskusyi zabierają głos: kol. Reiss, Borzęcki, Sokołowski i Boczar.

Następnie kol. Steuermark przedstawia chorą z *ulcus rodens palpebrae inferioris oculi sinistri*. Leczonej od szeregu lat rozmaitemi metodami bezskutecznie, podaje obecnie arsen wewnętrznie i w postaci pędzlowania, ale także bez widocznego wyniku. Zabiegowi operacyjnemu chora poddać się nie chce. W dłuższej dyskusyi zabierają głos kol. Reiss, Krzyształowicz, Borzęcki i Baurowicz.

IX. Kol. Reiss przedstawia znanego z poprzednich posiedzeń chorego z *erythema bullosum streptogenes*. Obecnie stosuje u niego maść 10% z *lac sulfuris* i *sapo unguinosus*, codzienne kąpiele i zawijanie rąk maścią borową. Pęcherze pokazują się obecnie bardzo rzadko i małe

tak, że musimy, polegając na badaniu bakteryologicznem i histologicznem, przyjąć zakażenie zewnętrzne. Kol. Borzęcki obstaje przy swojem rozpoznaniu *dermatitis herpetiformis Duhring* i polemizuje z kol. Reissem i Krzyształowiczem.

Na zakończenie przedstawia kol. Reiss chorą z *hyperkeratosis e hyperidrosi* dłoń i stóp. Chorą leczy się maścią Hebry i okładami z potażem żrącym; skutek już dziś jest widoczny. Zaznacza, że w podobnych przypadkach potów nadmiernych znakomicie działa maść Hebry; chorzy jednak muszą najmniej przez 3 tygodnie pozostać w domu, zmieniając co 5 dni opatrunek. Wyleczenie bywa trwałe. Leczenie 5—15% rozczynem kwasu chromowego daje również nie złe wyniki, choć nie tak trwałe, ale barwi skórę na rękach na brunatno, co jest wielce nieprzyjemne w praktyce prywatnej. Kol. Steuermark podnosi wyborne działanie w nadmiernych potach *liquoris anhydranhoici Brandau*, który wprawdzie jest bardzo drogi i należy do t. zw. środków tajnych, daje się jednak użyć z dobrym wynikiem. Zapalenie skóry jest zupełnie nieznaczne. W dyskusyi na ten temat zabierało głos kilku kolegów, poczem posiedzenie zamknięto.

Dr. Pacyna, sekretarz.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie ubezpieczenia lekarzy okręgowych.

Lekarze okręgowi wnieśli podania do władzy o przyznanie im emerytury, obowiązując się do składania odsetków od rocznej pensyi, oraz wkładki za lata ubiegłe z tem, aby im lata te wliczono do okresu czasu, potrzebnego do uzyskania emerytury.

Ponieważ może zachodzić obawa, że przyznanie emerytury obciąży fundusz krajowy, przeto rozważmy, jak sprawa ta przedstawi się liczbowo, biorąc przykład zbliżony do obecnych stosunków.

Przypuśćmy, że 125 lekarzy okręgowych, pobierających pensyę po 1000 k., złoży już za rok 1903 po 3% od swoich pensyj, oraz wkładkę za (przeciętnie) cztery lata ubiegłe, również wynoszącą po 3% od rocznych pensyj. W takim razie powstanie funduszu 18.750 k., który przy odsetku składanym 4½, po latach 25 wzrośnie do 56.437 k. 50 h.; po lat 30 wynosić będzie 67.312 k. 50 h.

Przypuśćmy, że z podanej liczby lekarzy przez pierwszych lat 15 będzie umierał corocznie jeden lekarz, przez następnych zaś lat 15 po trzech lekarzy rocznie, pozostali zaś przy życiu składać będą nadal wkładki po 3% od swoich rocznych pensyj. Z samych wkładek tych powstanie wraz z poprzedniemi po 25 latach fundusz wynoszący 96.450 k., po 30 zaś latach 107.250 k. W razie zaś, gdyby wkładki te w ten sam sposób po 4½% się procentowały, urośnie po 25 latach, t. j. z końcem roku 1927, fundusz, wynoszący 203.442 k. 46 h., zaś z końcem roku 1932 (t. j. po 30 latach) — fundusz, wynoszący 262.080 k. 20 h.

Nie zapominajmy jednak, że wzrostowi funduszu do podanej wysokości stanie na przeszkodzie częściowe zużytkowanie go na pensye wdowie i sieroce. Z drugiej jednak strony w zastosowaniu do obecnych stosunków wkładki roczne, a więc i fundusz powstały z składanych odsetków, będą znacznie od podanych większe. Wielu już dziś bowiem lekarzy okręgowych pobiera roczną pensyę, nie 1000, lecz 1200—1400, a nawet 1600 k. Przy zaprowadzeniu zaś projektowanych pięcioleci podwyższą się również wkładki 3% i fundusz powstały ze składanych odsetków. Ponieważ zaś istnieje projekt, aby pensye wdowie wynosiły po 800 k., a sieroce po 160 k. rocznie „bez względu na wysokość płacy ubezpieczonego“, przeto tem więcej fundusz emerytalny wzrośnie.

Zresztą, jeżeli rząd tak oszczędny, jak austryacki, oznaczył wkładkę wynoszącą tylko 3% od pensyj urzędników państwowych na rzecz funduszu emerytalnego, to — bezwątpienia nie uczynił tego jedynie z altruistycznych względów, lecz i dlatego, że wkładka taka według rachunku prawdopodobieństwa i na podstawie statystycznych danych okazała się wystarczającą.

W myśl projektu, podanego przez lekarzy okręgowych, opłaty za pewne czynności, dokonywane przez lekarzy okręgowych, jak opłaty za oględziny zwłok, bydła i mięsa wpływać mają do funduszu krajowego na rachunek utrzymania okręgowej służby zdrowia, a w pierwszym rzędzie na rachunek funduszu emerytalnego. Opłaty te są rocznie przynajmniej trzy lub cztery razy większe od proponowanych 3% wkładek od rocznych pensyj.

Jeżeli dodamy do tego przychody, powstałe z obowiązań prawno-prywatnych (§ 12), pobór dodatków od poszczególnych gmin, należących do okręgów, grzywny, nałożone na lekarzy okręgowych, a może i zasiłki ze strony rządu za „poruczony zakres działania w sprawach zdrowotnych“, za tłumienie chorób nagminnych przez lekarzy okręgowych i t. d., to powstanie fundusz emerytalny takiej wysokości, że ogólny fundusz krajowy wcale się nie obciąży zaprowadzeniem emerytury dla lekarzy okręgowych.

W najgorszym nawet przypadku w pierwszych latach po zmianie ustawy fundusz krajowy przez zaprowadzenie emerytury nie ucierpi, gdyż jest niepodobieństwem przypuszczać, aby lekarze okręgowi, skoro tylko przyjdzie płacić wkładki emerytalne, wymarli lub popełnili masowe samobójstwo, pozostawiając po sobie wdowy i sieroty do zaopatrzenia kosztem tylko funduszów krajowych. Im wcześniej sprawę emerytury się załatwi, tem korzystniej sprawa ta dla funduszów krajowych się przedstawi, gdyż temwięcej na ten cel wzrosną odsetki od wkładek pensyjnych; trudno zaś będzie w miarę późniejszego przeprowadzenia sprawy wymagać, aby lekarze okręgowi płacili wkładki i odsetki od tych wkładek za całe dziesiątki ubiegłych lat, „aby im te lata do emerytury wliczono“.

Gdyby nawet w późniejszych latach przyszło funduszowi krajowemu przyczynić się nieznaczną sumą do funduszu emerytalnego, to i w takim razie — „Paryż wart jest mszy“. Jeżeli prawdziwem jest obliczenie oparte na naukowych podstawach, że ludność w Galicyi wskutek poprawy stosunków higienicznych, a więc głównie wskutek pracy lub inicyatywy lekarzy gminnych i okręgowych, oszczędza w ciągu jednego roku sumę 26,065.200 k. („Przegląd higieniczny“ z r. b. Nr. 1, str. 5), to w takim razie nawet pewien dodatek ze strony funduszu krajowego na rzecz funduszu emerytalnego przestaje być „nieprodukcyjną (*sic*) ofiarą“, a staje się wkładką wcale chyba niezłe przynoszącą odsetki. Zrozumiały to już bardziej dbałe o swój rozwój społeczeństwa.

Wogóle wyrażamy tutaj pewną wątpliwość, czy fundusz krajowy przez zaprowadzenie emerytury wogóle kiedykolwiek się uszczupli. Chodzi nam jedynie o podjęcie organizacyi, zaprowadzenie przymusowego ubezpieczenia wszystkich lekarzy okręgowych drogą ustawy, do czego powołanym jest przedewszystkiem w tym przypadku autonomiczny rząd krajowy.

I jeszcze jedno: gdyby jakiś prywatny przedsiębiorca zatrudniał setki robotników, których zdrowie i życie w tem zajęciu zawodowem choćby dziesięć razy mniej było narażone, niż jest narażone zdrowie i życie lekarzy okręgowych, to oddawna ustawodawstwo zmusiłoby niesumiennego przedsiębiorcę do ubezpieczenia tych robotników, lub zaprzestania zyskownego przedsiębiorstwa. Że jednak robotnikami, budującymi lepszą przyszłość, są w tym przypadku tylko lekarze okręgowi, a przedsiębiorcą jest — społeczeństwo, przeto, wstępując w służbę okręgową, przynajmniej dotychczas, o koledzy, *lasciate ogni speranza.* Miejmy jednak na przyszłość przechodzącą już nieco w stan chroniczny nadzieję, (sprawa się ciągnie od 2 lat), że przecież nasze społeczeństwo we własnym interesie przeprowadzi stosowniejszą organizacyę okręgów. W przeciwnym razie rozchwieją się okręgi, co się już obecnie po części dziać poczyna, znikną te dodatnie wyniki, które już osiągnęliśmy i wyprzedzą nas w pochodzie cywilizacyjnym inne, dziś jeszcze napół dzikie społeczeństwa, co po części również już się stało. *Erg.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 5 maja.

* Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło d. 30 kwietnia posiedzenie zwyczajne, na którem po przedstawieniu rzadszych przypadków chorobowych przez kolegów: prof. Dra Reissa i Dra Borzęckiego, oraz okazu anatomicznego przez Dra Glińskiego, odbył się zapowiedziany odczyt kolegów D-rów Glińskiego i Horoszkiewicza: »O zmianach mikroskopowych w oddzielającej się pępowinie, oraz o sądowo-lekarskiem znaczeniu tych zmian«.

* Termin konkursu na posadę asystenta przy katedrze chemii lekarskiej, o którym donieśliśmy w Nr. 17 »Przegl. lek.«, został przedłużony do d. 15 maja b. r.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymali: Włodzimierz Georgeon i Emil Libermann.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XVI (13—19—IV). Ludność średnia roczna 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 14, urodziło się dzieci 55, zmarło osób 77, mianowicie: z gruźlicy 11 (4 zamiej.), z zapalenia płuc 25 (4 zam.), z błonicy 3 (2 zam.), z płonicy 5 (1 zam.), z duru brzusznego 1 (zam.), z cholery dziecięcej 3 (2 zam.).

* W Wiedniu zorganizował się Komitet austryacki dla 1-go Kongresu lekarskiego w Egipcie. Prezesem wybrany został prof. Noth-

nagel, sekretarzem prof. Winternitz (I. Wipplingerstrasse, 28), skarbnikiem prof. Frankl-Hochwart (I. Volksgartenstrasse, 5).

* W Nr. 14 i 17 »Przegl. lek.« przytoczyliśmy główne zarysy rozpraw i uchwał międzynarodowej Konferencyi prasy lekarskiej w Monako; podane wiadomości uzupełniamy dziś następującymi szczegółami:

I. W skład międzynarodowego stowarzyszenia prasy lekarskiej wchodzą: *a)* czasopisma wpisane pod ich nazwą i reprezentowane przez jednego członka redakcyi; *b)* dziennikarze, posiadający uwierzytelnienie od swoich »narodowych związków prasy«. Kraje, nie posiadające takiego »Związku«, mogą należeć do międzynarodowego Stowarzyszenia prasy lekarskiej i być reprezentowane przez kierowników instytucyj naukowych, naczelnych redaktorów, sekretarzy redakcyjnych, lub wreszcie delegatów, przyjętych przez centralny Komitet Stowarzyszenia międzynarodowego prasy lekarskiej.

II. Na walnych zebraniach każde czasopismo zastępuje najwyżej trzech delegatów, posiadających przy głosowaniu prawo jednego głosu.

III. Nieodwołalnym warunkiem przynależności do Stowarzyszenia jest przyjęcie zasadniczych punktów, odnoszących się do poszanowania własności literackiej w zakresie prasy lekarskiej. (patrz »Wiadomości bieżące« w Nr. 14 »Przegl. lek.«). Prócz tego Konferencya w Monako zasadniczo uchwaliła wymianę czasopism między redakcyami, należącemi do międzynarodowego Stowarzyszenia prasy lekarskiej, z uwzględnieniem jednak różnicy ceny abonamentu i portoryum pocztowego, oraz z zastrzeżeniem przychylenia się do wymiany właścicieli czasopism.

Najważniejsza sprawa: organizacya »międzynarodowego biura informacyjnego prasy lekarskiej« spadła z porządku dziennego i będzie przedmiotem rozpraw i uchwał na Kongresie prasy lekarskiej, który odbędzie się w Madrycie, w związku z przyszłorocznym międzynarodowym Zjazdem lekarskim.

Nekrologia. Dr. Aleksander Szczeniowski, b. lekarz powiatowy, zmarł w Włocławku, licząc lat 76. Dr. Bolesław Michałowski zakończył życie w Petersburgu, w 45 r. życia. Dr. Antoni Pawlikowski, długoletni lekarz miejski we Lwowie, zakończył życie d. 29 kwietnia.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 18. L. Korczyński: Kilka uwag w sprawie patogenezy miażdżycy tętnicy głównej. Iwanicki: O związku pewnych objawów ze strony nosa z narządami płciowymi kobiecymi. (dok.). Koelichen: Przyczynek do badań nad syringo- i hydromyelią (dok.).

— *Medycyna* Nr. 18. Moraczewski: O wydzielaniu kwasu szczawiowego, indykanu i siarczanych związanych w cukrzycy pod wpływem żywienia. Kopczyński: Przypadek syfilisu opon i rdzenia w części lędźwiowo-krzyżowej (dok.).

— *Zdrowie* Nr. 5. Chełmoński: O t. zw. »zaziębieniu« w stosunku do suchot. Kopczyński: Urządzenia higieniczne we wzorowych szkołach w Szwajcaryi i w Niemczech.

— *Kronika lekarska* Nr. 8. Dr. Flatau: Budowa rdzenia w świetle badań nowoczesnych (c. d.). Themerson: Leczenie gorączki połogowej surowicą przeciwpaciorkowcową.

— *Przegląd chirurgiczny* Z. 1. T. V. Wertheim: Przyczynek do anatomii i topografii wyrostka robaczkowego i kątnicy. Englaender: O jednokomorowej torbieli nerkowej. Krajewski: Epityphlitis.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 2. L. Korczyński. Kilka uwag w sprawie wód mineralnych. Supiński: Rabka — zakład zdrojowo-kąpielowy, solanka jodowo-bromowa. Wąsowicz: Urządzenia sanitarne Krynicy, Praschil: Truskawiec.

— *Przegląd felczerski* Nr. 9. L.: Zapalenie (c. d.). R: Opatrunki (c. d.). R.: Technika sekcyi zwłok (c. d.). M.: Zapobieganie wadliwym położeniom płodu (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 18. Kneidl: Příspěvek ku statistice a aetologii povšechné progressivní paralysy v l. 1890 až 1899. Slavík: Vražda zardoušením, smrt z hladu a trýznění nebo náhlé úmrtí v záchvatu padoucnice tudíž smrt přirozená?

— *La Presse médicale* Nr. 34. Morestin: Autoplastyka przez przesunięcie dla pokrycia rozległego wrzodu w okolicy kulszowej i pośladkowej.

— Nr. 35. Bochard: Nakłócie lędźwiowe, jako środek leczniczy przeciw przypadłościom następowym po pęknięciu czaszki.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 18. Seeligmüller: Przyczynek do patologii przewlekłego zatrucia ołowiem. Bidder: Poronne leczenie czyraków (wąglika) za pomocą podskórnych wstrzykiwań odkażających. Wolff: O kostnej plastyce ścięgien. Knapp: Czy można oznaczyć granice żołądka bez środków pomocniczych? Gutzmann: Uwagi nad mową niedosłyszących i ogłuchłych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 17. Noorden: Ester kwasu para-amidobenzoesowego, jako środek miejscowo znieczulający. Luzzatto: Przypadek ogólnego zapalenia nerwów po zimnicy, stwierdzony nekroskopią. Rothmann: Problemat porażenia połowiczego. Halle: Przyczynek do leczenia zapalenia gardła ziarninowego i bocznego. Sahli: O nowym sposobie badania czynności żołądka (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 17. Thost: Gorączka sienna (Heufieber). Bettmann: O nawrotowym liszaju cewki moczowej. Wassermann: O zachowaniu się białych ciałek krwi w niektórych chorobach chirurgicznych, zwłaszcza w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Matthes: Dalsze spostrzeżenia nad wystąpieniem hemoglobiny ze stwardzonych w sublimacie ciałek czerwonych krwi. Rosenbach: Znaczenie małych wahań ciśnienia atmosferycznego, na ludzki ustrój. Hoppe: Zastosowanie dormiolu u padaczkowych. Fischer: Czy rozedma płuc może być następstwem grania na dętych instrumentach? Hoesslin: Ospica z nieprawidłowem rozwinięciem się osutki. Weber: Rzadka przyczyna zatrucia się ołowiem. Leczenie kolki ołownej atropiną. Toff: Niektóre uwagi nad zastosowaniem maści srebrowo-kolodyonowej (Credé).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 18. Freund: Nabytki i usiłowania w zakresie patologii przemiany materyi. L. Korczyński: Wpływ przypraw korzennych na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka. Arlf: Dotychczasowe doświadczenia z zastosowaniem cytrolu miedziowego w leczeniu jaglicy, oraz kilka uwag o itrolu Credégo. Sachs: Doświadczalne badania z odkażaniem moczu (dok.).

Redakcya otrzymała. Dwudzieste dziewiąte sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie za r. 1901. E. Vlasak: Pensijní zákon pro lékaře v soustáti Rakouském. Dydyński: O porażeniu Lanrego (*paralysis ascendens acuta*).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 14 maja o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie nadzwyczajne, na którem, kol. dr. Horoszkiewicz będzie miał odczyt p. t.: „Nagła śmierć wśród zabiegów operacyjnych ze stanowiska sądowo-lekarskiego“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 17 Maja 1902. Nr. 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału II. wewnętrznego szpitala powszechnego we Lwowie.

Przyczynek do nauki o żywieniu i leczeniu chorych na przewlekłe zapalenia nerek*).

Podał

Dr. Józef Wiczkowski

docent Uniwersytetu i prymaryusz oddziału.

Żywienie chorych na przewlekłe zapalenie nerek jest właściwie ich leczeniem. Będąc bowiem wobec samej sprawy zapalnej bezbronni, mamy w udziale tylko pomaganie naturze, która sama wyrokuje o dalszych losach chorego. Główne więc zasady leczenia polegają na uregulowaniu życia w najdrobniejszych jego przejawach, na przeprowadzeniu szczegółowej kontroli jakości i ilości pokarmów i napojów. Co apteka nie daje, to w kuchni znajdziemy, aby przynajmniej życie przedłużyć, jeżeli o wyleczenie kusić się trudno. Tem większą w sprawie żywienia zwracają uwagę na siebie nerki, że narząd, wydzielający z ustroju przetwory przemiany materyi, t. j. komórki przybłonkowe, jest głównem siedliskiem choroby. A właśnie zasadniczą dewizą w żywieniu takich chorych jest: nerek nie obarczać, ani nie drażnić.

Z natury więc rzeczy i z doświadczenia mleko i mleczne potrawy, jako najmniej drażniące, musiały sobie wyrobić pierwsze miejsce w „menu“ dla chorych na przewlekłe zapalenie nerek. Gdy się więc poda choremu $1^1/_2$—$2^1/_4$ litra mleka, 400—500 grm. wodników węgla, lub odpowiednią ilość tłuszczu, co razem daje około 3000 kaloryj, tem samem uczyniło się zadość obu głównym wskazaniom, — bo i nerki się oszczędza i równocześnie chorego dostatecznie się odżywia. Dyeta taka na krótką metę wystarcza tem bardziej, że nie idzie tu o wynagrodzenie białka utraconego, gdyż utrata tej małej ilości 2—5, a nawet do 10,0 grm. na dobę nie odgrywa żadnej roli. Najważniejszy wzgląd należy mieć na utrzymanie chorego w równowadze odżywczej przez długie miesiące i lata. Trzeba się więc liczyć i z łaknieniem chorego, które nie jest zależne od samego żołądka, z jego wstrętem do jednostajnej dyety, a w niektórych razach ze wstrętem już z samego początku do pewnych potraw, szczególnie do tak cenionego w chorobach nerkowych mleka.

Wiadomo, gdy mowa w ogóle o dostatecznem odżywianiu się, że nie idzie tu nawet o jakość pokarmów, byle tylko pokarmy dostarczyły około 3000 kaloryj i byle z nimi do ustroju został wprowadzony C, H, N i O, odłączając od tego wodę i sole. Co do pewnych pokarmów i napojów zabronionych lub dozwolonych chorym na przewlekłe zapalenie nerek, to dziś są księgi zamknięte; niema dwu zdań co do szkodliwości napojów wyskokowych i przypraw korzennych, ani co do wielkiego pożytku z mleka i mlecznych potraw. Inaczej się rzecz ma z pokarmami mięsnymi. Mięso tak zwane białe zdołało sobie powszechnie wyrobić wstęp na stół chorych na przewlekłe zapalenie nerek. Na mięsie zaś czarnem ciąży banicya i to nie u wybitnych klinicystów, jak Senator, Leube, Ziemssen, Hirschfeld, Pick, Noorden, tylko w szerokich kołach lekarzy praktykujących. Rzekomą winą tego są azotowe istoty wyciągowe i ptomainy, których ma być więcej w mięsie czarnem, aniżeli w białem, a które właśnie mają działać drażniąco na miąższ nerkowy. Tymczasem najściślejsze badania chemiczne nie wykazują istotnych różnic co do ilości tych istot wyciągowych (kreatyna, zasady ksantynowe) między mięsem białem a czarnem, czy to surowem, czy też w jakikolwiekbądź sposób przyrządzonem (Offner i Rosenquist z pracowni Noordena (Berl. klin. Woch. 1899. Nr. 43 i 44); z dawniejszych autorów Voit, Nawrocki, Neubauer, Zaleski), a ptomainy znajdują się tylko w mięsie nieświeżem, prędzej w rybiem, aniżeli wołowem.

Co do wpływu istot białkowatych na przemianę materyi u chorych na zapalenie przewlekłe nerek, Noorden i A. Ritter (Zeit. f. klin. Med. B. XIX. Supp.) wykazali, że wydzielanie się N nie odbywa się w ścisłej zależności od jakości pokarmów mięsnych, że stosunki przemiany materyi wypadały raz pomyślniej w peryodzie żywienia się mięsem cielęcem, drugi raz znów podczas żywienia się mięsem wołowem. Kaufman i Mohr z pracowni Noordena (Zeit. f. klin. Med. Bd. 44. Hf. 5 i 6) dowodzą, że rodzaj mięsa zostaje bez wpływu na przemianę materyi, że ilość białka nie zależy od jakości mięsa, a cała sprawa chorobowa postępuje lub cofa się raz obranym trybem.

Co do wniosków terapeutycznych, to Kaufman i Mohr wyznają z godną uznania szczerością przy końcu swej ścisłej i sumiennej pracy, że więcej kładą wagi na ogólne doświadczenia kliniczne, zebrane przez wiele lat, aniżeli na wyniki swoich ścisłych poszukiwań chemicznych. A więc głos rozstrzygający w tej sprawie oddają spostrzeżeniom klinicznym.

Tą samą myślą kierowałem się, kiedy przed dwoma laty rozpocząłem na moim oddziele szereg ścisłych badań klinicznych w sprawie żywienia chorych na przewlekłe zapalenie nerek, sądząc, że w ten sposób mogę się rzetelnie przyczynić do rozwiązania tego ważnego zagadnienia. Wprawdzie już w r. 1900 Pabst na oddziele Fürbringera zestawił dwa przypadki, spostrzegane w sposób czysto kliniczny i doszedł do tych samych wyników, co poprzednio wymienieni autorowie, t. j. że mięso wołowe nie zwiększa

* Rękopis tej pracy Redakcya otrzymała 8. kwietnia.

ilości białka, że nie można mu przypisywać złego wpływu na przebieg choroby. Jednak przy takich badaniach należy uwzględnić nie tylko samą chorobę, lecz i jej okres, etyologią, zachowanie się naczyń i serca, stan narządu pokarmowego i wiele innych mniej lub więcej ważnych szczegółów. Na to potrzeba rozległego materyału. Ja w przeciągu dwu lat miałem w leczeniu na swoim oddziele 85 chorych na przewlekłe zapalenie nerek; na tym materyale przeprowadziłem cały szereg ścisłych spostrzeżeń. Doświadczenia przeprowadzałem w następujący sposób: w ciągu jednego do dwóch tygodni zostawiałem chorych na dyecie mlecznej; przez następny tydzień lub dwa na białem mięsie; potem przez tydzień lub dłużej — przeważnie na mięsie wołowem, niekiedy wracałem napowrót do dyety mlecznej, zwłaszcza gdy przy żywieniu pokarmami mięsnymi ilość białka się powiększała, a stan ogólny się pogarszał Mniej więcej ten sam typ badania zachowałem u wszystkich chorych. Równocześnie oznaczałem ilość moczu, co trzy dni ilość białka i badałem osad moczu, zwracając baczną uwagę na stan obrzęku, stan naczyń i serca, na odżywienie i na stan ogólny zdrowia.

Zanadto bym znużył czytelnika i przekroczył ramy tego pisma, gdybym chciał przytoczyć wszystkie spostrzegane przypadki: pozwolę sobie podać tylko kilka przypadków charakterystycznych, służących najlepiej memu celowi, z wymienieniem zajmujących szczegółów z przebiegu choroby i z zestawieniem przeciętnych liczb z każdego okresu żywienia dla łatwego zoryentowania się w sprawie.

Przypadek I. (Tabl. I.) R. B. l. 25. Rozpoznanie: *Nephritis parenchymatosa chronica in indiv. cum infiltratione apicis sin.* Przed dwoma miesiącami przebyła poród. Stwierdziłem następujące zmiany: obrzęk twarzy i kończyn dolnych, wolny płyn w jamie brzusznej. Naciek w szczycie płuca lewego. Ton II. nad tętnicą płucną zaostrzony. W moczu znaczna ilość białka; w osadzie: liczne leukocyty, duże komórki płaskie, małe okrągłe z górnych dróg moczowych, bardzo skąpe wałeczki ziarniste. 15/2 opuściła szpital na własne żądanie, nie wyleczona, czując jednak znaczne polepszenie. Puchlina ogólna i brzuszna ustąpiły.

Tablica I.

R. B. l. 15. *Nephritis parenchymatosa chronica in individuo cum infiltratione apicis sinistri* — od 7/1—15/2

Data		Przeciętna ilość		
		moczu	białka %	białka na dobę
od 7/1—20/1	Dyeta mleczna	750	0·6	4·20
od 20/1—31/1	Przeważnie białe mięso	850	0·75	6·37
od 31/1—10/2	Przeważnie mięso wołowe	850	0·6	5·10
od 10/2—15/2	Dyeta mleczna	800	0·6	4·80

Przypadek II. J. S. l. 47. (Tabl. II.). Rozpoznanie: *Nephritis interstitialis.* Początku choroby podać nie umie. Badanie wykazuje: twarz i kończyny dolne obrzękłe. Tarcie opłucnowe po stronie prawej u dołu. Tętnice obwodowe miażdżycowo zwyrodniałe. Granica stłumienia serca przekracza linią sutkową lewą o jeden palec. W moczu znaczna ilość białka; w osadzie: pojedyncze leukocyty i ciałka krwi czerwone, pojedyncze wałeczki szkliste i ziarniste, liczne przybłonki brukowe. 11/4 opuściła szpital zdrowa, czując się dobrze. Obrzęki znikły, białka w moczu zaledwie ślad.

Tablica II.

J. S. l. 47. *Nephritis interstitialis. Pleuritis sicca dextra* od 20/3—11/4.

Data		Przeciętna ilość		
		moczu	białka %	białka na dobę
od 20/3—31/3	Dyeta mleczna	750	0·1	0·7
od 31/3—10/4	Przeważnie mięso woł.	800	ślad białka 0·004%	

Przypadek III. T. D. l. 23 (Tabl. III.) Rozpoznanie: *Nephritis parenchymatosa chron.* Początek choroby nie znany. Stwierdzono zmiany następujące: Twarz nalana, kończyny dolne znacznie obrzękłe. Rozedma płuc, nieżyt oskrzelowy rozległy. Drugi ton nad płucną zaakcentowany. W moczu białka 2%, ilość moczu mała. W osadzie: liczne leukocyty, częste wałeczki szkliste, ziarniste i usiane leukocytami, często przybłonek brukowy.

20/4 wyszła ze szpitala nieuleczona z obrzękami. Ilość białka nieco się zmniejszyła 1·2%, ilość moczu większa.

Tabela III.

T. D. l. 23. *Nephritis parenchymatosa chronica* — od 25/2 20 4

Data		Przeciętna ilość		
		moczu	białka %	białka na dobę
od 28/2—12/3	Dyeta mleczna	1000	2	20
od 10/3—20/3	Dyeta, przew. mięso białe	1000	2·2	22
od 20/3—31/3	Dyeta, przew. mięso wołowe	1000	1·2	12
od 1/4—10/4	Dyeta mleczna	1000	1·3	13
od 10/4—20/4	Dyeta, przew. mięso wołowe	1000	1·2	12

Przypadek IV. F. P. l. 70. (Tabl. IV.) Rozpoznanie: *Nephritis interstitialis sub. dilatatione utriusque ventriculi in ind. cum emphysemate pulm. et bronch. diffusa.* Choroba trwa od lat kilku Stwierdzono zmiany następujące: znaczny obrzęk kończyn, mała ilość wolnego płynu w jamie brzusznej. Rozedma płuc, nieżyt oskrzelowy. Stłumienie serca dochodzi do linii mostkowej środkowej i przekracza na dwa palce linię sutkową. Tętnice obwodowe napięte. Wątroba obniżona i powiększona. Moczu mała ilość, białko w ilości 0·6%. W osadzie: liczne leukocyty, pojedyncze ciałka czerwone, dość częste wałeczki Belliniego, ziarniste i usiane leukocytami.

7/5 wyszła ze szpitala wolna od obrzęków; stłumienie serca sięga do linii przymostkowej lewej; ogólny stan zdrowia zadowalniający; ślady białka w moczu, ilość moczu się zwiększyła.

Tablica IV.

F. P. l. 70. *Nephritis interst. subs. dilat. ventr. sin. cordis in indiv. cum emphysem. pulm. et bronch. diff.* od 28/1—7/3.

Data		Przeciętna ilość		
		moczu	białka %	białka na dobę
od 1/2—11/2	Dyeta mleczna	700	0·6 0·25 0·10	4·2 1·75 0·7
od 12/2—21/2	Przeważnie mięso białe	750	0·10 0·08 0·04	0·75 0·60 0·30
od 22/2—7/3	Przeważnie mięso wołowe	1000	0·04 0·01 0·006	0·4 0·10 0·06

Przypadek V. A. S. l. 32. (Tabl. V.). Rozpoznanie: *Nephritis parenchymatosa chronica.* Choroba trwa około roku. Stwierdzono następujące zmiany: znaczny obrzęk twarzy i kończyn dolnych. Uderzenie koniuszkowe nieco przekracza linię sutkową lewą. Drugi ton nad tętnicą główną zaostrzony. Tętno nikłe i słabo napięte. Moczu około 1000,0 na dobę, białka 0·15%. W osadzie liczne przybłonki kanalików

moczowych, liczne wałeczki ziarniste, szkliste, usiane komórkami kanalików moczowych, po części ziarnisto zwyrodniałemi. Liczne kryształki kwasu moczowego.

12/3 opuściła szpital prawie zupełnie zdrowa. Ilość moczu około 2 litrów na dobę, białka tylko ślady.

Tablica V.

A. S. l. 32. *Nephritis parenchymatosa chronica* — od 4/2—12/3.

Data		Przeciętna ilość		
		moczu	białka %	białka na dobę
od 4/2—14/2	Dyeta mleczna	1500	0·15 0·08	2·25 1·20
od 15/2—21/2	Przeważnie mięso białe	1500	0·04 0·02	0·60 0·30
od 22/2—12/3	Przeważnie mięso wołowe	2000	0·007 0·004	0·14 0·08

Przypadek VI. M. Z. l. 30. (Tabl. VI.), Rozpoznanie: *Nephritis parench. chron. Infiltr. apic. sin. Exsud. pleurit. sin.* Choruje od dwu lat. Stwierdzono zmiany następujące: brak obrzęków; naciek w szczycie płuca lewego. Wysięk opłucnowy lewy (surowiczy). Stłumienie serca sięga do linii przymostkowej prawej. Tony głuche, tętno słabe, łatwo się ugnieść dające, szybkie. Moczu około 700 grm., białka 0·3%; w osadzie: pojedyńcze leukocyty, wałeczki szkliste i usiane zwyrodniałemi komórkami kanalików moczowych. Liczne kryształki kwasu moczowego.

9/3 opuściła szpital na własne żądanie z nieznacznem tylko polepszeniem.

Tablica VI.

M. Z. l. 30. *Nephritis parenchymatosa chronica. Infiltratio apicis sin. Exsudat. pleurit. sin.* — od 17/3—9/5.

Data		Przeciętna ilość		
		moczu	białka %	białka na dobę
od 17/3—28/3	Dyeta mleczna	600	0·3	1·8
od 29/3—12/4	Przeważnie mięso białe	800	0·6	4·8
od 13/4—22/4	Przeważnie mięso wołowe	700	0·40	2·8
od 23/4—9/5	Dyeta mleczna	1000	0·25	2·5

Przypadek VII. F. B. l. 35. (Tabl. VII). Rozpoznanie: *Nephritis parenchymatosa chron.* Przed tygodniem dopiero miała zauważyć objawy swej choroby. Obecnie znajduje się w 5. miesiącu ciąży. Stwierdzono zmiany następujące: twarz i kończyny dolne znacznie obrzękłe. Tętnice obwodowe napięte. Mocz w ilości około 1000 sz. ctm., białka 0·2%, w osadzie: dość częste leukocyty, przybłonek brukowy często, wałeczki Belliniego pojedyncze, szkliste i ziarniste. Po odbytym przedwczesnym porodzie powróciła napowrót do szpitala na oddział wewnętrzny. W moczu białka 0·3%, w osadzie: częste wałeczki Belliniego długie, usiane komórkami z kanalików moczowych, pojedyńcze leukocyty.

28/11 opuściła szpital w stanie zdrowia znacznie lepszym.

Tablica VII.

F. B. l. 35. *Nephritis parenchymatosa chron. in gravida* (23/10 przeniesiona na oddział położniczy) — od 25/9—23/10 i od 1/11—28/11.

Data		Przeciętna ilość		
		moczu	białka %	białka na dobę
od 25/9—5/10	Dyeta mleczna	1200	0·3 0·08 0·1	3·60 0·96 0·48
od 6/10—16/10	Przeważnie mięso białe	1200	0·04	0·48
	Po porodzie			
od 1/11—11/11	Dyeta mleczna	1500	0·03	0·45
od 12/11—19/11	Przeważnie mięso wołowe	1500	0·03	0·45
od 20/11—28/11	Dyeta mleczna	1500	0·03	0·45

Przypadek VIII. L. F. l. 21. (Tabl. VIII). Rozpoznanie: *Nephritis interstit. subs. hypertroph. et dilat. ventr. dext. et sin. in ind. cum inf. apic. sin.* Choroba trwa od roku. Stwierdzono zmiany następujące: twarz blada, lekko obrzękła, kończyny dolne znacznie obrzękłe. Silny i rozległy nieżyt oskrzelowy, naciek w szczycie płuca lewego. Stłumienie serca sięga do linii przymostkowej prawej i do linii pachowej przedniej. Uderzenie koniuszkowe rozlane. Ton drugi nad tętnicą płucną zaostrzony. Moczu około 1000 grm., białka 0·16, w osadzie liczne leukocyty, znaczna ilość wałeczków szklistych i ziarnistych.

18/10 opuściła szpital w stanie ogólnego polepszenia. Obrzęki poznikały, rozmiary serca mniejsze. Białka pozostało 0·16%, w osadzie pojedyncze wałeczki.

Tablica VIII.

L. F. l. 21. *Nephritis interstitialis subsequ. hypertrophia et dilatatione utriusque ventr. cordis in ind. cum infiltratione apicis sinistr.* — od 29/8—18/10.

Data		Przeciętna ilość		
		moczu	białka %	białka na dobę
od 29/8—11/9	Dyeta mleczna	1000	0·16	1·6
od 12/9—1/10	Przeważnie białe mięso	1250	0·15	1·87
od 2/10—18/10	Przeważnie wołowe mięso	1200	0·16	1·92

(Dok. nast.)

II. Oko a ucho, stosunek ich wzajemny.

Podał

Dr. R. Spira.

(Ciąg dalszy).

2) Równoczesne wystąpienie objawów i zmian chorobowych, w oku i w uchu polega albo na wspólności przyczyny chorobowej, albo też na tem, że schorzenia jednego narządu pociągają za sobą przez styczność lub łączność, drogą odruchową albo spółczulną, cierpienie drugiego.

Co do wspólnej przyczyny, to jest albo 1) miejscowa, (choroby nosa i skóry policzków, miejscowe choroby nerwowe w jamie czaszkowej;) albo 2) ogólna (choroby nerwowe, zakaźne, choroby krwi i zboczenia odżywcze); albo wreszcie 3) choroby pojedynczych narządów, lub 4) choroby rozwojowe.

1. Różne choroby mogą się przenosić z jamy nosowej na oko i na ucho przez styczność i przez łączność, a to tak drogą naczyń krwionośnych, jakoteż i drogą odruchową. Już przy zwykłem wykonaniu zabiegu Valsalvy, przez sam silny wydech przy zamkniętych ustach i zatkanym nosie dostaje się powietrze wyżej wymienionemi drogami do worka spojówkowego i do trąbki, przyczem wydzielina z nosa, zawierająca zarodki chorobotwórcze, może tam się dostać i dać powód do zakażenia tych miejsc. Codzienne doświadczenie poucza, jak przy zwykłej już sapce przychodzi często z jednej strony do zadrażnienia spojówki, łzawienia, palenia w oczach i t. d., z drugiej zaś do założenia ucha, przytępienia słuchu i podmiotowych wrażeń słuchowych. Zresztą, jakie choroby nosa i w jaki sposób szerzą się na oko, obszernie wyłożył Sędziak[5]; na znaczenie zaś chorób nosa dla narządu słuchowego już kilkakrotnie zwracałem uwagę[6]).

Najrozmaitsze choroby nieżytowe i zapalne, przewlekłe i ostre, mogą się rozszerzyć z nosa równocześnie na oko i na ucho i wywołać z jednej strony łzawienie, zapalenie i ślutotok woreczka łzowego, przemieszczenie i upośledzenie ru-

chomości gałki ocznej, różne zapalenia spojówki, rogówki, jagodówki, siatkówki, z drugiej zaś strony zapalenia trąbki, jej zwężenie, zapalenie ropne ucha środkowego, które przy dłuższem trwaniu w młodym wieku może prowadzić do zaburzeń mowy, a nawet do głuchoniemoty [7]). Już zbyt silne wycieranie nosa przy schorzałej błonie śluzowej może dać powód do ważnych cierpień oczów i uszów, podobnie jak metoda Valsalvy, a przy krwawieniu z nosa może się w ten sposób krew z nosa dostać do worka spojówkowego i do trąbki, względnie do jamy bębenkowej. Przy wrzodach gruźliczych, kiłowych, liszajowych, nowotworowych, twardzieli nosa i t. p., tak samo po zabiegach operacyjnych w nosie, szczególnie po operacyach galwanokaustycznych, stwierdzano zaburzenia słuchowe i wzrokowe. Na drodze odruchowej z nosa powstają przez rozpromienienie różne zboczenia czynnościowe w oczach i w uszach: niedomoga oczna *(asthenopia)*, osłabienie zdolności akomodacyjnej, niedowład m. m ocznych, dośrodkowe zwężenie pola widzenia (Berger, Ziem), skurcz powiek i t. d.; z drugiej strony: bóle nerwowe w uszach, rwa uszna, podmiotowe wrażenia słuchowe i t. p. Odwrotnie, liczne spostrzeżenia dowiodły korzystnego wpływu racyonalnego leczenia chorób nosa na towarzyszące cierpienia ucha i oka [8]).

W puchlinach, otokach, zapaleniach i nowotworach bocznych jam nosa spostrzegano również cierpienia oczów, jak bóle nerwowe, zwężenie pola widzenia, objawy uciskowe, przesunięcie i wysadzenie gałki ocznej, porażenia, zanik n. wzrokowego, opadnięcie powiek, aż do ślepoty przez rozszerzenie się choroby na nn. wzrokowe, ich pasma i skrzyżowanie; a z cierpień usznych najczęściej występują bóle odruchowe, zwężenie trąbki, zajęcie jamy bębenkowej, n. słuchowego, a nawet schorzenia sąsiednich zatok żylnych [9]).

Wyrośle gruczołowate nierzadko bywają źródłem różnorodnych zaburzeń nerwu wzrokowego (Arslau [10]); zgubny zaś ich wpływ na narząd uszny omówiłem na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich (p. 6); to samo można powiedzieć o nowotworach jamy nosowogardzielowych, które drążąc z jednej strony przez dolną szczelinę oczodołową do oczodołu, z drugiej przez trąbkę do kości skroniowej, dają powód do równoczesnego cierpienia tych narządów zmysłowych.

Choroby skórne nosa lub policzków często rozszerzają się przez ciągłość na zewnętrzne (skórne) części oka i ucha, jak to najczęściej spostrzegamy przy wyprysku na policzkach i głowie. Uwagi te stosują się w równej mierze do róży, tocznia, liszaja, strupienia woszczynowatego, pokrzywki i innych. Pod pewnym względem należy tutaj wspomnieć o ospie i kile. Choroby skórne mogą także wywołać drogą odruchową zaburzenia w obu narządach zmysłowych. U chłopca 14-letniego wśród pokrzywki na klatce piersiowej i na twarzy wystąpiło znaczne obrzmienie obu górnych powiek, silne zapalenie spojówki obok bólów w uszach i zaczerwienienia sluzówek błony bębenkowej.

Uwaga. Według Ziema [8]) zwężenie pola widzenia, występujące przy zatkaniu nosa, nie odnosi się do sprawy odruchowej, lecz polega na zastoju w żyłach sitowych i nosowo-czołowych, na przekrwieniu pobocznem w żyłach oczodołu i gałki, powiększonem napięciu gałki ocznej i powstającem ztąd zaburzeniu krążenia w siatkówce i upośledzeniu tkanki nerwowej. Tłómaczenie to wyjaśnia rozszerzenie napowrót pola widzenia po przywróceniu drożności nosa.

Dla zupełności przytaczamy tu jeszcze, choć ściśle wziąwszy nie należącą tutaj, odmę podskórną powiek, występującą niekiedy po cewnikowaniu trąbki usznej.

Że choroby mózgu i jego opon, a szczególnie przy ich umiejscowieniu na podstawie czaszki, mogą się przenieść na ośrodki i zakończenia nerwów obu w mowie będących narządów łatwo pojąć wobec siedziby tych narządów w czaszce, oraz ich sąsiedztwa i związku z ośrodkowym układem nerwowym. W rzeczy samej widzimy często w niedokrewności, przekrwieniu, w różnych zapaleniach opon mózgowych, mózgowo-rdzeniowych i samego mózgu, w wybroczynach, ropniach, nowotworach mózgu, a szczególnie w chorobach z wzmożonym uciskiem śródczaszkowym itd. równoczesne zaburzenia w narządzie wzrokowym i słuchowym. Ropne zapalenie opon może pociągać za sobą zapalenie siatkówki oraz błędnika. Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych może sprowadzić obustronną głuchotę, jak niemniej obustronną ślepotę. Nowotwory w okolicy wzgórka czworaczego, płatu skroniowego i móżdżku sprowadzają obok zaburzeń słuchowych osłabienie bystrości wzroku, porażenie nn. ocznych, latanie płatków przed oczyma, tarczę zastoinową itd. W następstwie wzmożonego ucisku śródczaszkowego stwierdzono również tarczę zastoinową i naciek limfatyczny n. słuchowego. Urbantschitsch spostrzegał w dwu przypadkach wodogłowia ostrego głuchotę, występującą naprzemian z ślepotą przy zresztą zupełnie utrzymanej przytomności. U. sądzi, że przelotne napady głuchoty i ślepoty w tych przypadkach odnieść należy do szybko przemijającego obrzęku ośrodków wzroku i słuchu. Wodogłowie przewlekłe sprowadza objawy uciskowe, tarczę zastoinową, zastoinowe zapalenie n. wzrokowego, zanik tegoż nerwu i ślepotę, a bardzo często także głuchotę ośrodkową, a czasem i głuchoniemotę. Tętniaki tętnic mózgowych, zależnie od swego umiejscowienia, mogą spowodować objawy niedowładu i podrażnienia oka i ucha przez zajęcie towarzyszących im włókien nerwu spółczulnego.

W pewnych zajęciach nerwów mózgowych, stojących w związku z obu narządami zmysłowymi, te ostatnie mogą równocześnie przedstawiać różne objawy chorobowe. Tu należą cierpienia n. troistego, n. twarzowego zaopatrującego nn. oka i śróduszne, dalej nn. spółczulnych, których podrażnienie może wywołać drogą odruchową równoczesne zaburzenia w oku i w uchu.

Że uszkodzenie lub pęknięcie podstawy czaszki, o ile rozciągają się na kość skroniową, lub na szlaki nerwowe i ośrodki słuchu z jednej, a wzroku z drugiej strony, pociągać za sobą muszą zaburzenia równoczesne w obu tych narządach, nie potrzeba chyba bliższego udowodnienia.

Niemniej choroby rdzenia przedłużonego, jak np. stwardnienie rozsiane, uwiąd itd. często spowodowują wspólne zachorowanie oka i ucha. Według Pierreta uwiąd rdzenia może się zaczynać zajęciem n. słuchowego, jakoteż ślepotą *(amaurosis)*.

Pewne zaburzenia ośrodkowe, zaburzenia t. zw. pozakorowe, przy których połączenie ośrodków z narządami obwodowymi jest utrzymane, drogi rzutowe nietknięte, a tylko drogi kojarzenne ośrodków między sobą są przerwane, dają powód do niezwykłych obrazów chorobowych, jak: ślepota duchowa, głuchota duchowa, różne zaburzenia mowy, niemożność czytania *(alexia)*, utrudnione czytanie *(dyslexia)*, wa-

dliwe czytanie (*paralexia*), bezpiśmienność (*agraphia*), utrudnione lub wadliwe pisanie (*dys-paragraphia*). Doświadczenia Ferriera na małpach dowiodły, że podrażnienie górnego zakrętu płatu skroniowego wywołuje wyprostowanie i odciągnięcie małżowiny obok rozszerzenia źrenic, szerokiego otwarcia i odwrócenia ócz na stronę przeciwną.

(Dokończ. nastąpi).

III. Z kliniki chirurgicznej c. k. Radcy dworu Prof. Dra Rydygiera we Lwowie.

Przecięcie nerki (*sectio renis*),

jako zabieg leczniczy w t. zw. *„néphralgie hématurique“* i jako pomocniczy środek rozpoznawczy.

Napisał
Dr. M. W. Herman,
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Rozpatrując się jednak w piśmiennictwie tego przedmiotu, o ile ono było mi dostępne, nasunęły mi się pewne wątpliwości, które skrystalizować się dadzą w dwa pytania: 1) czy przecięcie nerki jest zabiegiem rzeczywiście potrzebnym, ewentualnie kiedy?*) a 2) czy *sectio renis* jest rzeczywiście zabiegiem tak obojętnym, jak to propagatorowie tej metody wystawićby radzi?

Pobieżnie tylko dotykając sprawy leczenia daleko posuniętego wodo- i roponercza, o czem zresztą już powyżej pisaliśmy, zaznaczając, że nacięcie ścian tak zmienionej nerki zasadniczo różni się od właściwej nefrotomii, radbym kilkoma słowami zaznaczyć, że stanowisko, jakie wobec tych cierpień zajmują Küster, Guyon, Morris, Mendelsohn i inni jest zbyt wyłącznem. Autorowie ci uważają jedynie pierwotne nacięcie ropo- czy wodonercza za zabieg odpowiedni, każde zaś inne postępowanie, a zwłaszcza pierwotne wycięcie torbiela, uważają za błąd. Nie przeczę, że stanowisko takie praktycznie jest uzasadnione. Nacięcie nerki w tych przypadkach, które niemal bez żadnego niebezpieczeństwa dla chorego wykonać można w znieczuleniu miejscowem, jest zabiegiem zupełnie niewinnym, czyniącym zadość większości objawów chorobowych, lecz... nie wytrzymuje krytyki naukowej i wcale nie liczy się z wskazaniami przyczynowemi. A przyczyn, które spowodować mogą puchlinę nerek, jest legion cały: są wrodzone są i nabyte, są takie, które usunąć możemy, umiemy i powinniśmy, ale są i takie, wobec których stajemy bezradni i z pokorą wyrzec musimy „non possumes“. Tam gdzie przyczyną puchliny nerkowej są kamyki, zamykające ujście moczowodu, nacięcie nerki i wydobycie kamyków, a zatem przywrócenie drożności moczowodu czyni zadość wskazaniom bliższym i dalszym. Tam jednak, gdzie przyczyną puchliny nerki jest np. patologiczna jej ruchomość, dopiero wówczas powiedzieć możemy, żeśmy uczynili wszystko, cośmy powinni, gdy nietylko przez nacięcie nerki wypuścimy ciecz, względnie ropę, w nerce nagromadzoną, ale gdy przez jej przyszycie (*nephropexis*), zapobieżemy i na przyszłość warunkom, wśród których puchlina nerek wytworzyćby się mogła. Są jednak przypadki puchliny nerkowej, których przyczyny szukać musimy w rozległych np. bliznach, zaciskających światło moczowodu na tak długiej przestrzeni, że ani żadnym zabiegiem wytwórczym, ani wycięciem blizny, przyczyny tej usunąć nie potrafimy. Więc wobec każdego przypadku wodo- i roponercza, mając do wyboru nacięcie lub wycięcie nerki, powinniśmy o ile możności przed operacyą wykryć przyczynę puchliny, następnie stwierdzić zachowanie się sprawności drugiej nerki i wziąść w rachubę stan sił chorego. Ostatni czynnik w każdym przypadku rozstrzygać będzie, czy zaryzykować można pierwszorzędną nefrektomię, czy też wybrać wtórorzędną. Wreszcie już podczas samej operacyi, wśród innych względów, ilość i stan zachowanego jeszcze miąższu gruczołowego w nerce spowodować może przychylenie się nasze ku temu lub owemu zabiegowi operacyjnemu. Np. w przypadku, w którym przypuszczamy przed- i podczas operacyi, że przyczyna puchliny nerki leży gdzieś nizko w moczowodzie, lub z innego powodu jest niedosięgalną; dalej gdzie siły chorego są dobre i przed operacyą stwierdziliśmy na pewno, że nerka druga jest sprawną, a ilość tkanki gruczołowej w nerce naciętej jest nieznaczna, a i ta resztka najprawdopodobniej już zapalnie zmieniona, w takim przypadku zdaje mi się rzetelniejszą przyniesiemy korzyść schorzałemu ustrojowi, usuwając go odrazu z pod wpływu, w najlepszych warunkach miesiącami utrzymującego się ropienia z przetoki po nacięciu ropo- względnie wodonercza, ropienia, które właśnie jak najfatalniej wpłynąć może na drugą nerkę, narażając ją na niebezpieczeństwo skrobiawicy, aniżeli zachowując za każdą niejako cenę resztki tkanki, której wartość może być tylko urojoną.

W przypadkach ropni ograniczonych, bąblowca i torbiela nerki, uznać się musi za zasadniczo wskazane zabiegi oszczędzające (nacięcie ropnia, wyłuszczenie torbiela i t. d.). Tak jednak w tych przypadkach, jak i w przeważnej liczbie poprzedzających, na wybór zabiegu wpłynie głównie stan nerki, stwierdzony podczas operacyi. Kończąc te uwagi, raz jeszcze zaznaczam, że nacięcie nerki w tych wszystkich przypadkach jest zabiegiem zupełnie różnym od jej przecięcia, (*nephrotomia*) w ścisłem tego słowa znaczeniu (*sectio renis*).

Bardziej już na nazwę nefrotomii zasługuje zabieg, używany we wczesnych okresach kamicy nerkowej. Bywa, że jeden, jedyny kamyk, nawet nie duży, sprawia ogromne dolegliwości.

Polegając na dość wyraźnych objawach klinicznych, odsłaniamy nerkę, obluzowujemy ją, kamyka jednak obmacaniem wykryć nie możemy. Le Dentu zalecił w tych przypadkach t. zw. akupunkturę, tj. nakłówanie nerki cienką igiełką w różnych kierunkach, a dla przypadków, w których i to postępowanie do celu nie prowadzi, doradzał Lloyd jako metodę nacięcie dolnego bieguna nerki aż do miedniczki, następnie wprowadzenie przez ranę cienkiego zgłębnika metalowego i szukanie nim kamyków. Te jednak przypadki należą do rzadkich i wyjątkami pozostaną. Zwykle, poparci radyografią, przy dokładnem, bezpośredniem obmacaniu nerki wykazujemy kamyki w miedniczce względnie w miąższu nerkowym. Prawie wszyscy chirurdzy piszą się na to, aby kamyki wydostawać przez ranę w nerce. Nie przecinają

*) Już po oddaniu rozprawki tej do druku, pojawił się w »Deutsche med. Wochenschr.« Nr. 8 z r. 1902 artykuł Senatora p. t.: »Nierenkolik, Nierenblutung, Nephritis« omawiajacy krytycznie sprawę tu poruszoną i w sensie podobnym. W ślad za owym artykułem pospieszył J. Israel z odpowiedzią.

miedniczki, gdyż rany w niej trudniej się goją i często pozostają przetoki. Przyczyną tego zdaje się być to, że szycie w głębi jest trudne i niewygodne. Tymczasem mamy przykłady, że przebieg po takiej pyelolitotomii był idealnie gładki. Jeden z pierwszych w ten sposób operowanych przez Czernego chorych wygoił się przez rychłozrost. Następnie z własnego spostrzegania znany mi jest przypadek nacięcia miedniczki nerkowej lewej z będącego w mowie wskazania, wykonany przez R. Dw. Prof. Rydygiera w warunkach nader niekorzystnych, gdyż po przebytej sprawie zapalnej okołonerkowej, który mimo to po kilku tygodniach wygoił się bez przetoki. Tym podobnych przykładów zestawićby można nierównie więcej. Po opracowaniu i wyrobieniu odpowiedniej techniki nacięcia i szwu miedniczki, usunąćby się udało wiele trudności, a resztę usunęłaby wprawa osobista i zaufanie do tej operacyi. Wszakżeż wiele czasu upłynęło, zanim nauczyliśmy się zakładać dobry szew pęcherzowy! Doprowadziliśmy jednak do tego, że np. w klinice prof. Rydygiera na kilkadziesiąt operacyj na pęcherzu raz tylko widziałem przemijającą przetokę, która powstała skutkiem przepełnienia pęcherza moczem po zatkaniu się cewnika założonego komornem, czego wczas nie zauważono. Myślę, że czas i ponawiane próby doprowadzićby mogły wreszcie do tego, że w kamicy nerkowej typową operacyą stałaby się pyelotomia a nie *incisio renis*. Początek w tym kierunku zrobiony. Wszakżeż w wielu przypadkach początkującego wodonercza zalecają i wykonują z dobrymi wynikami rozmaite zabiegi wytwórcze na miedniczkach!

Prawdziwem jednak polem dla typowej nefrotomii (*sectio renis*) są przypadki nerko-bolów, krwawień „z nerek niezmienionych“ i niektóre sprawy zapalne. Rozczytując się w odpowiedniem piśmiennictwie, spostrzegamy, że nie nastąpiło tu jeszcze ostateczne porozumienie. Jedni rozdzielają te trzy sprawy i mówią o każdej z nich z osobna, drudzy natomiast starają się sprowadzić je do wspólnego mianownika i uważają tak rwę nerkową (*nephralgia*), jak i krwawienie z nerek (*haematuria sine materia*) za objawy przewlekłej sprawy zapalnej śródmiąższowej. Trzebaby mieć kolosalne doświadczenie i trzebaby odpowiednich chorych długi czas spostrzegać, aby módz coś stanowczego o tej sprawie powiedzieć. W ostatnich jednak czasach większość autorów francuskich i niemieckich oświadczyła się za podłożem zapalnem tych spraw, opierając się głównie na badaniu mikroskopowem. Takiemu poglądowi sprzeciwia się jednakowoż nader rozległe doświadczenie lekarzy chorób wewnętrznych, którzy ani w postaciach ostrych, ani też w przewlekłych zapaleń nerek, nie spostrzegają ani takich bólów, ani takich krwotoków, jakie opisują Le Dentu, Israel i inni. I naodwrót: ci ostatni nie opisywali u swych chorych typowych objawów zapalenia nerek (*nephritis*), np. obrzęków, przerostu serca, zmian na siatkówkach i t. d. Wogóle trudno pogodzić doświadczenie jednych i drugich. W ostatnich czasach P. K. Pel oświadczył wyraźnie, że przypadki opisywane przez Harrissona, Israela i A. Poussona nie mają niemal nic wspólnego z zapaleniem nerek internistów i twierdzi, że przypadki te raczej pojmować należy jako początkowy okres kamicy nerkowej, gdzie nie ma jeszcze wyraźnych złogów, ale z moczu wypadają już, i to prawdopodobnie jeszcze w kanalikach ostre i twarde kryształki kwasu szczawiowego, które drażniąc i raniąc miąższ nerkowy, powodują bóle i krwawienie. Lecz znów przeciwko takiemu poglądowi przytoczyć można szereg badań drobnowidowych, dokonanych przeważnie przez Israela na skrawkach nerek, uzyskanych podczas nefrotomii. Na preparatach tych można było wykazać w sposób niewątpliwy ogniska zapalne w tkance kanalikowej, często rozprószone i nie pozostające w bezpośrednim związku ze sobą, a nigdy niema mowy o kryształkach, które byłby przecież zauważył w samej nerce lub osadzie z moczu. Mamy zatem więcej twierdzących wskazówek za tem, że w przypadkach t. z. rwy nerkowej (*nephralgia*) i krwawieniu z nerek (*haematuria sine materia*), tłem anatomicznem jest zapalenie nerek śródmiąższowe (*nephritis interstitialis dispersa*). Przyjmując narazie takie podłoże anatomiczne dla tych obrazów klinicznych streścić można myśl zasadniczą w ten sposób, że przecięcie nerki zalecają obecnie w ostrych i przewlekłych sprawach zapalnych nerek.

Mówiąc o sprawach zapalnych ostrych, odróżnić trzeba dwie postacie: 1) zapalenie nerki ropne prosówkowe („surgical kidney“) i 2) ostre zapalenie miąższowe. Z powodu pierwszego wskazania, o ile mi wiadomo, operował Israel i J. A. Korteweg, a ze źródeł dla mnie niedostępnych Dr ter. Braak zestawił 21 odpowiednich spostrzeżeń. W przypadkach tych, co do rokowania bardzo groźnych, gdyż niemal bezwzględnie śmiertelnych, bezpośredni wynik nacięcia nerki ma być dobrym. Nie wiadomo mi nic o wynikach trwałych. Kiedy się jednak zważy, jak groźnem cierpieniem jest ta „nerka chirurgiczna“ i jak bezskutecznem jest w tej postaci wszelkie inne leczenie, można się zgodzić w ostateczności i na ten sposób leczenia. Cierpienie to jednak przebiega zwykle tak szybko i wśród tak gwałtownych objawów, że rzadko chyba się nadarzy odpowiedni do *sectio renis* przypadek. Wskazania do zabiegu operacyjnego w ostrem miąższowem zapaleniu nerek (*nephritis parenchymatosa) acuta*, również są nader ograniczone. Ani bóle, ani krwawienia nie bywają tu takiemi, aby aż wymagały chirurgicznego wkroczenia. Interniści przeważnie sami sobie radzą skutecznie z tymi objawami. Chirurgowi odstąpią chyba te przypadki, w których wystąpi bezmocz, (*anuria*), nie ustępujący pod wpływem zwykłych w tych przypadkach leków. Lecz wówczas i chirurg grubo namyślać się będzie, czy warto u takiego prawie już straconego chorego cokolwiek przedsiębrać. Zdaje mi się, że wśród tych warunków operował jedynie Harrison w r. 1878 i to dzięki pomyłce, rozpoznał bowiem ropień nerki tam, gdzie było tylko ostre zapalenie po płonicy, połączone z bezmoczem. Przecięcie nerki dziwnym sposobem uwieńczonem zostało dobrym skutkiem.

Przecięcie nerki (*sectio renis*) w przewlekłych sprawach zapalnych, było nierównie częściej wykonane, oczywiście o ile zgodzimy się z Le Dentu'm, Albarranem, Israelem i A. Poussonem, że t. zw. „*haematuria sine materia*“ i „*nephralgia*“ nie są niczem innem, jak pewną odmianą zapalenia nerek śródmiąższowego (*nephritis interstitialis)*.

Jakżeż sobie tłómaczą korzystny wpływ przecięcia nerki na te ostre i przewlekłe sprawy zapalne? Przez przecięcie nerki wyrównywujemy zaburzenia w krążeniu, powodujące „*congestion rénale*“ Guyona i jego szkoły, a raczej usuwamy gwałtowne przekrwienie, które jużto powoduje bezmocz, już też bóle gwałtowne (kolkę) i krwotoki. A ponieważ pomiędzy oboma nerkami istnieje ścisły wzajemny związek, uwarunkowany materyalnem pośrednictwem nerwów naczynio-ruchowych, zwią-

zek, zaznaczający się głównie tem, że zdrowa nerka zastępuje w pracy częściowo lub całkowicie nerkę chorą, więc też to, co dobrem jest dla jednej nerki, musi być tem samem dobre i dla drugiej, czyli nawet wobec obustronnego schorzenia nerek przecięcie nerki *(nephrotomia)*, wykonane po jednej stronie, wpływa korzystnie i na nerkę drugą.

Pomijając przypadki prosówkowego zapalenia ropnego nerek, w których przecięcie nerki może być zabiegiem zupełnie na miejscu, boć tam nie wiele mamy do stracenia, zastanowić się warto, czy w tych innych, zwyklejszych i częstszych przypadkach zapalenia nerek przewlekłego i ostrego przecięcie nerki jest zabiegiem celowo obmyślanym? Przedewszystkiem odczytując odpowiednie historye chorób, przeważnie odnosi się to wrażenie, że najczęściej przecinano nerki dzięki tylko niepewnemu rozpoznaniu. Właściwe rozpoznanie stawiano po operacyi, którą początkowo uważano za chybioną. Dopiero nieoczekiwany wcale wynik pomyślny, zaznaczam wyraźnie, że nie we wszystkich przypadkach — zastanawiał i zachęcał do stawiania przypuszczeń i teoryj, mających wytłómaczyć taki wynik. A zatem przecięcie nerki w przypadkach ostrego i przewlekłego zapalenia nerek, to surowa empirya, zbudowana na bardzo niepewnym fundamencie, bo pomyłek rozpoznawczych. Przecięcie nerki w tych ostatnich przypadkach działać ma korzystnie przez to, że znosi ową *congestion rénale* i pozwala, że przeładowana wytworami toksycznymi limfa znachodzi ujście na zewnątrz. To jest wpływ chwilowy. Uzdrawiający zaś wpływ późniejszy warunkuje się zrostami, jakie tworzą się między naciętą nerką a otoczeniem, w zrostach zaś wytwarza się sieć naczyń żylnych, która przeszkadzać ma temu, aby w nerce krew zalegała.

Przeciwko jednak takiemu upozorowaniu korzyści z przecięcia nerki w jej sprawach zapalnych podnieść można następujące zarzuty. Praktyka i to już bardzo dawna wykazała, że obfite upusty krwi z naczyń żylnych obwodowych (np. z żyły odłokciowej) bardzo dobre (chwilowo oczywiście) oddają usługi w pewnych okresach tego cierpienia np. w napadach mocznicy. Przecięcie nerki zaś w pierwszej chwili jest głównie takim bardzo obfitym upustem krwi. Zdaje mi się przeto, że w tym jednym kierunku zastąpićby go mogło dawne „puszczanie krwi". Późniejsza zaś wartość przecięcia nerki wydaje mi się również wątpliwą. Żaden z autorów nie wypowiedział nawet przypuszczenia, co jest zresztą łatwem do pojęcia, że przecięcie nerki może działać lecząco na samo podstawowe cierpienie, t j. sprawą zapalną. Zabieg ten działa jedynie kojąco na owe dwa głównie dolegliwe objawy, t. j. ból i krwotoki. Z dawniejszych czasów mamy przekazane, że nakłówanie błony białej jądra *(tunica albuginea)* w ostrem przemijającem zapaleniu jąder działa kojąco. I to ma być skutek zrostów torebki z otoczeniem. Zgódźmy się, że tak jest. Lecz w takim razie pocóż wystawiać na próbę wytrzymałość miąższu gruczołowego i przecinać go, kiedy wystarczyłoby przecięcie samej torebki włóknistej, lub co najwyżej złuszczenie jej na jednej np. półkuli. Gdyż po przecięciu nerki bez względu na to, czy ją bezpośrednio po operacyi zeszyjemy, jak to jest regułą, czy też idąc za radą J. Israela, pomiędzy rozpłatane połowy nerki włożymy seton (w przypadkach bezmoczu, w zapaleniu nawet gwałtownem), zrosty, jakie w końcu się potworzą, sięgać będą tylko od powierzchni nerki w sąsiedztwo i po nich to tworzyć się mają następowe anastomozy pomiędzy żyłami gwiazdkowatemi torebki *(venae stellatae)* a żyłami w otoczeniu. I wszystkim autorom chodzi właśnie o te anastomozy. A przecież i po nacięciu torebki wytworzą się takie samie zrosty, a po złuszczeniu torebki na jednej połowie, lub też na jej części, zrosty owe, a tem samem i anastomozy, mogą być nierównie liczniejsze i wydatniejsze. Liczne zaś przypadki przyszywania nerki wedrującej, długo przez różnych autorów obserwowane, wykazują, że takie złuszczenie torebki włóknistej z nerki nie pociąga za sobą wybitnie złych następstw.

Na poparcie takiego wnioskowania przytoczyć można z piśmiennictwa szereg przykładów wykazujących, że czasami wystarczały właśnie takie zabiegi, znacznie mniejsze i łagodniejsze od przecięcia nerki, dla osiągnięcia takiego samego skutku. Doświadczeni i na zupełną wiarę zasługujący chirurdzy i urolodzy: Broca, Albarran, Legueu, Andersen, kiedy przekonali się w kilku przypadkach po odsłonięciu nerki o braku zmian anatomicznych, któreby tłómaczyły istniejące bóle i krwotoki, nic nie poczynając na nerce, odprowadzili ją na dawne miejsce i ranę zeszyli, poczem i bóle i krwawienia ustały. Również bardzo dobre wyniki, bynajmniej nie gorsze od wyników Harrisona, Israela, Poussona i innych chirurgów, wykonujących przecięcie nerek, osiągnęli w przypadkach *„nephralgii"* i *„haematuriae sine materia"* Tollet, Le Dentu, O. Lambret przez t. zw. *„nephrodélibération"*, tj. nacięcie wzdłuż równika torebki włóknistej nerki nożem lub żegadłem Pacquelina. Również wiele do myślenia dają spostrzeżenia takie, jak Passeta, który w przypadku zagadkowych krwotoków z nerki otworzył pęcherz cięciem nadłonowem, stwierdził naocznie, że krew wypływała z prawego moczowodu, pęcherz zaszył i krwawienie z nerki ustało. O analogicznym przypadku doniesiono z kliniki Guyona, w którym jednorazowe przepłókanie pęcherza wystarczyło do zupełnego uleczenia chorego z krwawienia i rwy nerkowej. Wreszcie nie jest odosobnionem i pojedynczem spostrzeżenie Klemperera, który terapią wewnętrzną i psychiczną wyleczył jeden taki przypadek.

Więc kiedy się rozgląda w tej kazuistyce z pewną dozą krytyki, mimowoli przypomina się zapytująco znane przysłowie *„propter hoc"?* czy tylko *„post hoc"?* Nie czuję się powołanym do stanowczego rozwikływania tych wątpliwości; zdaje mi się jednak, że przecięcie nerki *(sectio renis)* w typowych przypadkach rwy nerkowej *(nephralgia)* i krwawienia z nerek niezmienionych jest 1) najprawdopodobniej zabiegiem zbytecznym, a po 2-ie szkodliwym i to w pierwszej linii dla samego narządu co staram się udowodnić poniżej.

Jedynie w przypadkach *„surgical kidney"* i bezmoczu *(anuria)* w groźnej i uporczywej formie na tle ostrego miąższowego zapalenia nerek, przecięcie nerek wydaje mi się usprawiedliwionem, może nawet korzystnem. Opierając się zaś na zjawisku wzajemnego wpływu nerek na siebie i z tych nawet wskazań, jakkolwiek cierpienie zajmuje obie nerki, wystarczy przecięcie jednej, w danym razie tej, która sprawia większe dolegliwości. Skądinąd bowiem wiemy, że równoczesne nacięcie obu nerek *samo przez się* jest zabiegiem nader groźnym. (C. d. n.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Czerny i Keller. **Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie.** (Część I. II. Lipsk i Wiedeń 1901. Deuticke).

W podręczniku, którego dwa pierwsze zeszyty wyszły z druku. Czerny i Keller postanowili przedstawić całokształt obecnego stanu nauki o odżywianiu dzieci. Już z tych pierwszych zeszytów przekonać się można, że zakres dzieła jest obszerny i że ma ono wyczerpać cały przedmiot ze stanowiska teoretycznego i praktycznego. Autorowie podają nietylko własne badania i doswiadczenia, lecz w rozbiorze krytycznym odwołują się do piśmiennictwa i na podstawie jego dochodzą do wniosków, oddzielających badania udowodnione od tych, które są tylko prostem przypuszczeniem. Dzieło to przeznaczone dla lekarzy, zajmujących się naukowo omawianym przedmiotem, jak również dla ogółu lekarzy praktycznych, jest w sposób bardzo odpowiedni podzielone na rozdziały, bądź traktujące o odżywianiu dziecka ze stanowiska teoryi, bądź też zajmujące się tylko jego stroną praktyczną; a niepomierną jego zasługą będzie, że pobudzi niewątpliwie wielu badaczy do dalszej pracy w wielu kierunkach. Zeszyt pierwszy i drugi poświęcone są sprawie odżywiania dziecka zdrowego i znajdujemy tu w pierwszych rozdziałach wyczerpujące omówienie karmienia noworodka w pierwszym dniu życia, jakoteż wyboru pokarmu na dalszy okres i wyboru mamek. Dalsze rozdziały poświęcone anatomii i fizyologii przewodu pokarmowego, składowi chemicznemu płodu i noworodka, technice badania przemiany materyi u dziecka, smólce, białkomoczowi i zawałowi moczanowemu u noworodka. W dalszym ciągu omawiają autorowie zachowanie się moczu i stolca, chłonienie, jak również losy pokarmu w jelitach dziecka i wzrost ciała dziecka w pierwszym roku życia.

Jeżeli dalsze zeszyty będą opracowane w tym samym duchu, to możemy śmiało twierdzić, że dzieło to będzie jednem z najznakomitszych z zakresu pedyatryi, jakie się w ostatnich kilkunastu latach pojawiło.

Dr. Jessner's. **Dermatologische Vorträge für Praktiker.** *Heft 1. Würzburg. A. Stuber's Verlag 1902.* **Łysienie — jego przyczyny i leczenie.**

Rozmaite rodzaje łysienia przedstawia Jessner w pięciu rozdziałach. Pierwszy obejmuje łysienie wrodzone, starcze i przedwczesne. Co do wrodzonego, to albo po wypadnięciu włosów płodowych nowe nie wyrastają, albo też — i to bywa częściej — zbywa już nawet na uwłosieniu u płodu, przyczem brak ten może pozostać na całe życie. Łysina wrodzona może obejmować całą głowę, lub tylko niektóre miejsca, może być trwałą lub przejściową. Łysienie starcze uważać należy za sprawę fizyologiczną, za objaw starzenia się i między niem i łysieniem przedwczesnem granicy oznaczyć nie można, gdyż różne warunki i różny tryb życia powodują wcześniejsze lub późniejsze starzenie się. Dziedziczność gra tu wybitną rolę. Łysienie przedwczesne nie jest tak częstem, jak to powszechnie utrzymują, a przy bacznem badaniu można często wykazać, że łysina jest innej natury, przeważnie łojotokowej. Drugi rozdział traktuje o łysieniu łojotokowem *(alopecia seborrhoica)*. Łojotok stanowi bez wątpienia najczęstszą przyczynę łysienia, które tu może występować w postaci przewlekłej i rozlanej lub ostrej, względnie podostrej, ograniczonej. Łojotok na głowie właściwie niczem się nie zdradza, gdyż nie daje żadnych przykrych uczuć, a łupież powszechnie uważany bywa za rzecz niewinną; dopiero masowe wypadanie włosów zwraca uwagę chorego, gdy cierpienie zaszło już daleko. Łysienie ostre charakteryzuje się objawami zapalnymi skóry, ograniczonem rozprzestrzenieniem i szybkim przebiegiem, — właściwie jest to wyprysk łojotokowy. Pozostawiając sprawę drobnoustrojowego pochodzenia łysienia otwartą, Jessner wskazuje jako czynniki usposabiające, zaburzenia w trawieniu, nawykowe zaparcie stolca, nieracyonalne żywienie, spaczony tryb życia i t. d. W początkach choroby rokowanie o tyle jest niezłe, że można zapobiedz dalszemu łysieniu. Najważniejszą rolę w zapobieganiu i leczeniu posiada metodyczne zmywanie głowy wyskokiem mydlanym *(sapon. kalini 130·00, tinct. benzoës 2.00, spiritus ad 200·00)*; postępować przytem należy tak: natrzeć włosy małą ilością spirytusu za pomocą kawałka flaneli, a potem zmyć gorącą wedą. Ma to na celu oczyszczenie włosów i skóry z łupieżu i pokładów łoju. Następnie dążyć należy do powstrzymania nadmiernego wytwarzania się łoju za pomocą siarki, rezorcyny, ichtyolu, kwasu salicylowego, taniny i chloralu w postaci maści i nacierań. W razie objawów zapalnych na skórze trzeba przedewszystkiem złagodzić je w odpowiedni sposób, a potem leczyć jak wyżej.

W trzecim rozdziale mówi Jessner o łysinie plackowatej *(alopecia areata)*. Cierpienie to występuje nagle, przebiega szybko, ogniska chorobowe mają kolistą postać, a na skórze nie znajdujemy żadnych objawów podrażnienia. Cierpienie to może występować i na innych owłosionych częściach ciała. Spostrzeżenia kliniczne przemawiają za tłem pasorzytniczem *area Celsi*, nie brak jednak objawów, przemawiających za tłem nerwów odżywczych. Rokowanie jest bardzo niepewne. Leczenie polega na usuwaniu włosów na łysych miejscach i w ich otoczeniu, następnie na gruntownem myciu wodą z mydłem i stosowaniu chrysarobiny w 5—10% maści. Faradyzacya, mięsienie również nie są bez znaczenia, wreszcie stosują z powodzeniem naświetlanie elektryczne i Roentgena.

W czwartym rozdziale zastanawia się autor nad łysieniem przyrody grzybkowej *(alopecia mycotica)*. Powstaje ono w następstwie chorób skórnych grzybkowych, jako *alopecia trichophytica (Herpes tonsurans capillitii)* i jako *alopecia favosa (Favus capillitii)*. Po usunięciu włosów w ogniskach chorych i dookoła nich, wymyciu mydłem i wysuszeniu stosuje się nalewkę jodową, chrysarobinę, ichtyol, maść Wilkinsona itd. W ostatnich czasach przy łysieniu strupieniowem *(al. favosa)* Hodara stosował wszczepianie włosów z pewnem powodzeniem.

Łysienie objawowe stanowi treść rozdziału piątego. Powstaje wskutek spraw niszczących skórę, a więc po urazach, wrzodach kiłowych, gruźliczych, wilkowych i t. d., dalej wskutek ogólnych chorób zakaźnych, zwłaszcza duru, róży, kiły, następnie obrzęku śluzakowego i t. d.

Na zakończenie Jessner upomina, że cierpliwość w stosowaniu leczenia ma większe znaczenie, niż wybór środków leczniczych. *Z. Czaplicki.*

V. Wyciągi.

F. Umber. **Pentozurya.** (*Die Therapie der Gegenwart* Nr. I, 1902). Istotą pentozuryi jest nieprawidłowość w przemianie materyi, polegająca na wydzielaniu z moczem cukrów o pięciu atomach węgla, t. zw. pentoz, które przy badaniu moczu dają podobne oddziaływania, jak cukier. Obecność pentoz ($C_5\ H_{10}\ O_5$) w świecie roślinnym znaną była dawno dzięki badaniom Kilianiego i Tollensa. W moczu ludzkim wykrył je i udowodnił niespołna 10 lat temu Salkowski, otrzymawszy połączenie w stanie czystym, o punkcie topliwości 159°. Rozczyny pentoz redukują tak samo, jak heksozy, alkaliczny rozczyn tlenku miedziowego podczas gotowania, dają zatem dodatnie oddziaływanie Trommera, Fehlinga i Nylandera. Odczyn z tlenkiem miedziowym występuje o tyle odmiennie, że dopiero po dłuższem gotowaniu zjawia się nagle. Tak pentozy, jak i heksozy dają z fenylohidrazyną w rozczynie octowym cytrynowo żółte igiełki ozazonu, różniące się tylko punktem topliwości, który dla pentozazonów wynosi 159—160° C., a dla glikozazonów 204°, oraz rozpuszczalnością, gdyż tylko pierwsze są łatwiej rozpuszczalne w wodzie gorącej. Cukier gronowy ulega łatwo fermentacyi pod wpływem drożdży, pentozy tylko przy obecności pewnych jeszcze bakteryj.

Charakterystycznym dla pentoz jest odczyn Tollensa, polegający na powstawaniu czerwonego barwika przy gotowaniu pentoz z floroglucyną i HCl. Barwik ten, dający się wyciągnąć alkoholem amylowym, daje charakterystyczne smugi widmowe. W podobny sposób z orcyną otrzymuje się zabarwienie zielone. Pentoza w moczu się znachodząca jest optycznie nieczynną racemiczną arabinozą. O pojawianiu się jej w moczu wiemy bardzo mało. Dotychczas opisano pięć przypadków czystej pentozuryi; Kulz zaś i Vogel bardzo zawiłą drogą wykazali w 10-ciu przypadkach ciężkiej cukrzycy zawsze obecność pentozy. Rozliczne badania źródła tworzenia się pentoz nie doprowadziły do pożądanego wyjaśnienia. Nie pochodzą one ani z pokarmów roślinnych, ani nie są następstwem rozkładu w jelitach, ani rozpadu nukleoproteidów, ani wreszcie węglowodanów. Pozostaje jedynie przypuszczenie, że pentozy powstają w ustroju drogą syntetyczną (?).

Kliniczny obraz pentozuryi dużo pozostawia do życzenia. Wszyscy pentozurycy uważani byli początkowo za chorych na cukrzycę i dopiero chemiczne dokładne badanie moczu wykazało pentozy. Jedynem podobieństwem jest, że obydwa mocze mają własności redukujące, a z fenylohidrazyną tworzą ozazony. Pentozuryk jednak, o ile zarazem nie jest dyabetykiem, niema wcale upośledzonej zdolności utlenienia węglowodanów, nerki jego są dla cukru gronowego nie przepuszczalne, a pod wpływem florydzyny wydzielają obydwa gatunki cukru. Krew jego ma tę samą ilość cukru, co krew człowieka zdrowego. Zresztą mocz pentozuryka ani pod względem składu, ani ilości nie różni się od prawidłowego. Symptomatologia kliniczna również nie jest charakterystyczną. Usposobienie neuropatyczne zdaje się odgrywać pewną rolę. Przypadek Mayera cechował się bólami krzyżów, głowy, zawrotami i uczuciem znużenia. Wszystkie te jednak objawy nie są dla pentozuryi charakterystyczne.

Rozpoznanie możliwe tylko przez ścisłe badanie moczu. Podejrzenie wzbudzić winna okoliczność, jeśli mocz po sfermentowaniu jeszcze redukuje. Dalszą cechą odróżniającą jest rozpuszczalność i punkt topienia ozazonów. Dobry dosyć sposób oryentacyjny ma dawać próba orcynowa. Wykonywa się ją w ten sposób, że się ogrzewa mocz z równą ilością HCl dymiącego i ziarenkiem orcyny. Występuje przelotne zabarwienie czerwone lub fioletowe, zależne od ilości pentozy. Mocz się ostudza, a następnie dolewa alkoholu amylowego i lekko kłóci. Barwik przechodzi do alkoholu i wkrótce zmienia barwę od jasno- do ciemno-zielonej, dającej w widmie słonecznem wyraźną smugę między D i E i drugą słabą około widma czerwonego. Mocz odbarwiony węglem zwierzęcym daje reakcyę bardzo pięknie. Próba ta jest lepsza, jak z floroglucyną, bo nie tak łatwo zakłóca ją kwas glikuronowy. Nie należy jednak gotować za długo. Jest to próba tak czuła, że mocz kilkakrotnie przez bibułę sączony już ją dać może, należy więc w razie potrzeby mocz taki sączyć przez watę szklaną lub asbest. Jeśli więc próba orcynowa wypada ujemnie, to na pewno pentozy niema; jeśli dodatnio, to mógł ją dać także (gdy za długo z HCl. gotowano) kwas glikuronowy. Wtenczas najprostszym z podanych jest sposób Külza i Vogla do odróżnienia i wykazania pentozy, polegający na przyrządzeniu z kwasem octowym i fenylhidrazyną gęstwy ozazonowej, z której wodą o 60° wyciąga się pentozozazon.

Rokowanie co do życia jest dobre. Leczenie jest dotąd bezsilne, a dotychczasowe wyniki badań tyle tylko wskazują, że jakaś dyeta osobliwa jest bezcelowa. Wzmocnienie ogólnego odżywienia i usunięcie przypadów neurastenicznych poprawiają stan chorego. Społecznie ważnem jest to zboczenie przemiany materyi o tyle, że lekarz łatwo może wziąść człowieka pentozuryą dotkniętego za dyabetyka i pozbawić możności ubezpieczenia na życie.

Dr. Flis (Kr. kl. ch. w.).

Ernst Bendix. **O cukrzycy pokarmowej po narkozie.** (*Centralblatt für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten* 1902, Nr. 6). Autor zdaje pokrótce sprawę ze swych doświadczeń, mających za cel stwierdzenie wpływu uśpienia chloroformowego na spalenie cukru w ustroju. Pochop do badań dały spostrzeżenia kliniczne, wykazujące, że po rękoczynach, wykonanych w uśpieniu chloroformowem, pojawia się niekiedy w moczu operowanych cukier, zwłaszcza zaś spostrzeżenie Ebsteina, dotyczące chorego na moczówkę cukrową, u którego przy stosownej dyecie znakomicie spadła ilość wydzielanego cukru, po operacyi zaś przepukliny pępkowej, wykonanej w uśpieniu chloroformowem, podniosła się na nowo i przekroczyła nawet znacznie ilość pierwotną.

Doświadczenia wykonywano na psach. Wykazały one, że uśpienie chloroformowe same przez się nie powoduje cukromoczu, że jednak wywołać go łatwo, jeśli zwierzę otrzyma pewną ilość rozczynu cukru gronowego. Wpływu narkozy dowodzi dostatecznie ta okoliczność, że zwierzę nie uśpione spala zupełnie prawidłowo wprowadzoną ilość cukru. Tłómacząc powstawanie cukromoczu, powołuje się autor na zdanie Ebsteina, który chloroformowi przypisuje wpływ trujący na pierwoszcze komórek. Następstwem zatrucia jest zmniejszenie t. zw. oddechania wewnętrznego, zmniejszenie zdolności przyswajania tlenu, wytwarzania i wydzielania kwasu węglowego.

L. K. (Kr. kl. ch. w.).

Rencki. **Znaczenie rozpoznawcze mikroskopowego badania krwi przy raku i wrzodzie okrągłym żołądka, ze szczególnem uwzględnieniem leukocytozy trawiennej.** (*Arch. für Verdauungskrankheiten* Bd. VII, H. 3, 4, 5. *Pamiętnik jubileuszowy prof. E. Korczyńskiego*). W przebiegu nowotworów żołądka spotykał autor stale mniejszy lub większy ubytek ilości ciałek czerwonych. Zazwyczaj pojawiały się dość licznie mikro- i poikilocyty, oraz ciałka barwiące się polichromatycznie; ciałka jądrzaste spotykano tylko w ciężkich przypadkach. Zmniejszenie ilości hemoglobiny bywało znaczniejsze, aniżeli ubytek ilości ciałek czerwonych.

W przebiegu wrzodu żołądka wykazuje badanie krwi bardzo często prawidłowe, a nawet nieco większe ilości ciałek czerwonych. W mniejszości przypadków pojawiają się mikro- i poikilocyty, jeszcze rzadziej ciałka jądrzaste. Po obfitych krwotokach stwierdzono w jednem spostrzeżeniu zmniejszenie się ilości ciałek do 1·3 mil. hemoglobiny do 19%, oraz pojawienie się megaloblastów z jądrem wielorakich kształtów.

Wynikom badań krwi we wzmiankowanych chorobach nie przypisuje autor większego znaczenia rozpoznawczego dla rozróżnienia nowotworu od wrzodu i na odwrót. Badania te ułatwić mogą tylko rozpoznanie postaci niedokrewności jako takiej rozstrzygnąć, czy niedokrewność zależy od nowotworu, czy od innego rodzaju schorzenia żołądka, względnie jelit. W przypadkach, w których liczba ciałek czerwonych przekracza 2 mil., a ilość hemoglobiny jest uderzająco niska, przyjmować można z pewnem prawdopodobieństwem, że niedokrewność jest następstwem nowotworu. Żadnych natomiast wniosków rozpoznawczych nie można wysnuwać z ilości ciałek białych. Pojawianie się hiperleukocytozy trawiennej zależy wyłącznie tylko od prawidłowej czynności odźwiernika i jelit; przyroda anatomiczna cierpienia niema najmniejszego znaczenia. To też z pojawiania się lub z braku leukocytozy trawiennej nie można wnosić ani o wrzodzie, ani o nowotworze żołądka. *L. K.* (Kr. kl. ch. w.).

V. Mieczkowski. **Próby odkażania w jelicie cienkiem.** (*Ref. Centralblatt für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten* 1902, Nr. 6). Czysty sok jelitowy nie posiada własności bakteryobójczych. Wybitny wpływ na drobnoustroje w jelitach wywiera mentol w znacznych dawkach, tannopina działa słabo, itrol i bismut nie działają w tym kierunku zupełnie. *L. K.* (Kr. kl. ch. w.).

Iwanow. **Wpływ trucizn na ustrój w zależności od stanu układu nerwowego.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Petersburg, 1901). Autor wykonał w pracowni farmakologicznej prof. Krawkowa szereg bardzo pouczających doświadczeń w celu wyjaśnienia związku między stanem układu nerwowego a działaniem substancyj trujących. Dla doświadczeń posłużył się przeważnie żabami i królikami. Zaburzenia w układzie nerwowym wywoływał przez przecięcie nerwów, oraz elektrycznem lub chemicznem drażnieniem układu nerwowego ośrodkowego i obwodowego. Z substancyj trujących J. wybrał dla doświadczeń kurarę, strychninę i pikrotyksynę. Najpierw więc J. wprowadzał do grzbietowego worka chłonnego żab kurarę i natychmiast u jednej żaby podrażniał nerw kulszowy prądem przerywanym, drugą zaś zostawiał dla kontroli. Okazało się, że drażnienie nerwu kulszowego prądem przerywanym przyspiesza działanie kurary na ustrój; takiż wpływ ma i poprzednie drażnienie, oraz przecięcie nerwu i splotu kulszowego przed zatruciem żab kurarą. Drażnienie skóry rozczynem Türcka przyspiesza także działanie kurary. Doświadczenia ze strychniną były przeprowadzone w następujący sposób: autor przykładał elektrody na dwa końce rdzenia pacierzowego, a dla drażnienia używał najsłabszego prądu, który wywoływał skurcz mięśni kończyn; u żaby kontrolnej drażnienia nie stosował; następnie obydwom żabom wprowadzał podskórnie jednakową dawkę siarkanu strychniny. Okazało się, że drażnienie rdzenia kręgowego, oraz włókien czuciowych splotu kulszowego prądem przerywanym ma wpływ tamujący na działanie strychniny, a nawet znosi tężec strychninowy. Prądy o wysokiem napięciu i częstej przemianie (prądy Tesla-d'Arsonvala) odwrotnie przyspieszają działanie strychniny, jeśli strychnina została wprowadzoną jednocześnie z początkiem przepuszczania prądów; jeśli zaś prąd przepuszcza się przed zatruciem strychniną, to działanie strychniny występuje później i kurcze przybierają inne cechy. Przecięcie nerwu kulszowego ma wpływ tamujący na zatrucie weratryną i strychniną. Doświadczenia z pikrotoksyną J. przeprowadził w ten sposób, że jedną elektrodę wprowadzał pod rdzeń przedłużony, drugą zaś u końca rdzenia kręgowego i przepuszczał prąd stały, zastrzykując jednocześnie niektórym żabom do grzbieto-

wego worka chłonnego pikrotoksynę. Doświadczenia te wykazały, że przepuszczanie przez rdzeń prądu stałego zatrzymuje działanie pikrotoksyny. Wreszcie przeprowadził J. kilka doświadczeń dla oznaczenia wpływu układu nerwowego na stany zapalne: u królika autor odpreparowywał obydwa nerwy spółczulne na uszach i drażnił jeden z nich słabym prądem przerywanym w ciągu 20 minut; potem zaszywał ranę i po upływie 2—3 godzin zanurzał na trzy minuty uszy do wody, ogrzanej do 54° C. Okazało się, że poprzednie słabe drażnienie nerwu prądem przerywanym wywiera wpływ wzmagający na sprawą zapalną. Na podstawie tych wszystkich doświadczeń przychodzi J. do wniosku, że stan układu nerwowego wywiera ogromny wpływ na działanie substancyj trujących i w ten sposób stwierdza doniosły fakt biologiczny udziału układu nerwowego w życiu ustrojowem. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

J. Lintwarew. **Wpływ warunków fizyologicznych na stan i ilość zaczynów w soku trzustkowym.** (*Rozprawa na stopień Dra medycyny.* Petersburg, 1901). Zaczyn białkowy trzustki przedstawia się, jak wiadomo, w dwóch postaciach: w postaci zymogenu i czynnej trypsyny. Już Szepowalenko dowiódł, że sok jelitowy, zawierający zaczyn, nazwany przez niego kinazą, wzmaga działanie soku trzustkowego. Nasuwała się myśl, że podobny wpływ kinazy wykonuje się przez przejście zymogenu w stan czynnej trypsyny. Dla rozstrzygnięcia tego pytania Lintwarew brał sok trzustkowy z założonej u psa t. zw. ostrej przetoki trzustkowej, więc sok bardzo mało czynny. Pod wpływem soku jelitowego ten sok trzustkowy stawał się w wysokim stopniu czynnym wskutek przejścia zymogenu w trypsynę. Toż samo L. stwierdził i w warunkach fizyologicznych, poddając badaniu sok trzustkowy, otrzymany po karmieniu psa wyłącznie mięsem, lub chlebem z mlekiem. Przy karmieniu mięsem sok trzustkowy wydziela się bardzo czynny; dodanie soku jelitowego nietylko nie wzmaga jego działania, lecz nawet obniża; oczywiście mamy tu do czynienia z wydzieliną odrazu soku z czynną trypsyną, lecz nie bez zymogenu; własności tego soku trawiące białko wzmagają się przy dodaniu żółci. Przy karmieniu psa mlekiem z chlebem odwrotnie wydziela się sok o cechach zymogenu, więc bierny względem białkanów; dodając do niego soku jelitowego, przetwarzamy zymogen w trypsynę i podnosimy przez to znacznie działanie soku na białkany; żółć przeciwnie obniża tę własność soku trzustkowego, podnosząc ją znacznie tylko w razie zniszczenia trypsyny przez ogrzewanie soku. Z tych badań wynika, że trzustka wytwarza sok już to z protrypsyną (zymogenem), już to z trypsyną. Jeśli w pokarmie zawiera się wiele białkanów, to sok wydziela się czynny z obfitą ilością już gotowej trypsyny; jeśli zaś pokarm składa się przeważnie ze skrobi i tłuszczów, to sok jest bierny i zawiera zymogen. Przeciwnie rzecz się ma z zaczynem diastazy; ten ostatni wydziela się zawsze niezależnie od rodzaju pokarmu w postaci amylopsyny, względna ilość jego jest odwrotnie proporcyonalną do szybkości wydzielania się soku. Wreszcie zaczyn tłuszczowy soku trzustkowego wydziela się przy pokarmie węglowodanowo-tłuszczowym zawsze w postaci zymogenu, który przechodzi w stan czynny (oleopsynę) pod wpływem soku jelitowego i żółci; ilość jego zawsze przewyższa ilość zaczynu tłuszczowego przy pokarmie białkowym. Przy wyłącznym zaś pokarmie białkowym ani żółć, ani sok jelitowy nie zmieniają siły zaczynu tłuszczowego, co wskazuje, że trzustka w razie pokarmu białkowego wydziela zaczyn tłuszczowy odrazu w postaci oleopsyny. *Witold Orłowski* (Ptbg.)

Hertel. **Przyczynek do nauki o stwardnieniu naczyń środkowych oka.** (*Graef. Archiv f. Opht.* T. 52, 1901). Autor badał anatomicznie kilkanaście gałek ludzi starszych z typowem stwardnieniem naczyń obwodowych, przyczem doszedł do następujących wyników: obecność wielkiej ilości włókien elastycznych, które u ludzi z typowem stwardnieniem naczyń się napotyka, jest objawem, który znachodzi się także u ludzi prawidłowych. Proces ten rozpoczyna się już w wieku młodzieńczym, bez względu, czy stwardnienie naczyń się wytworzyło, czy nie. Natomiast u ludzi z stwardnieniem naczyń znajdują się zgrubienia już to wysepkowate, już to więcej rozlane w wewnętrznej błonie, przyczem tętnice więcej są zmienione, niż żyły. Zmiany te widoczniejsze są w naczyniach środkowych; naczynia siatkówkowe zmian tych nie okazywały. Zgrubienia te są stanowczo pochodzenia zapalnego o bardzo przewlekłym przebiegu, zatem to samo, co się i w innych częściach ustroju spotyka. Zgrubienia te mogą doprowadzić wreszcie do zupełnego zamknięcia światła naczynia. Mimo zmian, napotykanych pod drobnowidem, dna oczu, badane za życia, tak dalece zmian wziernikowych nie okazywały, a i bystrość wzroku była prawidłową — czyli innemi słowy badanie wziernikowe nie pozwala nic powiedzieć o budowie ścian naczyń, jeśli zmiany nie są bardzo daleko posunięte. Jest to rzeczą ważną; bo nie można wtedy nic powiedzieć, jak się zachowują naczynia mózgowe; a wniosek wtedy tylko jest usprawiedliwiony, gdy są zmiany w dnie oka. Autor bowiem, badając naczynia mózgowe, znalazł w nich znaczne zmiany, pochodzące ze stwardnienia, nie znajdując ich równocześnie w naczyniach siatkówkowych wcale. Zdanie to samo wypowiedział swego czasu Uhthoff o zapaleniu żył na tle kiłowem. *Dr. Brudzewski.*

Voigt. **Zastosowanie balonu Brauna (kolpeuryntera) do pochwy w celach położniczych.** (*Archiv f. Gynäc.* tom 66, 1902, Z. 1). Opierając się na doświadczeniu, nabytem przy stosowaniu tego przyrządu w 510 przypadkach, podnosi autor nieocenione usługi przy odpowiedniem użyciu go. Warunki dla osiągnięcia skutecznego wyniku są: 1) czystość samego balonu przez dokładne mycie i szczotkowanie gorącą wodą i mydłem 5′, — a następnie sublimatem również 5′; pochwę należy przestrzykać słabym rozczynem sublimatu; 2) odpowiedni dobór balonu, który po wypełnieniu powinien być elastyczno-twardy i przylegać ściśle do ścian pochwy; 3) obecność cechujących bólów porodowych, choćby nawet słabych, jako oznaka rozpoczętej czynności porodowej; 4) brak bliznowatych zwężeń części pochwowej. Zastosowywano balon: 1) w przypadkach ścieśnienia miednicy w celu utrzymania pęcherza płodowego i uchronienia od przedwczesnego pęknięcia; 2) jeżeli zaś pękł przedwcześnie, to w celu utrzymania resztek wód płodowych; 3) w zamiarze wzmocnienia bólów porodowych (nie wywołania), jeżeli te osłabły wskutek długotrwałej czynności porodowej i w celu przygotowania części miękkich, np. u starych pierwiastek. W przypadkach, w których mimoto poród powoli tylko lub wcale nie postępował, zastosowanie balonu Brauna stwarzało szybko warunki do operacyjnego ukończenia porodu. Następnie stosowano balon przy położeniach poprzecznych płodu. Prawie zawsze udało się w ten sposób utrzymać pęcherz płodowy aż do zupełnego rozwarcia ujścia macicznego i wykonać obrót wśród najkorzystniejszych warunków. Przy drgawkach porodowych (eklampsyi) stosowano go głównie dla wzmocnienia bólów porodowych i przygotowania części miękkich w celu szybkiego ukończenia porodu. W przypadkach łożyska przodującego stosowano go celem tamponowania pochwy i wzmocnienia bólów porodowych. Przytem zauważono, że tamponowanie zapomocą gazy jest w tych przypadkach o wiele korzystniejsze. W końcu odpiera autor stanowczo zarzut, jakoby stosowanie balonu Brauna do pochwy wpływało niekorzystnie na połóg; obliczywszy odsetek kobiet gorączkujących, u którychby można myśleć o związku przyczynowym, na 11·5 do 16·5, — odsetek śmiertelności równał się 0. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Krajewski. **Porównawcze badania wpływu morfiny i jej pochodnych (heroiny, peroniny, dioniny i kodeiny) na czynność oddechową.** (*Russki Wracz* 1902, Nr. 9). K. badał na królikach (w pracowni farmakologicznej prof. Krawkowa) wpływ morfiny i jej pochodnych na liczbę, rytm i głębokość oddechów (zapomocą zegara gazowego i metody graficznej), na pobudliwość ośrodka oddechowego (zapomocą drażnienia prądem przerywanym końca ośrodkowego nerwów błędnego, krtaniowego górnego i trójdzielnego), wreszcie na wymianę gazów i na stan ogólny zwierzęcia. Alkaloidy wstrzykiwano podskórnie w 1% rozczynach wodnych, w dawkach od 0,0005—0,001 do 0,03—0,35 grm. na kilo wagi. Na podstawie tych doświadczeń przychodzi K. do następujących wniosków: 1) pod względem szybkości działania pierwsze miejsce należy się heroinie, a potem morfinie, dyoninie, kodeinie i wreszcie peroninie; 2) zwolnienie oddechania występuje najwybitniej pod wpływem działania heroiny, potem morfiny, peroniny i dyoniny; kodeina przeciwnie przyspiesza oddechanie; 3) rytm oddechowy zmienia się najwięcej po peroninie i kodeinie, a tylko w nieznacznym stopniu po małych dawkach morfiny i średnich lub dużych dawkach heroiny; 4) na głębokość oddechów wpływały badane leki w następującym porządku, zaczynając od silniej działających: heroina, morfina, dyonina, peronina i kodeina; 5) pobudliwość ośrodka oddechowego obniża się najwybitniej pod wpływem heroiny, następnie morfiny; peronina jest pod tym względem obojętną; dyonina zaś, a osobliwie kodeina — przeciwnie pobudliwość zwiększają: 6) ogólna pobudliwość odruchowa najjaskrawiej obniża się po morfinie (według zaś doświadczeń wszystkich poprzednich badaczy morfina wywiera wpływ podniecający na pobudliwość odruchową; różnica być może zależy od rodzaju zwierząt, który służył badaczom do doświadczeń — *przypisek sprawozdawcy*), a potem po heroinie; peronina i dyonina podnoszą ją w nieznacznym stopniu na krótki czas; kodeina zaś podnosi ją silnie i na czas dłuższy; 7) kojące i nasenne działanie mają w równym stopniu morfina i dyonina; nasenne własności kodeiny i peroniny są bardzo nieznaczne; heroina zaś wywołuje szczególny stan, przypominający katalepsyę; 8) wymiana gazów i ciepłota nie ulegają wybitnym zmianom. (Wnioski autora nabiorą wtenczas znaczenia u łóżka chorego, gdy będą uzupełnione porównawczemi badaniami działania tych przetworów

na inne czynności ustroju, przedewszystkiem zaś na czynność serca i układu naczynioruchowego; bez badań tego rodzaju trudno wysnuwać wnioski praktyczne, jak tego życzy sobie autor; nie mówię już o tem, że podobne doświadczenia należy niezbędnie uzupełnić ścisłemi spostrzeżeniami klinicznemi, w razie bowiem różnicy między wynikami doświadczalnymi a spostrzeżeniami klinicznemi, pierwsze tracą swoje znaczenie. *Przypisek sprawozdawcy*).

Witold Orłowski (Ptbg.).

M. Geirsvold. **Rak w Norwegii.** (*Nordiskt Medicinskt Arkiv.* — *Philad. Med. Journal* 4 stycznia 1902 r.). Autor zebrał statystyczne liczby, tyczące się rozpowszechnienia raka w Norwegii. Gdy w roku 1865 umierało tam z raka dwie osoby na 10.000 ludności, w 1897 roku stosunek wynosił 8 na 10.000. Liczba lekarzy w Norwegii w tym czasie zwiększyła o przeszło 50% i rozpoznanie stało się bardziej pewne; to jednak nie wpłynęło na śmiertelność z raka, która w Norwegii stale wzrastała. Więcej przypadków spostrzegano na wybrzeżach kraju, niż wewnątrz; więcej w miastach, niż po wsiach; w miejscowościach chłodniejszych rak występuje rzadziej. Jako przyczyna śmierci rak stosunkowo częściej był notowany po wsiach, niż w miastach. Mała ilość wody, nadającej się do picia i żywienie-się rybami mogą mieć pewien wpływ na rozpowszechnienie raka w nadbrzeżnych miastach. Przeludnienie po miastach mogłoby stanowić przyczynę większej częstości raka, który, jak się zdaje, często trzyma się pewnych ulic i domów. Co do płci chorych, to różnicy prawie niema; co do wieku, to najczęściej rak nawiedza ludzi 60—80 letnich. Kobiety przeważnie zapadają przed 50, mężczyźni po 50 roku życia. Robotnicy częściej zachorowują na raka, niż klasy średnie i wyższe. Jednakże śmiertelność z raka jest stosunkowo wyższą wśród warstw zamożnych. Najwięcej przypadków raka stwierdzono w przewodzie żołądkowo-jelitowym; nawet rak narządów płciowych i gruczołów mlecznych u kobiet rzadziej się zdarza w Norwegii, niż w przewodzie pokarmowym. Fakt, iż 80% śmierci z raka przypada na raka przewodu żołądkowo-jelitowego świadczy, że żywienie się osobnika bywa etyologicznym czynnikiem.

St. Rudzki (Ptbg.).

John Moore. **Zapalenie nerek w związku z zimnicą.** (*American Medicine. Philadelphia Med. Journ.*, 4 stycznia 1902 r.). Wnioski autora są następujące: 1) zapalenie nerek zazwyczaj nie zdarza się w następstwie prostej trzeciaczki o krótkim przebiegu, n. p. pięciodniowym; 2) nawrotowe zakażenie zimnicze wywołuje zapalenie nerek w znacznym odsetku przypadków, chociażby trwanie trzeciaczki każdorazowo było krótkie; 3) im bardziej przewlekły jest przebieg zimnicy, tem łatwiej powstaje zapalenie nerki; 4) zimnica długotrwała lub z często powtarzającymi się nawrotami wywołuje przewlekłe cierpienie nerek, objawiające się stałym białkomoczem i obecnością wałeczków; 5) letnia i jesienna zimnica (*malaria aestivo-autumnalis*) prawdopodobnie przysparza najwyższy odsetek następczych zapaleń nerek (w przypadkach autora 68,7%); 6) wiek chorego, wysokość ciepłoty i ciężar gatunkowy moczu nie wpływały w przypadkach, spostrzeganych przez autora, na obecność białka i wałeczków w moczu.

St. Rudzki (Ptbg.).

Silex. **O ropnem zapaleniu ócz noworodków.** (*Die Heilkunde* 1902, Nr. 1). Przechodząc rozmaite sposoby leczenia zapalenia ropnego ócz noworodków, zgadza się S. na zapobiegawcze zakraplanie; pierwszeństwo jednak daje sposobowi Credego, t. j. 2% rozczynowi azotanu srebrowego. Aby usunąć raz na zawsze groźne następstwa zapalenia ócz noworodków, czyni autor wniosek, aby rząd wziął tę sprawę w swoją opiekę, tak jak zaopiekował się ochronnem szczepieniem przeciw ospie, i w tym celu wydał odpowiednią ustawę, w której zobowiązałby akuszerki do donoszenia o każdym przypadku władzy politycznej, a po miastach policyi. Przy istniejącem już zapaleniu z początku autor używa tylko przemywań; gdy okres ostry minie, pędzluje on 1% rozczynem azotanu srebrowego naprzemian z zakraplaniem ¼% rozczynu azotanu srebrowego, lub sozojodolanem cynkowym. Po ustaniu wydzieliny zakrapla jeszcze oczy przez dni 14 słabym rozczynem protargolu. *P.*

Noorden. **Przyczynek do nauki o torbielach muszli usznej.** (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, Tom 62). Przyczyna i mechanizm powstawania torbieli muszli usznej nie jest bliżej znana. W ostatnich czasach wielu autorów dopatruje przyczyny w ograniczonem zapaleniu surowiczem ochrzęstnej, które się otorbia. N. opisuje przypadek torbiela muszli usznej u 26-letniego mężczyzny, który powstał na powierzchni wklęsłej muszli usznej w ciągu trzech tygodni bez jakiejkolwiek widocznej przyczyny. Torbiel nacięto; wypłynęła ciecz przeźroczysta, podobna do gliceryny. Jama torbiela wypełniła się powoli ziarniną i zupełnie zarosła. Badanie mikroskopowe ścian wykazało, że główną składową częścią jest chrząstka, która na zewnątrz pokryta jest skórą, na wewnątrz tkanką łączną. Tym sposobem torbiel powstał wewnątrz samej chrząstki. N. przyjmuje jako przyczynę uraz, pomimo braku tego czynnika w wywiadach. N. objaśnia sobie powstanie w ten sposób, że wskutek urazu powstało pęknięcie wewnętrzne chrząstki i między dwie w ten sposób powstałe blaszki chrząstki nastąpiło przepacanie się płynu. Tkanka łączna na wewnątrz torbiela utworzyła się następczo.

Dr. Teofil Zalewski.

Boinet. **Histerya a zimnica.** (*Presse médicale*, Nr. 102, 1901). Autor spostrzegał chorych, u których zimnica widocznie wywołała histeryę, jakkolwiek poprzednio żadnych przypadłości nerwowych u nich nie było. W innym przypadku przez przyłączenie się zimnicy spotęgowała się częstość i ciężkość napadów macinniczych. Zimnica wywiera zdaniem autora głównie wpływ na napady i na spotęgowanie zaburzeń psychicznych histeryi. Wpływ ten wywołać mogą wszelkie postacie zimnicy, a pojawia się prawie wyłącznie u jednostek już przedtem usposobionych. Często występują oba cierpienia równolegle, okresowo, a wtedy środki przeciwzimnicze działają zwykle korzystnie także na nerwicę. Okresowo pojawianie się napadów histerycznych można tłomaczyć bądź okresowem działaniem zakażenia zimniczego na układ nerwowy, bądź samopoddawaniem chorego, wynikłem z jednorazowego zbiegu napadu nerwowego z zimniczym. Rozpoznanie zimniczego tła macinnicy polega na stwierdzeniu czynników etyologicznych, albo na wykryciu pasorzyta zimniczego, względnie obrzęku śledziony. Sama bowiem okresowość napadów, oraz podniesienie ciepłoty, dreszcze i poty mogą pojawić się w przebiegu histeryi bez zimnicy i nie są cechami charakterystycznemi. Zimnica pogarsza zawsze rokowanie w histeryi. Nawroty bywają częste, a przypady histeryczne pozostają mimo ustąpienia zimnicy. W leczeniu należy uwzględniać oba cierpienia, oraz stan ogólny chorego.

Dr. M. Blassberg.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Kwas chinowy i jego połączenia. (*E. Merck: Bericht über das Jahr 1901*). W ciągu ostatniego roku wiadomości nasze o leczniczem działaniu kwasu chinowego i jego połączeń bardzo się wzbogaciły. Według najnowszych badań kwas chinowy zamienia się w ustroju na kwas będźwinowy, ten zaś, łącząc się z glikokolem, tworzy kwas hipurowy, którego sole są o wiele łatwiej rozpuszczalne, niż sole kwasu moczowego. Teoretycznie działanie kwasu chinowego wymaga jeszcze dalszych wyjaśnień; pod względem praktycznym spostrzeżenia kliniczne stwierdzają bardzo skuteczne działanie tego środka w przebiegu dny. Przetwory, których skuteczność dotychczas stwierdzono, są: urosina (*Lithium chinicum*), chinotropina (*Urothropinum chinicum*), sidonal (*Piperazinum chinicum*) i urol (*Urea chinica*).

O urolu mamy tylko jedno spostrzeżenie, podane przez Noordena (porównaj „Przegląd lekarski" 1902, Nr. 15). Jest to połączenie dwóch drobin mocznika i jednej drobiny kwasu chinowego, łatwo rozpuszczalne w wodzie i rozcieńczonym wyskoku. Noorden zaleca go przeciw dnie i przeciw złogom moczanowym w nerkach. Dawka dzienna wynosi 2—5 grm. Najlepiej podawać ten środek rano i wieczorem w dwóch równych dawkach, rozpuszczonych w gorącej wodzie. Tak stosowany ma działać urol najskuteczniej i nie wywiera ujemnego wpływu na trawienie.

Dr. T. Ż.

Orthoform zaczęto stosować w ostatnich czasach, jako lek znieczulający miejscowo i to w postaci 10% maści, lub zmięszany z innymi proszkami. Na naskórek nie działa, ale na rany jest doskonałym środkiem znieczulającym, a prócz tego pobudza ziarninowanie. Jednakże trzeba go stosować ostrożnie, bo bywają chorzy, którzy go nie znoszą: na ranach tworzą się brudne obumarłe naloty, a w otoczeniu ran, lub nawet na całem ciele, może wystąpić dotkliwa wysypka.

Bromokoll — poleca w ostatnich czasach Joseph w postaci 10—20% maści, ciasta lub (pasty), jako dobry środek uśmierzający świąd skóry.

Thiol — *(thiolum liquidum et siccum)* jest to syntetycznie otrzymany preparat siarki bez zapachu. Zastosowanie ma to samo, co ichtyol, a jest zupełnie nieszkodliwy i nie drażni skóry nawet najwrażliwszej, lub dotkniętej zapaleniem ostrem. Dobry do wcierań w 10% maści, lub do pendzlowania, rozcieńczony trzecią częścią gliceryny, — w wyprysku, rumieniu, trądziku pospolitym, oparzeniach i t. d.

Captol — produkt zagęszczenia taniny i chloralu. W postaci *spiritus captoli* zachwalany jest jako środek na porost włosów. Jessner sceptycznie się nań zapatruje.

Lenigallol — związek kwasu pyrogalusowego, jest według Kromayera — łagodnie działającym przetworem — w wyprysku, zwła-

szcza pęcherzykowym Dobrze stosować go w postaci pasty: *Lenigallol 5·00—10·00, Zinci ox., Amyl., Vaselini flav. amer., Ung. lenient. aa 10·00.*

Z. Czaplicki.

VII. **Cholera w Hedżas i środki zaradcze przeciw jej zawleczeniu.**

Pielgrzymka do Meki zgromadziła w roku bieżącym około 240,000 mahometan. Z tych większa część przypada na pielgrzymów przybywających z południa i wschodu, mniejsza, około 40,000, z Europy, Afryki północnej i Azyi mniejszej. Że wśród takiego tłoku ludności ras wschodnich, z natury nie przywykłych do czystości, mających nadto walczyć z niedostatkiem wody i żywności, mogą wybuchać choroby zakaźne, jest rzeczą naturalną; pielgrzymi, wracając do swoich siedlisk, roznoszą zarazę i stają się rozsadnikami bardzo groźnych nieraz epidemij. Aby temu zapobiedz, zarządza się w dobrze zrozumianym interesie daleko idące środki ostrożności. Ideałem by było nie dopuścić do wybuchu zarazy. W tym celu wszyscy pielgrzymi, przybywający z południa i wschodu, jako najbardziej groźni, gdyż pochodzą bezpośrednio z miejsc zakażonych, odbywają kwarantannę na wyspie Kamaran. Jestto wyspa w południowej części morza Czerwonego, gdzie międzynarodowa Rada sanitarna turecka urządziła obszerną stacyę kwarantannową. (Jest tam obecnie dyrektorem nasz rodak Dr. L u b i c z - S z y m o ń s k i). Wszystkie okręty, dążące z południa, muszą tam zawijać. Pielgrzymi zostają wysadzeni na ląd, gdzie podlegają pięciodniowej obserwacyi, oraz gruntownemu odkażaniu. Podobnemu odkażeniu podlegają i okręty.

Pielgrzymi z północy przepływają kanał suezki w kwarantannie, tj. nie stykają się z Egiptem, a w takim razie po wizycie lekarskiej wylądowują w Dżeddah bez przeszkody: pielgrzymi egipscy i ci, którzy wylądowują w Aleksandryi, a następnie koleją udają się do Suezu, aby ztąd na okrętach egipskich udać się do Dżeddy, zostają w Suezie przed odpłynięciem gruntownie badani i odkażani, a to ze względu na mór, który od 7 kwietnia 1901 r. ustawicznie w Egipcie panuje. Po przybyciu do Dżeddy podlegają ci pielgrzymi ponownemu badaniu, odkażeniu i tylodniowej obserwacyi, aby ona, wliczając w to drogę morską, wynosiła 5 dni.

Obok tych dróg morskich istnieją jeszcze lądowe, po których pielgrzymi z różnych stron zdążają karawanami. Jakkolwiek władze sanitarne czuwają pilnie, to jednak w pustyni, gdzie jak powiada Mickiewicz:

„Tylko skały tam nocują
Tylko gwiazdy tam koczują“

trudno dostrzedz wszystkiego i niezawodnie wielu pielgrzymów przekracza bramy miasta świętego bez poprzedniego odkażenia. Niewątpliwie też będą tam i tacy, którzy przybywają drogą morską i wylądowują potajemnie na obszernych i z tego powodu nie dających się dopilnować brzegach Arabii.

To też nie ustrzeżono się zarazy mimo tych wszystkich środków ostrożności, gdyż, jak doniósł telegram z dnia 7 marca — stwierdzono w Medynie przypadki cholery, które się datują już od 17 lutego. Dnia 9 marca było już w Mece 7 przypadków śmiertelnych. Do 10 marca było w Medynie 322 przypadków śmierci między pielgrzymami, a 30 między mieszkańcami Medyny; w Mece 38 przypadków, z których 16 śmiertelnych.

12 marca	w Dżeddach	5	przyp.	— 4 śmiertel.
17 „	w Mece	64	„	
17 „	w Dżeddach	4	„	
18 „	w Mece	63	„	
19 „	w Mece	21	„	— 15 śmiertel.
22 „	w Medynie	48	„	— 41 „
23 „	w Medynie	20	„	— 46 śmierci
23 „	w Mece	220	śmierci.	

Jestto dzień ofiar, zatem główny dzień wszystkich uroczystości, poczem pielgrzymi powoli udają się do Dżeddy.

24 marca	w Mece	246	przyp.	śmierci
25 „	„	286	„	„
26 „	„	197	„	„
27 „	„	103	„	„
28 „	„	38	„	„
29 „	„	36	„	„
30 „	„	21	„	„

Widać z tego, że w miarę jak pielgrzymi opuszczają Mekę, zmniejsza się liczba śmierci w Mece, a natomiast wzrasta w Dżeddach, i tak:

29 marca	w Dżeddach	17	przyp.	śmierci
30 „	„	25	„	„
31 „	„	28	„	„
1, 2 kwietnia	„	73	„	„

W miarę jak pielgrzymi opuszczają Dżeddach, zmniejsza się tamże liczba przypadków, a zdarzają się pojedyncze przypadki na okrętach odpływających z Dżeddach, i tak:

3 kwietnia	w Dżeddach	16	przyp.	śmierci
5 „	„	14	„	„
6 „	„	10	„	„
7 „	„	7	„	„
8 „	„	4	„	„

Wobec tego trzeba było zastosować środki ochronne przeciw zawleczeniu cholery, a zadanie to spełnia względem pielgrzymów z Egiptu i z Europy międzynarodowa Rada sanitarna kwarantannowa egipska.

Najważniejszymi punktami, gdzie te środki zostają zastosowane, są stacye w El-Tor i Suez.

Zarządzenia te można podzielić na dwie kategorye: pierwsze mają za zadanie skierować na pole kwarantannowe w Tor wszystkich pielgrzymów, wracających z Hedżas tak, aby się żaden nie mógł uchylić od odbycia kwarantanny; drugie, aby po skierowaniu pielgrzymów w jedno miejsce, powstrzymać epidemię i ograniczyć ją do jednego miejsca, zwalczać ją najskuteczniejszymi środkami i pielgrzymom, nieuznanym za niezdolnych do przeniesienia zarazy, nie pozwolić odjechać z Tor do Egiptu lub Europy.

Tak więc przedsięwzięto surowe środki, aby zmusić pielgrzymów do udania się do Tor, w celu odbycia kwarantanny. Tej kwarantanny, jakkolwiek bardzo przykrej, przewożące pielgrzymów okręty nie starają się unikać, wiedząc, że w Suezie nie zostaną przepuszczone: niebezpieczeństwo zarazy pochodzi od małych gromad pielgrzymów, którzy, przepłynąwszy morze Czerwone na łodziach żaglowych, starają się wylądować potajemnie na brzegu egipskim, albo od tych, którzy pojedynczo lub karawanami starają się drogą lądową dotrzeć do Egiptu. Tak jedni, jak drudzy mają do zwalczania trudności, które im stawia sama natura. Pielgrzymi, przepływający morze na łodziach, musieliby wylądować w znacznej odległości od miejsc zamieszkałych, gdzie z braku wody, pożywienia i środków komunikacyjnych zginęliby z nędzy. Muszą więc wylądować w pobliżu miejsc zamieszkałych, a te miejsca są szczególnie strzeżone przez okręty rządu egipskiego i sudańskiego, które krążą ustawicznie wzdłuż brzegu afrykańskiego. Wszystkich dróg zresztą, prowadzących od morza, strzegą władze administracyjne tak, że gdyby nawet niektórym pielgrzymom udało się ujść czujności owych okrętów i wylądować w Afryce, natychmiast zostają o tem uwiadamiane urzędy kwarantannowe, które zależnie od okoliczności zarządzają odpowiednie środki.

Jeszcze trudniej dostać się do Egiptu drogą lądową. W istocie jest rzeczą prawie niemożliwą przeprawić się przez pustynię inaczej, jak karawanami. Wszyscy zaś Beduini półwyspu synajskiego wiedzą, że karawany mają obowiązek przechodzić przez Tor, a wzmocniony garnizon w Nachl, zajmujący główny punkt, posiadający wodę na drodze karawanowej, ma rozkaz odstawiać do Tor karawany przybyłe do Nachl, lub sygnalizowane przez Beduinów. Nadto czujny nadzór nad kanałem suezkim spełniają urzędnicy Towarzystwa kanałowego i straże graniczne, które mają obowiązek donosić urzędom kwarantannowym o pielgrzymach, którzyby

w podróży tak długiej i mozolnej uszli baczności Beduinów. Pielgrzymów takich odstawionoby do stacyi u źródeł Mojżesza, gdzieby musieli odbyć przepisaną kwarantannę.

Takie są mniej więcej zarządzenia, zmierzające do zmuszenia wszystkich pielgrzymów do udania się do Tor, gdzie są zebrane wszystkie środki w celu zgniecenia epidemii w zarodku. (Dok. n.) *Dr. Batko,* lekarz kwarantanny w Suez.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Tabelka przypadków dżumy w Egipcie

od 7 kwietnia 1901 do 6 kwietnia 1902

ogłoszona przez dyrekcyę służby sanitarnej i zdrowia publicznego (Kairo).

Miasto lub wieś	Prowincya	Obwód	Liczba przypadk. odosobnionych		Śmierć w szpitalu		Śmierć na zewnątrz szpitala		Wyleczono		Pozostało w leczeniu	
			Europejczycy	Tubylcy	E.	T.	E	T.	E.	T.	E	T.
Aleksandrya	—	—	24	17	7	8	—	12	17	9	—	—
Port-Said	—	—	7	14	3	8	—	5	4	6	—	—
Minich	—	—	—	5	—	1	—	—	—	4	—	—
Mansurah	Dakalich	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
Mit-Gamr	do	—	3	14	2	5	—	7	1	9	—	—
Kom-el-Nur	do	Mit-Gamr	—	23	—	4	—	4	—	12	—	7
Zagazig	Szarkich	—	4	63	1	21	—	10	3	42	—	—
Szeblanga	do	Mina-el Gamh	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
Tantah	Garbich	—	2	40	1	24	—	53	1	16	—	—
Ziftah	do	—	—	7	—	5	—	7	—	2	—	—
Aboussir	do	Mehallet-Keb.	—	7	—	1	—	1	—	4	—	2
Kafr-Enan	do	Ziftah	—	1	—	1	—	1	—		—	—
Mehallet-Abu-Aly	do	Mehallet-Keb.	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
Nahtai	do	Ziftah	—	4	—	2	—	2	—	2	—	—
Koraczieh	do	Tantah	—	2	—	1	—	—	—	—	—	1
Benha	Galiu-bieh	—	—	10	—	4	—	3	—	3	—	3
Dechneh	Keneh	—	—	22	—	12	—	5	—	2	—	8
		Ogółem	40	231	14	98	—	111	26	111	—	22

Liczba przypadków dżumy stwierdzonych w Egipcie od 7 kwietnia 1901 r. do 6 kwietnia 1902 r. wynosi 382; śmierci 223; wyleczonych 137.

Dr. B.

Proszeni jesteśmy o ogłoszenie następującego doniesienia:

W Berlinie, w Akademii sztuk i nauk odbędzie się od d. 31 maja do 8 czerwca b. r. wystawa lekarskich środków nauczania, która ma być podzielona na następujące oddziały; I. Okazy do nauczania anatomii fizyologicznej i patologicznej. II. Fantomy i podobizny plastyczne: 1) fantomy: oko, miednica, pęcherz, krtań i jama ustna; 2) podobizny z masy papierowej, drzewa i gipsu; 3) odlewy. III. Wzory w formie tablic i atlasów, w połączeniu z naukową fotografią i radiografią. IV. Mikroskopia i technika mikroskopowa: 1) okazy mikroskopów i przyrządów pomocniczych; 2) preparaty mikroskopowe rozmaitych rodzajów; 3) mikroskopowe rysunki; 4) mikro-fotogramy. Dodatkowo: przedstawienie z zakresu nauki o surowicy i o metodach hodowli. V. Przyrządy do demonstracyi: 1) źwierciadła (oko, krtań); 2) stereoskopy; 3) stroboskopy; 4) przyrządy Röntgena. VI. Przyrządy rzutowe.

Podczas wystawy pierwszorzędni specyaliści będą mieć wykłady z demonstracyami.

Prezydyum wystawy stanowią: prof. Bergmann (przewodniczący), prof. Kirchner i dr. Schaper (zastępcy), dr. Kutner (sekretarz: *Berlin, W. 30, Elssholzstrasse, 13*).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 15 maja.

* *Donoszą nam z Wilna:* *Wilno, 20 kwietnia.*

»Dnia 14 kwietnia odbył się w Jaszunach pod Wilnem pogrzeb ś. p. prof. Jana Balińskiego, zmarłego dnia 24 marca t. r. w Petersburgu. Ciche ustronie wiejskie w dniu smutnego obrzędu zapełniło się nie tylko członkami rodziny, lecz i licznem obywatelstwem ze sfer lekarskich, literackich, ziemiańskich, oraz kilkotysięcznym ludem okolicznym. Ze świata literackiego przybył p. Ign. Baliński z Warszawy i pani Emma Jeleńska z Wilna. Z lekarzy wzięli udział w pogrzebie prof. J. Mierzejewski z Petersburga i dr. Staniewicz z Wilna. Towarzystwo lekarskie wileńskie oddało również ostatnią przysługę swemu członkowi honorowemu. Trumnę z dworca kolei na odległy o 2 kilometry cmentarz nieśli na swych barkach krewni, przyjaciele i czciciele zmarłego profesora; długi szereg niosących wieńce, których było około 40. nadawał żałobnemu pochodowi cechę wielce uroczystą

Nad otwartym grobem pierwszy przemówił dr. Staniewicz. były uczeń zmarłego profesora w petersburgskiej medyko-chirurgiczne Akademii. Mowca wskazał na skarby duchowe i moralne, które zmarły odziedziczył po rodzinach Śniadeckich i Balińskich, będących przed 100 laty bezsprzecznie największemi powagami w sferze życia umysłowego Litwy; cenne to dziedzictwo, w związku z wybitną indywidualnością ś. p. Balińskiego, zapewniły Mu wielki wpływ i znaczenie, jakie posiadał nad Newą za panowania Aleksandra II. i III. Twórca organizacyi opieki nad umysłowo chorymi, której przedtem w Rosyi zupełnie nie było, wykształcił on pierwszorzędne siły naukowe w zakresie psychiatryi i był wyrocznią dla rządu w trudnych nieraz i zawiłych sprawach swojej specyalności.

Drugim z kolei mowcą był p. Ign. Baliński, który w głęboko odczutem przemówieniu rzewnie uwydatnił prywatne i rodzinne cnoty zmarłego profesora.

Ostatnie słowo przypadło profesorowi I. Mierzejewskiemu: czcigodny profesor na wstępie sie zastrzegł, że jako 40-letni przyjaciel, zastępca na katedrze psychiatryi, współpracownik w państwowej Radzie lekarskiej itd. nie jest w stanie wypowiedzieć tego, co czuje nad otwartym grobem swego nauczyciela i kierownika. W krótkich więc tylko wyrazach zaznaczył, czem był ś. p. Baliński dla zapoznanych wówczas w Rosyi umysłowo chorych; jakie zasługi położył w tem państwie przez zaprowadzenie klinicznego nauczania psychiatryi i jak obfite owoce przyniosła ludzkości i nauce mądra jego wieloletnia praca organizatorska.

Trumnę spuszczono do grobu. Do państwa cmętarnego Jaszun przybył nowy mieszkaniec, nieodrodny dynasta z ducha i serca swoich wielkich przodków. Niegdyś w Jaszunach przebywały najpotężniejsze i najwznioślejsze umysły Litwy: Śniadeccy, Balińscy, ... ; tu Kordyan przecierpiał Wertherowskie rozpacze, tu Laura gasiła chłodnemi wyrazy przedwczesne zapały poety: dziś Jędrzej Śniadecki spoczywa snem wiecznym w Horodnikach; Jan Śniadecki i Michał Baliński w Jaszunach; Kordyan na wygnańczym cmętarzu Montmartre, a Laura na wyniosłem wzgórzu anatolskiego brzegu Bosforu, zkąd jak dwie źrenice widnieją źwierciadła dwóch mórz: Czarnego i Marmora. Jaszuny zamieniły się w uroczysko wspomnień. cicho tu i smutno, »jak gdy szczęście minie«.

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło dnia 7 b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Gliński okazał rzadki preparat anatomiczny; kol. dr. Kirkor miał wykład: »O zmianach szybkości ruchu krwi w mięśniach prążkowanych podczas ich czynności dowolnej i odruchowej«.

* Pani Bronisława ze Skłodowskich Dłuska, żona Dra Kazim. Dłuskiego, otrzymała stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim.

* »Wiener Zeitung« z d. 3 maja w części urzędowej ogłasza rozporządzenie ministra spraw. wewn. i ministra oświaty do wszystkich dziekanatów wydz lekarskich w Austryi, zmieniające nową ustawę rygorozalną z d. 21 grudnia 1899 r. Zasadnicze punkta nowego rozporządzenia ministeryalnego podaliśmy w Nr. 14 »Przegl. lekarskiego« jako uchwały

ankiety, złożonej z dziekanów austryackich wydziałów lekarskich, która odbyła się d. 24 marca b. r. w Wiedniu pod przewodnictwem J. E ministra Hartla.

* P. Namiestnik zamianował lekarzami powiatowymi koncepistów sanitarnych: dra Edw. Piotrowskiego, i dra Leona Fuchsa; koncepistami sanitarnymi — asystentów sanitarnych: dra J. Jossego i dra Stan. Janikiewicza.

Przeniesieni zostali: lekarz powiatowy, dr. Edw. Piotrowski ze Lwowa do Cieszanowa; koncepista sanitarny, dr. Leon Kain z Cieszanowa do Lwowa; asystenci sanitarni: dr. Roman Serkowski — z Sambora do Nadwornej, dr. Wacław Stablewski — z Podgórza do Kossowa i dr. Rud. Zatlokal — z N. Targu do Nadwornej.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XVII (20—26—IV). Ludność średnia roczna 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 14, urodziło się dzieci 18, umarło osób 44 — mianowicie: z gruźlicy 5 (2 zam.), z zapalenia płuc 9, z błonicy 2 (1 zam.), z płonicy 4 (1 zam.), z cholery dziecięcej 1.

* Między 23 a 29 kwietnia doniesiono władzy o 6 nowych przypadkach ospy w gminie Bartne, powiatu gorlickiego. W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach galicyjskich: w brodzkim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), grodeckim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.), kałuskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), kołomyjskim (1 gm.), mościskim (1 gm.), myślenickim (1 gm.), nadworniańskim (2 gm.), niskim (1 gm.), skałackim (1 gm.), stanisławowskim (2 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tarnowskim (1 gm.), tłumackim (2 gm.), wadowickim (1 gm.),

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 96, w tygodniu poprzedzającym 128.

Mianowania i odznaczenia. Docenci: Pletzer i Wendelstadt mian. prof. nadzwyczajnymi w Bonn; Heilbronner — prof. nadzwyczajnym w Halli. Dr. Leopold Landau — prof. nadzw. ginekologii w Berlinie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Włodzimierz Chrzanowski, urodzony w r. 1828, w Krakowie. Dr. Jakób Eichner, lat 34, lekarz pułkowy, w Przemyślu. Dr. Dominik Okińczyc, urodzony w roku 1867, lekarz pułkowy (Russki Wracz N. 17). Dr. Maryan Oraczewski, urod. w r. 1860, lekarz pułkowy (R. Wracz, N. 17). Dr. Frusci, prof. chirurg. anatomii, w Neapolu. Dr Trautmann prof. nadzw. otyatryi, w Berlinie.

Bibliografia:

— Dr. Leopold Steinsberg. **Francensbad i jego środki lecznicze** (1902). Jest to obszerna monografia o środkach leczniczych zdrojowiska Francensbadzkiego, wydana ozdobnie i starannie, a wyróżnia się przedewszystkiem tem, że oprócz części informacyjnej zawiera teoretyczno-naukowe uwagi, mogące służyć za wzór, jak tego rodzaju monografie o zakładach kąpielowych redagować należy, ażeby przyniosły istotną korzyść nie tylko leczącym się, lecz informowały i lekarzy o zasobach i rozwoju zdrojowiska. Jest to pierwsza praca o Francensbadzie wydana po polsku, co ze względu na liczną klientelę polską w tem zdrojowisku zasługuje na wdzięczne uznanie dla autora.

— Podręcznik prof. Bagińskiego: »Choroby wieku dziecięcego« wyszedł w VII-em wydaniu.

— *Nowiny lekarskie* Z. 5. Herman: O przedoperacyjnem badaniu nerek. Dziembowski: Patologia i terapia zmian w sercu przy stwardnieniu tętnic. Strzemiński: Rzadki przypadek cierpienia histerycznego u mężczyzny.

— *Krytyka lekarska* Nr. 5. Lewin: Wędrówki chorych za granicę. Wysłouch: Ohyda wieku (dok.). Z. Kramsztyk: Oddziały szpitalne. Strzemiński: Jan Baliński (wspomnienie pośmiertne). Wrzosek: Z powodu zbliżającej się setnej rocznicy pierwszego wydania »Teoryi jestestw organicznych« Jędrzeja Śniadeckiego.

— *Gazeta lekarska* Nr. 19. Brudziński. Badanie mikroskopowe stolców niemowląt. Flaum: Chemia fizykalna w medycynie. L. Korczyński: Kilka uwag w sprawie patogenezy miażdżycy tętnicy głównej (dok.).

— *Medycyna* Nr. 19. Moraczewski: O wydzielaniu kwasu szczawiowego, indykanu i siarczanu związanych w cukrzycy pod wpływem żywienia (c. d.). Ryłko: Przypadek sympodii.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 19. Eiselt: Smrt po cort radic. punicae granat. Salmon: Mnohonásobný zánět blan serosních.

— *La Presse médicale* Nr. 36. Lapersonne: Powikłania oczodołowo-oczne zajęcia zatok mózgowych *(sinusitis)*.

— Nr. 37. Guinard: Leczenie tętniaków łuku aorty. Poncet i Bérard: Promienica ludzka we Francyi.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 19. Kraus: Raz jeszcze: przyczynek do anatomii zastawki biodrowo-kątniczej *(valvula ileo-coecalis)*. Weiss: O niedomykalności zastawki biodrowo-kątniczej. Freund: Nabytki i usiłowania w zakresie patologii przemiany materyi (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 18. Renzi: Przyczynek do lekarstwianego leczenia gruźlicy. Brieger: O leczeniu rwy kulszowej. Reichert: Nowa metoda badania jamy Highmora za pomocą antroskopu. Rothmann: Problemat porażenia połowiczego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 18. Hofmeier: O zapobieganiu gorączce połogowej. Rostoski: O wartości precypityny, jako środka dla odróżniania ciał białkowatych. Neugebauer: Znieczulenie drogą rdzenia pacierzowego i podział czucia podług odcinków rdzenia. Voigt: Przypadek zatoru płucnego przy łożysku przodującem. Raff: Przyczynek do nauki o starczych naczyniakach skóry. Federschmidt: Przypadek zapalenia otrzewnej po przedziurawieniu jelita, wyleczony za pomocą laparotomii. Keiler: Zapalenie wyrostka robaczkowego a ciąża. Bauer: Plamica krwotoczna przy gruźlicy. Thost: Gorączka sienna (dok.). Wassermann: O zachowaniu się białych ciałek krwi w niektórych chorobach chirurgicznych, zwłaszcza w zapaleniu wyrostka robaczkowego (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 19. Hoffa: Rozwój i zadania chirurgii ortopedycznej. Sudeck: O ostrym zaniku kości po zapaleniu i urazie kończyn. Bidder: Poronne leczenie czyraków (wąglika) za pomocą podskórnych wstrzykiwań odkażających (dok.). Gutzmann: Uwagi nad mową niedosłyszących i ogłuchłych (dok.).

Redakcya otrzymała. E. Biernacki. Pro domo mea. Schreiber: Die Krankheiten der Verdauungsorgane im Kindesalter.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 24 Maja 1902. Nr. 21.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii w Petersburgu (Prof. Dr. Pasternacki).

Przypadek niezwykłego połączenia tętnicy głównej z tętnicą płucną.

Podał

Dr. med. Witold Orłowski

Ordynator kliniki.

Jeśli nie często zdarzające się przypadki połączenia tętnicy głównej z tętnicą płucną zasługują wogóle na baczną uwagę, to tembardziej poczuwam się do obowiązku podać do powszechnej wiadomości niezwykły przypadek tego rodzaju, który spostrzegałem w klinicznym oddziale prof. Pasternackiego. Przypadek ten już od pierwszej chwili pobytu chorej w klinice zwracał na siebie uwagę i stanowił przez cały czas przedmiot ożywionych rozpraw wśród kolegów, ordynujących w klinice. Ostatecznie mieliśmy możność przy sekcyi sprawdzić nasze rozumowania i wnioski rozpoznawcze.

Wywiady. *S-a*, wieśniaczka l. 32, wstąpiła do kliniki lekarskiej 28 listopada 1901 roku, uskarżając się przeważnie na tępe bóle w brzuchu, trwające już 4-ty rok, mianowicie od chwili, gdy nieostrożnie zeskoczyła z chodnika. Od 4 miesięcy zaczęły się pojawiać wymioty zaraz po jedzeniu, oraz zaparcie stolca. Przed dwoma tygodniami miała wystąpić gorączka i kaszel, początkowo suchy, następnie zaś z mierną plwociną śluzową; kłócia lub bólów w piersiach nie doznawała. Przed tygodniem spostrzegła chora w plwocinie krew w kształcie równomiernie zabarwionych kłaczków śluzowych. W ostatnim roku znacznie schudła i podupadła na siłach.

Zaczęła chodzić w końcu pierwszego roku życia; w dzieciństwie czuła się zdrową; duszności, bicia serca, obrzęków i widocznej sinicy nigdy nie doświadczała; dzieckiem będąc przebyła ospę i odrę; przed półrokiem miała różę na goleniach; od tego czasu począwszy miewała bicie serca; kilka razy przechodziła zapalenie migdałków podniebiennych. W ciąży była raz 1; po porodzie uległa wypadnięciu macicy. Napojów wyskokowych nie nadużywała; zimnicy i kiły nie przechodziła.

Badanie przedmiotowe. Chora, wzrostu średniego budowy wątłej, odżywiania podupadłego. Stos pacierzowy w kręgach piersiowych zbacza w prawo. Skóra i widzialne błony śluzowe blade, kończyny i policzki lekko sinawe; ostatnie członki (falangi) palców zgrubiałe, kształtu kolbek. Na skórze goleni plamy złożonego barwika (w następstwie róży). Nieznaczny obrzęk stóp i goleni. W okolicy prawego stawu udowego niewielka odleżyna. Gruczoły chłonne nie powiększone.

Przy opatrywaniu klatki piersiowej z przodu bije w oczy wyraźne tętnienie w 2-gim lewym przestworze międzyżebrowym na 3 palce (6 ctm.) w lewo od mostka; tuż daje się wyczuć b. wyraźnie mruk koci (*frémissement cataire*) i wybitne zaostrzenie drugiego dźwięku [1]); w innych miejscach okolicy sercowej nie wyczuwa się ani tętnienia, ani mruku kociego. Uderzenie koniuszkowe niewidzialne, lecz daje się wymacać w piątym przestworze międzyżebrowym, na lewo od linii sutkowej lewej; siła uderzenia mierna. Przytłumienie odgłosu w okolicy serca rozpoczyna się od 3 żebra, ku stronie prawej sięga do linii środkowej ciała, ku stronie lewej przechodzi na szerokość $1^1/_2$ palca (3 ctm.) za linię sutkową lewą; dolna granica odpowiada górnemu brzegowi 6-go żebra. Do górnej granicy stłumienia sercowego przytyka bezpośrednio pasmo stłumienia bezwzględnego, które rozpoczyna się od obojczyka, ku stronie prawej sięga do linii mostkowej lewej, ku stronie lewej sięga na 3 palce (6 ctm.) na lewo od mostka; u dołu zaś, nieco rozszerzając się, zlewa się ono ze stłumieniem serca. W ten sposób otrzymujemy nad stłumieniem sercowem wstęgę przytłumienia w kształcie czworokąta. Przy głębokiem oddechaniu stłumienie to zmienia swe rozmiary, co wskazuje, że nie zależy ono od nacieku w płucach. Przy osłuchiwaniu serca i dużych naczyń stwierdza się następujące objawy: nad koniuszkiem serca dwa dźwięki, czyste (bez szmerów); na miejscu wysłuchiwania tętnicy głównej dwa dźwięki, drugi głuchy w towarzystwie słabego szmeru, wzmagającego się w miarę oddalenia ku stronie lewej; nad tętnicą płucną dwa dźwięki: pierwszy słabszy z dość znacznym szmerem dmuchającym, drugi niezwykle silnie wzmożony; bezpośrednio ku drugiemu przymyka silny szmer rozkurczowy; toż samo zjawisko, co przy osłuchiwaniu tętnicy płucnej, stwierdza się i w miejscu tętnienia w 2-gim lewym przestworze międzyżebrowym; drugi szmer szybko słabnie we wszystkich kierunkach, pierwszy przenosi się na znaczną przestrzeń; na tylnej powierzchni klatki piersiowej szmeru skurczowego niema. Na miejscu osłuchiwania zastawki trójdzielnej słyszy się dwa dźwięki głuche Nad lewą tętnicą dogłowową i podobojczykową szmer, nad prawemi słaby dźwięk; przy osłuchiwaniu tętnic łokciowych i udowych słyszy się dźwięk, wyraźniejszy po stronie lewej; nad tętnicą sprychową dźwięku tego niema. Tętnice obwodowe żadnych zmian nie przedstawiają. Żyły szyjne rozszerzone, więcej po stronie prawej. Buczenia w opuszce żyły jarzmowej niema. Tętno 120 na 1′, miarowe, jednoczesne po obu stronach; wysokość fali mniejsza, osłabienie fali tętna podczas wdechu nie ma miejsca. Krzywej tętna (sfigmogramu) nie udało się zdjąć wobec

[1]) Używam wyrazu »dźwięk« zamiast utartego w naszem piśmiennictwie »ton,« ponieważ ten odpowiada rzeczywistości; wyraz zaś »ton«, należałoby zachować wyłącznie dla »dźwięku muzykalnego«.

słabego napełnienia tętnicy sprychowej. Ciśnienia krwi nie oznaczano.

Granice płuc prawidłowe; szmery oddechowe nieco szorstkie; pod obydwiema łopatkami skąpe rzężenia drobnobańkowe; drżenie głosowe wszędzie jednakowe. Oddechanie o typie przeważnie żebrowym, 24 na 1'. Plwociny niewiele, śluzowa, prątków gruźliczych i dwoinek Fränkla w niej nie znaleziono.

Brzuch nie wzdęty. Wątroba występuje z pod łuku żebrowego na 2 palce (4 ctm.), dość twarda, mało bolesna, o brzegu zaokrąglonym; pęcherzyk żółciowy nie macalny. Śledziona wymacuje się w kształcie nieco tkliwego na ucisk ciała twardego o gładkiej powierzchni, sięgającego z pod łuku żebrowego ku przodowi i dołowi; przedni brzeg śledziony sięga na 3 palce (6 ctm.) w prawo po za linię środkową ciała, dolny na 3 palce niżej łuku żebrowego; górna granica na górnym brzegu 9 żebra; w brzegu przednim wyraźnie można wymacać bruzdę, która dzieli śledzionę na 2 części: górną większą i dolną mniejszą. Szmeru tarcia w okolicy brzucha nigdzie niema. Płynu w jamie brzusznej również niema. Wypróżnienia nie przedstawiają nic nieprawidłowego.

Badanie krwi, wykonane 30 listopada, dało następujące wyniki: krwinki czerwone układają się dobrze w rulony; nieznaczna poikilocytoza; hemoglobiny według metody Gowersa 55%; krwinek czerwonych w 1 mlm³ 4,160.000,— białych 5789, stosunek między liczbą krwinek białych a czerwonych wynosi 1:718; swoistych pasorzytów zimnicy *(plasmodium malariae)* nie wykryto.

Dobowa ilość moczu, zebranego od godziny 8 rano 29 do godziny 8 rano 30 listopada, wynosi 1600 ctm. sz.; oddziaływanie moczu kwaśne, ciężar właściwy 1,010, białka 0,07% (sposób Brandberga); cukru, barwików żółciowych, urobiliny, acetonu i kwasu acetooctowego nie wykryto; dość wybitny odczyn Jaffé (na indykan.); drobnowidowe badanie osadu, otrzymanego za pomocą centryfugowania z moczu świeżo wypuszczonego cewnikiem, wykazało: 1) krwinki czerwone, przeciętnie 5—6 w polu widzenia (przy powiększeniu 480), przeważnie nawpół odbarwione; 2) pojedyncze krwinki białe; 3) wałeczki szkliste — do 10 w każdym preparacie; 4) wałeczki ziarniste 5—6 w preparacie; 5) komórki nabłonka nerkowego po 5—6 w preparacie, w pojedynczych niewielkich grupach; 6) nieznaczna liczba płaskich komórek nabłonkowych, pochodzących z pęcherza moczowego i 7) niewiele kłaczków śluzowych.

Ciepłota 29 listopada o godzinie 6 wieczorem 36° C., 30-go o 9 rano 37,7° C., o 6-tej wieczorem 36,9° C. Ogólne samopoczucie przygnębione.

Z dalszego przebiegu podnoszę tylko zmiany ważniejsze. Ciepłota była wciąż podniesioną, wahając się w granicach 37—38,5°, niekiedy zaś podnosiła się do 39° C. Na 5-ty dzień pobytu chorej w klinice prawa granica stłumienia sercowego przesunęła się na prawo do linii mostkowej prawej i w tem położeniu zostawała przez cały czas. Nieprawidłowe objawy ze strony serca trwały ciągle, ulegając tylko nieznacznym zmianom, mianowicie szmery sercowe niekiedy przybierały na sile, innym zaś razem były słabsze. Na piąty dzień pobytu w klinice wystąpiły objawy ze strony dolnego płatu płuca lewego, mianowicie przytłumienie wypuku, wzmożenie drżenia głosowego i oddech oskrzelowy, co wskazywało na wystąpienie sprawy zapalnej w miąższu płucnym; jednocześnie podniosła się gorączka. Ztąd zapalenie przeniosło się wkrótce na płat górny tegoż płuca, a zatem znowu powróciło na poprzednie siedlisko; przed śmiercią jednak sprawa zapalna poczęła się rozdzielać. Na 2 dni przed zgonem, który nastąpił 17 grudnia, wystąpiły objawy ze strony mózgowia: wśród nasilenia gorączki najpierw wystąpiły uporczywe bóle głowy, potem wymioty, których nie było przez cały czas pobytu chorej w klinice; wkrótce chora zapadła w stan nawpół przytomny, zaczęła majaczyć, rzucać się w łóżku, jednocześnie wystąpiło bezwiedne oddawanie moczu i kału; w przeddzień śmierci wieczorem chora zupełnie utraciła przytomność. Wśród tych objawów 17 grudnia o godz. $3^{1}/_{2}$ po południu chora umarła.

Leczenie przez cały czas pobytu chorej w klinice było objawowe: zupełny spokój (leżenie w łóżku) i przeważnie środki wzmacniające serce. (C. d. n.).

II. Z oddziału II. wewnętrznego szpitala powszechnego we Lwowie.

Przyczynek do nauki o żywieniu i leczeniu chorych na przewlekłe zapalenia nerek.

Podał
Dr. Józef Wiczkowski
docent Uniwersytetu i prymaryusz oddziału.

(Dokończenie).

Spostrzeżenia moje pozostałych 77 chorych dały mi mniej więcej takie same wyniki, jak te, które wyżej wyszczególniłem. Wolno mi więc na podstawie tych doświadczeń podać następujące wnioski: jakość pożywienia, czy to wyłącznie mlekiem i mlecznemi potrawami, czy to przeważnie mięsem białem, czy to mięsem czarnem, była bez widocznego wpływu na ilość białka wydzielonego. W przypadkach, które okazywały dążność do wyleczenia się, lub przynajmniej do poprawy, dążność ta nie była trwale przerwana zmianą w pożywieniu; bieg poprawy postępował naprzód raz obranym trybem. Kiedy zaś nad chorym zawisło fatum nieuleczalności, dyeta wyłącznie mleczna nie przynosiła ulgi, nie powstrzymywała grożących życiu objawów. Natomiast nawet w przypadkach nieuleczalnych ta mięszana dyeta, ta odmiana w pokarmach, widocznie korzystnie wpływała na łaknienie, na ogólny stan odżywienia i tem samem na przedłużenie życia. Na podstawie tych moich dwuletnich spostrzeżeń nie mogę podać, jakie były dalsze losy chorych wypuszczonych ze szpitala, wprawdzie nie uleczonych, ale prawie zawsze z polepszeniem, których był względnie wielki odsetek. Natomiast dobrze mi wiadomo z mojej praktyki prywatnej, że chorzy, dotknięci przewlekłem zapaleniem nerek, uznani za nieuleczalnych, zachowując dyetę zastosowaną więcej do ich smaku, przybywają na wadze, cieszą się długie lata względnie tak dobrem zdrowiem, że tylko odczynnik na białko i mikroskop przypominają im o ich cierpieniu; a nie są zbyt rzadkie znane mi przypadki, w których nawet po latach kilku następowało względne wyleczenie, uwidocznione brakiem zmian charakterystycznych w moczu. Zatem i ze stanowiska klinicznego wszystko jedno, czy mięso białe czy czarne, byle chorego jak najlepiej odżywić, wzmocnić i uzbroić na wszelki przypadek walki z chorobami — słowem, aby go jak najdłużej przy życiu utrzymać. Słusz-

nie twierdzi Leyden (Berl. klin. Woch. 1893), że im więcej ustrój podupada, tem mniej ma siły odpornej, tem łatwiej *ceteris paribus* ulegnie pewnej chorobie; natomiast im jest silniejszy, im więcej przybywa na ciężarze, tem łatwiej chorobę przetrzyma; poprawa odżywienia jest wprost zadaniem leczniczem. Zapewne Sydenham miał na myśli także choroby nerkowe twierdząc, że pewne choroby tylko dyetą samą mogą być wyleczone.

Przeprowadzając rozmaite kombinacye w dyecie dla chorych na przewlekłe zapalenie nerek, napotkałem na doświadczenia z tłuszczami, które zasługują na wzmiankę. Zauważyłem mianowicie, że chorzy tacy, jeżeli tylko znoszą tłuszcze, doznają pewnej poprawy. W tym celu podawałem dziennie 1—2 łyżek oliwy, lub rybiego tranu. Kilkakrotnie stwierdziłem widocznie korzystny wpływ na ilość białka i zmniejszenie się obrzęków, a prawie zawsze poprawę w odżywieniu. Jeżeli według Rosenheima (Pflüg. Arch. 1889. Bd. XLVI) do wyzyskania przez ustrój tłuszczów potrzeba pewnej ilości białka, być może, że nawzajem tłuszcze ułatwiają przetrawienie istot białkowatych.

Dalsze pytanie, na jakie próbowałem odpowiedzieć przy moich doświadczeniach, było, czy w przewlekłych zapalnych chorobach nerkowych należy podawać wielką ilość płynu, czy też ograniczyć dowóz napojów?

Bamberger wystąpił przeciw zmniejszeniu ilości płynu tak w przewlekłych zapalnych chorobach nerkowych, jako też w zapaleniach tkankołącznowych, twierdząc, że ze zmniejszeniem się ilości napojów, zmniejsza się znacznie wydalanie mocznika, a zwiększa się ilość białka. Natomiast Camerer, Noorden, Ziemssen radzą ograniczać ilość płynu szczególnie w śródmiąższowem zapaleniu nerek, aby zaoszczędzić siły serca, a tem samem zapobiedz grożącemu niebezpieczeństwu z powodu jego osłabienia. Doświadczenia moje pouczyły mnie, że co do dowozu płynu należy indywidualizować. Mianowicie należy zwiększać ilość płynów wtedy, kiedy zachodzą objawy zatrucia, dla wydalenia przetworów przeróbki materyi, tak jak to radzi Bamberger, naturalnie zawsze z uwzględnieniem akcyi serca i z równoczesnem podaniem środków moczopędnych; zaś z Noordenem godzę się na zmniejszenie ilości płynów w przypadkach, w których głównie chodzi o wessanie przesączu, by tem samem akcyę serca wzmocnić, a kiedy nie grozi widmo mocznicy.

Wśród tych spostrzeżeń musiałem naturalnie niejednokrotnie chwycić się puszczenia krwi, gdy wystąpiły objawy mocznicowe. W trzech przypadkach upust krwi przyniósł mi więcej, aniżeli się spodziewałem. Niewytłómaczonym sposobem po upuście krwi w napadzie mocznicy nastąpiło zupełne wyleczenie, w jednym przypadku w ciągu trzech tygodni, w drugim dwóch miesięcy, a w trzecim czterech miesięcy.

Pozwolę sobie dwa z nich, które dokładnie obserwowałem, tutaj przytoczyć.

Przypadek I. K. L. l. 52. (Tablica IX). Chora od dłuższego czasu, dokładnie nie umie podać daty początku choroby, jak to zwykle bywa nawet u ludzi inteligentnych. Skarży się na brak łaknienia, gorzkie odbijania, wymioty o smaku gorzkim, obrzęk twarzy i nóg. W moczu znaczna ilość białka 0·5%, w osadzie liczne leukocyty, ciałka krwi pojedynczo, wałeczki Belliniego szkliste i ziarniste dość częste, liczne przybłonki brukowe, pojedynczo przybłonki z miedniczek nerkowych. Zaraz drugiego dnia pobytu w szpitalu dostała silnego napadu mocznicy. Natychmiast wykonano upust krwi w ilości 500 sz. ctm., poczem nastąpiło znaczne polepszenie. Napady więcej się nie powtórzyły. Chorą zostawiłem na dyecie mlecznej. Ilość białka zmniejszyła się z 0·5 na 0·06%; polepszenie trwało mimo podania mięsa białego, a później czarnego tak, że już od 9/7 był tylko ślad białka ledwie dostrzegalny, a 11/7 wypuściłem chorą do domu, jako na razie zupełnie wyleczoną. Dalsze jej losy nie są mi znane.

Tablica IX.

K. L. l. 52. *Nephritis parenchymatosa chronica. Uraemia.* od 22/6—11/7

Data		Przeciętna ilość		
		moczu	białka %	białka na dobę
od 22/6—3/7	Dyeta mleczna	750	0·5 0·25 0·08 0·06	3·75 1·875 0·60 0·45
od 4/7—7/7	Przeważnie mięso białe	1000	0·06 0·02	0·60 0·20
od 8/7—15/7	Przeważnie mięso wołowe	ślady ledwie dostrzegalne		

Przypadek II. E. J. l. 48. Rozpoznanie: *Nephritis parenchymatosa chronica.* Chora od dwóch lat; skarży się na dolegliwości żołądkowo-jelitowe, brak łaknienia, częste bóle głowy, szczególnie usadowione w potylicy, obrzęki znaczne nóg i brzucha. Badanie wykazuje: cera twarzy bardzo blada, twarz obrzękła, również znacznie obrzękłe kończyny dolne, wolny płyn w jamie brzusznej. Rozmiary serca powiększone, szczególnie na prawo do linii przymostkowej prawej, na lewo przekracza linię sutkową lewą; tony czyste, drugi ton nad tętnicą główną silnie zaostrzony, tętnice obwodowe napięte, tętno twarde, 90 uderzeń na minutę. Ciepłota prawidłowa. Wątroba i śledziona prawidłowe. Skąpa ilość moczu. W dniu, w którym chorą po raz pierwszy widziałem, skarżyła się ona na silny ból głowy. Poleciłem antypirynę z kofeiną. W 10 minut po użyciu tego proszku dostała, naturalnie nie *propter hoc*, napadu mocznicowego. Upust krwi na razie przyniósł ulgę, lecz nie uwolnił chorej od ponowienia się napadów; przyszedł drugi, trzeci, było ich razem 6. Za każdym razem wypuszczano około 150 grm. krwi; razem około 1000 grm. w przeciągu doby. Po tych ciężkich przejściach pozostała ślepota (*amaurosis*), która następnie w ciągu czterech tygodni zupełnie ustąpiła, a chora po 4 miesiącach wstała z łóżka zupełnie wolna od charakterystycznych składników moczu. Do tej pory białko w moczu się nie pojawiło, stan ogólny chorej zupełnie zadawalniający.

Zastrzedz się muszę, że rozpoznanie w obydwu przytoczonych przypadkach nie ulegało najmniejszej wątpliwości, bo już same napady nosiły na sobie cechę wybitnych napadów mocznicowych; z drugiej strony trudno mi przypuścić, aby to była przypadkowa tylko kombinacya mocznicy, upustu krwi i wyleczenia. Gdyż starając się pochwycić specyalne wskazania do tak energicznej i szybkiej pomocy w chorobach zwykle tak długo przeciągających się i niepewnych co do ostatniego zejścia, znalazłem dotąd dwa wskazania, a mianowicie: napięcie tętnic obwodowych i brak powikłań ze strony innych narządów. Na dowód tego twierdzenia przytoczę dwa przypadki, w których zastosowałem upust krwi i to nie pod przymusem napadu mocznicowego, ze skutkiem uderzająco dodatnim.

Przypadek I. Z. Z. l. 69. Rozpoznanie: *Nephritis interstitialis.* Choruje od sześciu miesięcy (zapewne i dłużej). Skarży się na znaczną duszność i z tego powodu od kilku tygodni nie może ani chodzić, ani leżeć; znaczne obrzęki nóg tak, że utworzył się rozległy wyprysk na obu łydkach tak z powodu ciągłego wyciekania płynu surowiczego jak i z powodu zanieczyszczenia. Badanie wykazuje: obrzęk twarzy, znaczną ilość wolnego płynu w jamie brzusznej. Rozmiary komórki prawej i lewej powiększone; tony czyste, głuche, drugi nad tętnicą główną zaostrzony; tętnice obwodowe napięte, tętno twarde, 96. Badanie moczu wykazuje: barwa blado-winowa, ciężar gatunkowy 1,016, białko w ilości 0·2%. W osadzie moczu: pojedynczo leukocyty i ery-

trocyty, pojedynczo przybłonki przejściowe z kanalików moczowych, pojedynczo ziarniste wałeczki Belliniego, liczne kryształki kwasu moczowego. Ilość moczu 500 ctm. sz. na dobę; waga ciała 70 kilogr. Od 5/3 do 9/3 zastosowano energiczne środki moczopędne, lecz bez najmniejszego skutku. Ilość moczu pozostała małą, duszność się zwiększała, nieżyt oskrzelowy się rozszerzył, obawiałem się powikłań; stan był groźny.

9/3 zastosowałem upust krwi; wypuszczono 200 ctm. sz. Już d. 11/3 ilość moczu zwiększyła się do 1400 ctm. sz. na dobę, 12/3 4100 ctm. sz., 13/3 2300, 14/3 400 ctm. sz., (było rozwolnienie), 15/3 1700, 16/3 2900, 17/3 1100. Ilość białka 12/3 0·03%, 15/3 0·01%. Waga ciała 12/3 62.300 kil., 17/3 57 kilogr.

Naturalnie obrzęki prawie zupełnie znikły, skóra się pomarszczyła, komórka prawa dochodzi do linii przymostkowej lewej, tony wybitniej głośne, tętnice obwodowe mniej napięte, łaknienie i stan ogólny znacznie się poprawiły. Chora, która dotąd całe tygodnie spędzała dnie i noce w pozycyi siedzącej, obecnie leży i odsypia noce nieprzespane.

Przypadek II. N. Sch. w Drohobyczu (w leczeniu kol. dyr. szpit. Dra Kozłowskiego i kol. Eliasiewicza). Rozpoznanie: *Nephritis parenchymatosa chronica*. Czas trwania choroby nie znany, prawdopodobnie dwa lata. Napad mocznicy zniewolił rodzinę chorego do wezwania pomocy wymienionych kolegów. Zastosowany przez nich upust krwi (w ilości 700 ctm. sz.) usunął napady mocznicy, pozostała ślepota, obrzęki twarzy i nóg, bóle głowy i pewne zamącenie przytomności. Białka było 1%, w osadzie obok leukocytów i ciałek krwi czerwonych liczne wałeczki szkliste i ziarniste; ilość moczu około 1000 grm. na dobę. Wezwany przez kolegów do Drohobycza, znalazłem chorego w stanie wyżej nakreślonym. Wobec tych ciężkich objawów nie wahałem się, mimo że nie było napadu mocznicowego, wypuścić jeszcze 200 ctm. sz. krwi, zwłaszcza że znalazłem tętnice obwodowe znacznie jeszcze napięte, a badaniem wykluczyłem jakiekolwiek powikłania. Już wieczorem tego dnia ustąpiła ślepota, odtąd stan chorego polepszał się przy odpowiednem leczeniu, ilość moczu się zwiększała, obrzęki ustąpiły, ilość białka wynosiła 0·04%, w osadzie zaledwie pojedyncze wałeczki ziarniste obok leukocytów. Sam stwierdziłem ten znaczny postęp, kiedy po tygodniu miałem sposobność chorego w Drohobyczu wraz z kol. Eliasiewiczem odwiedzić.

Każdy bezstronny musi przyznać w tych dwu przypadkach korzystne działanie właśnie upustu krwi, wykonanego nie pod przymusem mocznicy; w pierwszym przypadku po upuście krwi nastąpiło wyraźne polepszenie, którego nie przyniosły żadne środki, cieszące się w tym kierunku dobrą sławą; w drugim przypadku obfitszy upust krwi usunął ślepotę, objaw tak bardzo przerażający i sprowadził rychły postęp w ozdrowieniu. Jednak nie zawsze miałem tak korzystny wynik upustu krwi do zanotowania; przeto nie mam wcale zamiaru podnosić wartości tego zabiegu do zenitu. Nie mogę się również wdawać w tłómaczenia teoretyczne, dlaczego w pewnych, zapewne rzadkich razach może upust krwi działać tak korzystnie, czy to w sposób mechaniczny, ułatwiając dowóz i wywóz krwi do nerek, czysto w sposób chemiczny, drażniąc szpik kostny budzi drzemiące siły obronne przyrody. Ale czuję się upoważnionym na podstawie moich spostrzeżeń klinicznych do twierdzenia, że w pewnych warunkach, t. j. gdy tętnice obwodowe napięte i brak jakichkolwiek powikłań, upust krwi, zabieg zresztą niewinny, może czasem przynieść pożądany wynik. Jeżeli nie wyleczy, to przynajmniej ulgę przyniesie lub życie przedłuży, zwłaszcza w tych przypadkach rozpaczliwych, gdzie znaczne obrzęki są źródłem różnorodnych ciężkich cierpień, a wszelkie środki moczopędne zawodzą.

To są wyniki moich dwuletnich spostrzeżeń; szczęśliwym będę, jeżeli one znajdą u szan. czytelników zastosowanie i uznanie.

III. Oko a ucho, stosunek ich wzajemny.

Podał

Dr. R. Spira.

(Dokończenie).

2) a) Przechodząc do chorób nerwowych ogólnych, a zwłaszcza czynnościowych, należy wymienić w pierwszym rzędzie choroby umysłowe, które sprowadzają różne zboczenia słuchu i wzroku, jak np. złudzenia, omamy słuchowe i wzrokowe. Za dalekoby to nas zaprowadziło, gdybyśmy chcieli omówić wszystkie te objawy chorobowe, które na podstawie ogólnej choroby nerwowej w obrębie zmysłów słuchu i wzroku wystąpić mogą i były spostrzegane. Musimy jednak jeszcze wskazać na ważną rolę, którą odgrywają tu różne nerwice ogólne, jak neurastenia, histerya (głuchota, ślepota itp.), padaczka, migrena, pląsawica i nerwice urazowe (lęk). Co się tyczy histeryi, to bardzo ciekawym objawem, wspólnym obu zmysłom, jest t. zw. „transfert", t. j. możność przeskoczenia głuchoty i ślepoty z jednej strony na drugą po przyłożeniu małego magnesu, albo też bez wszelkiego wpływu zewnętrznego. Tu zaznaczyć wypada przypadek Bürknera [12]) ośrodkowej głuchoty i ślepoty, które wystąpiły wskutek strachu u dobrze dotychczas słyszącego i widzącego chorego. Chory w ciągu 3—4 dni począł niedosłyszeć, po 2 miesiącach ogłuchł, a w przebiegu 6 miesięcy oślepł. Przewodnictwo głosowe przez kości zostało zupełnie zniesione, chory słyszał tylko pojedyncze tony wysokie i niskie. Obok tego istniały zaburzenia w równowadze ciała i zawrót głowy. Przeczył, by przebył kiłę. W przypadku Urbantschitscha wystąpiły nagle wskutek doznanego strachu obok trwałego niedosłyszenia wysokiego stopnia, szum w uchu, przytępienie smaku, węchu i dotyku, po stronie lewej wreszcie przemijające mroczki i niedowidzenie. Wdychanie azotanu amylowego wywołało po stronie prawej twarzy żywe zaczerwienienie, mniejsze po stronie lewej. U. wyraża przypuszczenie, że zaburzenia zmysłowe w tym przypadku były spowodowane przez skurcz naczyń krwionośnych w obrębie odnośnych ośrodków zmysłowych. Freund i Kayser [13]) opisują przypadek głuchoty t. zw. z lęku skutkiem uderzenia pioruna, przyczem zauważono obok braku węchu (anosmii) i znacznego przytępienia zmysłów smaku i dotyku skórnego, także zaburzenia słuchu i dośrodkowe zwężenie pola widzenia. Do następstw zaburzeń naczynioruchowych należy zaliczyć przypadek Dunna [14]), tyczący się 10-letniego dziecka, które po wpadnięciu do wody straciło wszystkie zmysły i mowę; w powrocie do zdrowia najpierw wystąpiła percepcya dla barw. Bonnafont [15]) spostrzegał ślepotę i głuchotę u człowieka 40-letniego, który podczas wielkiego mrozu odsłonił sobie głowę; ślepota pozostała trwale. Schwartze przytacza przypadek równoczesnego skurczu tężcowego małżowiny i ścisku powiek na tle nerwowem.

b) Toż samo można powiedzieć o chorobach zakaźnych. Wiadomo przecież, że w przebiegu odry, płonicy, błonicy, ospy, duru, grypy, róży, zimnicy, kiły itd. zdarzają się często cierpienia spojówek, rzadziej sprawy zapalne głębszych części oka i n. wzrokowego, obok różnych chorób trąbki usznej, ucha środkowego, a nawet błędnika. Choroby te powstają przeważnie przez przeniesienie się cierpienia z gór-

nych dróg oddechowych znanymi już szlakami do narządów zmysłowych, rzadziej przez usadowienie się w nich zarazka chorobotwórczego z krwi.

Uwagi godnem jest pojawianie się zaburzeń słuchowych jednocześnie z zapaleniem rogówki pochodzenia kiłowego. Do cech najznamienniejszych kiły dziedzicznej należy właśnie równoczesne zajęcie rogówki (zapalenie śródmiąższowe) i błędnika usznego. U takich chorych można zwykle jeszcze wykazać wrodzone zniekształtnienie czaszki, nos siodełkowaty, chłoniaki, ozenę, zęby Hutchinsonowskie, owrzodzenia i zmiany bliznowate na podniebieniu, w gardle, w tylnych otworach nosowych, w ujściu gardłowem trąbki, w stawach, przewodzie nosowo-łzowym, zmiany zapalne okostnej ze skłonnością do przerostu kości i wyrośli kostnych. Cechujący t. zw. trias Hutchinsona składa się właśnie z zaburzeń w błędniku usznym, z kiłowego śródmiąższowego zapalenia rogówki i objawów zwyrodnienia na zębach, głównie na górnych siekaczach, których brzeg wolny jest ząbkowany lub półksiężycowato wklęsły. W podobny sposób kiła nabyta może być powodem zmian w obu będących w mowie narządach.

c) Inne choroby ogólne, pociągające za sobą zmiany w oku i w uchu, stanowią: zaburzenia w składzie krwi, w odżywieniu, w przemianie materyi, oraz różne skazy. Niedokrewność, białaczka, krzywica, zołzy, gruźlica, gościec, dna i inne dają często powód do licznych i różnorodnych chorób w zakresie oka i ucha. W niedokrewności złośliwej stwierdzano wybroczyny w błędniku i w siatkówce. Pewne zatrucia, jak ołowne, wyskokowe, nikotynowe, przetworami chininy i salicylowymi i in. mogą sprowadzić równoczesne zaburzenia w obu narządach, jako t. zw. lekarstwiane zapalenie ucha środkowego itd. Przy ukąszeniu przez żmiję spostrzegał Heinzel[16]) obok krwawienia z ucha, także i ze spojówek, kiszek i płuc. Na tle samozatrucia pojawiają się zaburzenia wzroku i słuchu podczas ciąży, połogu itd. Według Ogstona (przytoczony przez Heimana) napady przytępienia słuchu i szumu w uszach, występujące w przebiegu dny i przewlekłego gośćca, są analogiczne z napadami jaskry u dnawych. — W krwawiączce widziano obok krwawienia z dziąseł i z nosa krwiak ucha środkowego, wybroczyny w przedniej i tylnej komórce ocznej. Podobne krwawienia zauważano i w kokluszu. Do wspólnych i ogólnych przyczyn chorób obu narządów omawianych należą wpływy atmosferyczne, zaziębienie i t. p.

3) Do wspólnych przyczyn zaliczyć należy dalej choroby poszczególnych narządów, jak choroby narządu trawienia: zaburzenia w ząbkowaniu, próchnica i bóle zębów, choroby wątroby, krwawnice; dalej cierpienia narządów oddechowych, krążenia, moczowych i płciowych. Przy silnym zastoju krwi w naczyniach głowy mogą wystąpić wybroczyny i inne zaburzenia w obu narządach. Choroba Brighta wywołuje nieraz różne cierpienia ucha środkowego, a szczególnie wewnętrznego. Zaburzenia słuchu wzmagają się i ustępują zależnie od stanu choroby nerek, od ilości białka w moczu i są często połączone z zaburzeniami wzroku (*retinitis albuminurica*), być może wskutek obrzęku w obrębie n. słuchowego i siatkówki. Podobnie w moczówce towarzyszą jej często zmiany i objawy chorobowe w obu omawianych narządach zmysłowych.

4) Do wspólnych przyczyn zaliczyć należy także zboczenia rozwojowe, sprowadzające różne zmiany i zniekształtnienia równoczesne w obu narządach. Najczęstszem powikłaniem barwikowego zapalenia siatkówki jest głuchota wrodzona, albo też nabyta. Jedno i drugie zdarza się przeważnie u potomków małżeństw spokrewnionych. Leber[17]) znalazł w 20% barwikowego zapalenia siatkówki (*retinitis pigmentosa*) zaburzenia słuchu. W rodzinach tak obciążonych zdarzają się także zaburzenia słuchu nawet u członków wolnych od chorób siatkówki. Weinziger[18]) znachodził bardzo często u głuchoniemych zez zbieżny i skrócenie podłużnego wymiaru głowy w stosunku do wymiaru poprzecznego i sądzi, że w tej nieprawidłowości budowy czaszki szukać należy wspólnej przyczyny dla zboczenia wzrokowego i głuchoniemoty. Przy wybitnych wzgórkach mózgowych (*juga cerebralia*) i wyciskach palczastych na kości czaszkowej bardzo często zdarza się cienki strop jamy bębenkowej obok jego pęknięcia i przedziurawienia oczodołu, jak to Bürkner[19]) wykazał. Różne inne wady rozwojowe w narządzie słuchowym są połączone z podobnemi wadami w zakresie narządu wzrokowego, jak n. p. szczeliny (*coloboma*) ucha z szczelinami oka i w. innych.

IV. Z kliniki chirurgicznej c. k. Radcy dworu Prof. Dra Rydygiera we Lwowie.

Przecięcie nerki *(sectio renis)*,

jako zabieg leczniczy w t. zw. *„néphralgie hématurique“* i jako pomocniczy środek rozpoznawczy.

Napisał

Dr. M. W. Herman,

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Z porządku rzeczy zastanowimy się obecnie nad wartością rozpoznawczą przecięcia nerki. Zdawaćby się mogło, że chyba po obejrzeniu rozciętej, jak na sekcyi, nerki, pomyłek rozpoznawczych być nie powinno, i to tem mniej, że przy tej sposobności możemy skroić kawałek nerki do badania drobnowidowego. Tymczasem tak nie jest i nie brak przykładów stwierdzających, że nawet nefrotomia nie daje nam zawsze pewności rozpoznawczej. J. Israel pisze we swoim dużym podręczniku na str. 405: „...Wenn man aber berücksichtigt, dass es sich, wie mehrfach beobachtet, um circumscripte Krankheitsherde gehandelt haben kann, von denen nicht nothwendig das excidirte Scheibchen betroffen zu sein braucht, so ist auch dieser Fall (t. j. mikroskopowe zbadanie kawałka nerki wyciętego po zrobionej nefrotomii), nicht ganz beweisend für die anatomische Intaktheit der Niere“. Następne, również wiele mówiące, spostrzeżenie zawdzięczamy H. Kümmlowi. Mężczyzna 47-letni oddaje od dłuższego czasu mocz mętny i krwawy. Badanie cystoskopowe wykazało stosunki prawidłowe w pęcherzu. Okolica nerki lewej bolesna, lecz sama nerka nie wyczuwalna, podobnie jak i prawa. Po dokładnem zbadaniu moczu rozpoznano nowotwór złośliwy nerki lewej. Kümmel odsłonił przeto tę nerkę, a gdy obmacaniem nie mógł w niej stwierdzić nic patologicznego, przeciął ją aż do miedniczki. Lecz i na rozkroju nie zauważył nic takiego, coby mogło tłómaczyć objawy chorobowe. Zeszył więc nerkę i ranę zewnętrzną. Wkrótce chory umarł, a sekcya wykazała: guz no-

wotworowy nerki prawej, taki sam guz, lecz nieco mniejszy, w nerce lewej obok przerzutów w innych narządach. A zatem *sectio renis* nowotworu nie wykazała, bo guz leżał poniżej powierzchni przekroju. Jeszcze bardziej pouczającym i to pod wielu względami jest przypadek opisany przez E. Braatza, do którego jeszcze raz później powrócimy. U młodej dziewczyny, która dawniej cierpiała na gruczolaki zołzowe szyi, wystąpiły bóle i krwawienie z prawej nerki. Niemal zupełnie ujemny wynik badania przedmiotowego, kilkakrotnie stwierdzony, nasunął rozpoznanie, „*haematuria sine materia*“. Rozpoznanie to nabrało pewnych podstaw, kiedy rzeczywiście przecięcie nerki dokonane 4/12 1894 nie wykazało w miąższu nerkowym żadnych zmian patologicznych. Rozpoznania owego był E. Braatz niemal pewnym, kiedy przez przeciąg następnych 3-ch lat, operowana na żadne dolegliwości się nie uskarżała. Lecz po tym czasie dawne dolegliwości powróciły i to w znaczniejszem natężeniu. Chora nalegała i Braatz się zgodził na wycięcie nerki. Na preparacie anatomicznym znaleziono świeże ognisko serowate w górnym biegunie, w dolnym zaś bliznę, po takiemże dawniejszem ognisku, lecz już wygojonem.

Tych kilka przykładów chyba dowodzi dostatecznie, że wynik ujemny rozpoznawczego przecięcia nerki nie jest bynajmniej pewnym i pozbawionym wszelkich wątpliwości. Skoro ognisko chorobowe jest drobne i utkaniem swem mało się różni od zbitości miąższu gruczołowego nerki, musielibyśmy trafić na nie na rozkroju, aby je zauważyć. A i wtedy patrzeć trzeba uważnie, boć na powierzchi zalewanej nieustannie z miąższu sączącą się krwią (gdyż trudno zacisnąć szypułę naczyniową tak, aby ani kropla krwi do nerki nie przypływała), łatwo przeoczyć ognisko chorobowe, które przedewszystkiem barwą odróżniać się będzie od otoczenia. W końcu pamiętać trzeba i o tem, że oglądanie odbywamy wśród bardzo niekorzystnych warunków, o wiele trudniejszych, niż przy sekcyi. A jeżeli i anatom często zbadawszy dokładnie chorą nerkę i obejrzawszy ją nie na jednej, ale na setkach powierzchni przecięcia, uciec się musi do badania mikroskopowego, aby módz wreszcie postawić rozpoznanie, więc o ileż mniej wartości posiadać muszą wnioski rozpoznawcze chirurga, który przegląda przekrój nerki niejako dorywczo i w trudnych warunkach zewnętrznych? Złą przysługę oddają sprawie ci, którzy zachęcają do przecinania nerki w celach rozpoznawczych, bo zachęcają do rękoczynu, którego wartość jest bardzo problematyczną, a który pociągnąć może poważne niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia chorego, a wreszcie sprowadzają z drogi jedynie wskazanej prowadzącej do wydoskonalenia dotychczasowych sposobów badania chorób i czynności nerek, lub do wykrycia nowych. Zmierzam do tego, aby wykazać, że nefrotomia rozpoznawcza powinna być wykreśloną z rejestru rękoczynów chirurgicznych. Jeżeli obecne nasze sposoby badania klinicznego nerek, nie zawsze wystarczają do dokładnego rozpoznania, dozwolonem być powinno dawno już zalecane odsłonięcie (oczywiście najlepiej zaotrzewnowe), nerki i bezpośrednie jej obmacanie. Jeżeli tym sposobem nie znajdziemy żadnych zmian patologicznych (czy to co do jej rozmiarów, czy też co do wejrzenia torebki, czy wreszcie co do jej niejednostajnej zbitości), usprawiedliwiających dostatecznie dalszy jakiś zabieg, zaniechać należy wszystkich innych prób. Nie należy bowiem zapominać o tem, że w przypadku poczynającej się gruźlicy lub nowotworu złośliwego, będącego dopiero w zawiązku, tylko szczęśliwym przypadkiem przez nefrotomię odkryć je zdołamy, w razie zaś nerwobólu nerkowego (*nephralgia*) albo *haematuriae sine materia*, odsłonięcie i zluksowanie nerki z dodaniem nacięcia torebki i z następowymi zrostami tyle samo pomódz może, co i przecięcie nerki.

Na usprawiedliwienie takiego stanowiska, prócz faktów poprzednio podanych, przytoczyć możemy szereg innych, w części z kliniki, w części zaś z pracowni doświadczalnych, które wykażą, że nefrotomia, to zabieg połączony już to z bezpośredniemi, już też późniejszemi niebezpieczeństwami.

Smiertelność po przecięciu nerki nie jest wcale małą. Biorąc średnią ze zestawień większych i jednolitych, otrzymujemy około 10% śmiertelności. Wysoką tę śmiertelność tłómaczą przypadki bardzo rozpaczliwe, w których nefrotomia była tylko ostatnią kroplą. Nie mało jest jednak takich opisów, które rzucają cień na tę operacyę, zwłaszcza o ile była użytą bez ścisłych wskazań. Sabatier, Denecke, Sprengel, Braun, Leguen ogłaszają przypadki, w których wbrew istotnej potrzebie zmuszeni byli wyciąć nerkę, jedynie z powodu nieustających i groźnych dla życia krwawień z nerki, którą kilka dni poprzednio przecięli i przekonali się, że poważniejszych zmian anatomicznych nie było. W innym przypadku, kiedy jeszcze 4-go dnia krwawienie się utrzymywało, otworzono ranę, wyjęto szwy z nerki i tamponowano ją. W jednym z przypadków Bartha zdarzyło się tak, że z powodu bólów i krwawień głównie po stronie prawej, utrzymujących się od 5-ciu lat, wykonano przecięcie prawej nerki. Dwudziestego dnia po operacyi wystąpiła nagle gorączka i objawy zatoru w płucach. Barth obejrzał przedewszystkiem dokładnie ranę pooperacyjną i znalazł, że dolny biegun nerki nefrotomowanej uległ zgorzeli. Rad nie rad wyciął tę nerkę. Rana wygoiła się. Badanie drobnowidowe wykazało śródmiąższowe zapalenie. Zanim jeszcze jednakrana pooperacyjna zdążyła się zabliźnić, napowrót wystąpiły dawne dolegliwości, gdyż tą samą sprawą zapalną dotkniętą była i druga nerka. Braatz zaś widział się zmuszonym do wycięcia nerki w rok po nefrotomii, dokonanej z powodu rzekomej nefralgii, od czasu bowiem operacyi utrzymywała się przetoka, która żadnym sposobem zagoić się nie dawała.

Braatz do przypadku tego nie dodaje żadnych komentarzy — nasuwają się jednak pewne wątpliwości co do prawdziwości rozpoznania! Z tak uporczywego utrzymywania się przetoki moczowej po przecięciu nerki wnosićby można, że drożność moczowodu nie była zupełna, czy to skutkiem nieodpowiedniego stosunku tegoż do miedniczki (co jest najprawdopodobniejszem), czy też skutkiem zwężeń w świetle moczowodu. Ta zaś względna niedrożność mogła być przyczyną poprzedniej kolki nerkowej, czego oczywiście nefrotomia wyświetlić nie mogła.

Następnie nigdy nie jest wykluczoną możliwość zakażenia ropnego nerki podczas samej operacyi, a następstwem takiego zakażenia jest zupełna utrata narządu (jeżeli nie życia), dotychczas może nawet dobrze funkcyonującego.

Wspomnieć tu dalej należy o jednem spostrzeżeniu Tuffiera, który obserwował nowotwór śluzakowy, powstający z długo utrzymującej się przetoki po nacięciu nerki.

Również pojedynczym i jak dotychczas niepowtórzonym jest przypadek opisany przez Hofbauera, w którym, podczas zamierzonej nefrotomii z powodu krwiomoczu, utrzymującego się od kilku lat, skutkiem widocznie zbyt silnego pociągnięcia odsłoniętej nerki, przerwała się szypuła

tak, że wbrew zamiarom operacyę skończyć musiano wycięciem nerki. Badanie drobnowidowe wykazało przewlekłe śródmiąższowe zapalenie.

Ale nawet najszczęśliwsze operacye nie przechodzą bez śladu i bez szkody, czy to dla samej nerki, czy też dla chorego.

W ogólności, w piśmiennictwie tego przedmiotu, mało spotykamy takich przypadków, w którychby badano nerkę w dłuższy czas po nefrotomii. A i te opisy nie są zgodne. Obok takich, które tylko wspominają w zwięzłych słowach, że w nerce dawniej przecinanej znaleziono bliznę linijną nieco tylko w głąb zaciągniętą, a w samej nerce makroskopowo nie zauważano żadnych zmian (Israel), spotykamy opisy dokładniejsze, oparte na badaniu drobnowidowem. Rozpocznę od najstarszych spostrzeżeń Greiffenhagena, dotyczących nacięcia nerki. Po nefrolitomii lewostronnej, dokonanej przed 5-cioma miesiącami, przyczem długość rany wynosiła 4 ctm., chory z jakiejś innej przypadkowej przyczyny umarł. Na preparacie anatomicznym stwierdzono, że blizna pooperacyjna miała kształt klina, zwróconego wierzchołkiem ku miedniczce. Blizna ta najwidoczniej nie przeszła jeszcze przez wszystkie swe okresy, w obwodzie jej bowiem znaleziono młodą tkankę łączną (ziarninującą). W najbliższem sąsiedztwie blizny naciek drobnokomórkowy, a zdala od niej w miąższu nerki, ogniska daleko posuniętych zmian śródmiąższowych, a tu i ówdzie drobne torbiele, powstałe z zaciśniętych kanalików. W zakresie blizny kanaliki zanikły bez śladu, a tylko miejscami zachowały się kłębuszki i to zwyrodniałe (hyalinowo). W drugiej, nieoperowanej nerce, ślad zmian śródmiąższowych, wybitnie mniejszych niż w nerce lewej. Ten sam autor opisał drugi podobny przypadek. Tutaj w siedm miesięcy po nefrolitomii prawostronnej (rana długości 5 ctm.) z powodu utrzymujących się bólów wyciął nerkę. W oko wpadały od razu niezwykle małe wymiary nerki, a w niej blizna po dawniejszem nacięciu, podobnie jak w poprzednim przypadku, kształtu klina. Blizna sięgała aż do miedniczki. W obwodzie blizny zmiany śródmiąższowe w kształcie pasm łącznotkankowych, rozchodzących się promieniście od blizny w tkankę gruczołową.

Te dwa przypadki wykazują, że nawet taki drobny zabieg, jakim jest nacięcie nerki w porównaniu do *sectio renis*, na przestrzeni 4—5 ctm., powoduje w niej trwałe zmiany. W obu zmiany te określić można jako zapalenie nerek śródmiąższowe. Przeciwko możliwym zarzutom, że ta sprawa chorobowa, tocząca się w podścielisku nerki, mogła być wywołaną przez cierpienie główne, pierwotne, a więc jak w tych obu przypadkach, przez kamicę, podnieść należy, że w pierwszym przypadku, jakkolwiek zapalenie śródmiąższowe nerki istniało w obu nerkach, to w nerce operowanej sprawa ta o wiele znaczniej postąpiła; w obu zaś razach stwierdzić można było, że pasma tkanki łącznej zaciskającej i niszczącej kanaliki nerkowe brały swój początek z blizny pooperacyjnej, pozostawały z nią w bezpośrednim związku organicznym i najprawdopodobniej przyczynowym. Nadto spodziewać się musimy, że w pierwszym przypadku sprawa niszcząca nie dobiegła jeszcze swego kresu, jak na to wskazuje naciek drobnokomórkowy i tkanka ziarninowa — a to znów ze swej strony jest faktem świadczącym o tem, że zaostrzenie się zapalenia śródmiąższowego w nerce i znaczniejsze jego natężenie zależały od poprzedzającej nefrolitomii.

Wobec tych zjawisk usprawiedliwionem jest oczekiwanie, że zmiany podobne po typowej nefrotomii, czyli po *sectio renis*, będą nierównie większe. I rzeczywiście tak jest. Klinicznych spostrzeżeń w tym kierunku, dokładnie zbadanych, posiadamy trzy. Pierwsze zawdzięczamy A. Barthowi. U 31-letniej kobiety, z powodu podejrzywania gruźlicy, odsłonił nerkę. Gdy obmacaniem nie mógł stwierdzić nic patologicznego, przeciął nerkę w ten sposób, jak się to zwykle robi na sekcyi. Lecz i wówczas nic patologicznego nie znalazł. Kiedy jednak ani bóle, ani krwawienia nie ustępowały, w 34 dni po pierwszej operacyi przystąpił do wycięcia nerki. Na preparacie stwierdził martwicę miąższu nerkowego po obu stronach płaszczyzny przekroju. Ilość tkanki w ten sposób obumarłej ocenia Barth na rozmiary orzecha włoskiego. Poza sferą tkanki obumarłej wyraźne bujanie w tkance śródmiąższowej i żywy rozrost nabłonka w kanalikach prostych. Obok tego cewki wypełnione wałeczkami szklistymi. W kanalikach krętych stłuszczenie nabłonka i to nawet w znacznej odległości od blizny. Podobna sprawa toczy się w obwodzie każdego szwu, założonego na rozciętą nerkę.

Dwa dalsze przypadki, lecz już nierównie dalej posunięte, opisuje E. Braatz. Pierwszy z tych przypadków przytoczyliśmy już częściowo poprzednio, mówiąc o wartości rozpoznawczej nefrotomii. Tu więc tylko skończymy opisem preparatu anatomicznego. Na wyciętej nerce stwierdzono znaczny zanik przodkowej (t. j. brzusznej) połowy nerki, zanik takiego stopnia, że blizna pooperacyjna przeciągniętą została z równika nerki na jej przodkową powierzchnię, w pobliże miedniczki. Równocześnie (w paru słowach) wspomina ten sam autor o drugim zupełnie analogicznym przypadku, przez siebie spostrzeganym. Dla zrozumienia tego zjawiska nie wystarcza wcale tłómaczenie, że przyczyną takiego znacznego zaniku było przecięcie naczyń. Braatz bowiem, nie znając jeszcze pracy Zondeka, poprowadził cięcie przez największą wypukłość nerki, nie zaś przez rzeczywisty równik nerki, leżący jak wiadomo, kilka milimetrów ku powierzchni tylnej (grzbietowej) nerki. Gdyby bowiem rzeczywiście taka była przyczyna zaniku nerki, powinnaby jej uledz jedynie część klinowata, położona między płaszczyzną przekroju a płaszczyzną naturalnej podzielności nerki. Zupełnie nie pojmuję, dlaczegoby i część położona na zewnątrz od płaszczyzny przekroju, miała uledz zanikowi? Myślę, że dla przypadków zwykłych, t. j. o typowym przebiegu naczyń, dla wytłómaczenia takiego zaniku, nie wystarcza jedynie teorya o przecięciu naczyń, a przyjąć trzeba i inne dodatkowe wpływy. W pierwszej linii wziąśćby należało w rachubę przerwanie ciągłości między kłębuszkami Malpighiego a kanalikami, w dalszym zaś ciągu uwzględnić wpływ nerwów odżywczych. W każdym razie, jakąkolwiek byłaby przyczyna takiego znacznego zaniku nerki, przypadki takie i tym podobne wskazują, że następstwa po nefrotomii nie zawsze są obojętne. Ostrożność w tym kierunku nakazują nadto doświadczenia podejmywane głównie w celu stwierdzenia sposobu gojenia się ran w nerkach i następstw po częściowem wycięciu nerki. Z doświadczeń tych, podejmywanych wielokrotnie i w różnych czasach wynika, że miąższ nerkowy nie jest wcale zdolnym do odrodzenia się w ścisłem tego słowa znaczeniu. Nie odrazu jednak przyszliśmy do tego przekonania. Wprawdzie wszyscy zgadzali się na to, że blizna w nerce powstaje skutkiem bujania

tkanki śródmiąższowej, lecz niektórzy dodawali, jak np. Pisenti, że z tych młodych, okrągłych i owalnych komórek tkanko-łącznowych, przez właściwe ich uszeregowanie się, powstawać mogą nowe kanaliki i kłębuszki. Wszyscy jednak późniejsi badacze zaprzeczyli temu zgodnie, przyjmywali jednak, że odrodzenie się miąższu gruczołowego istnieje. Kłębuszki Malpighiego odradzać się miały z naczyń (Paoli), a nowe kanaliki powstawać miały dzięki bujaniu nabłonka w kanalikach zachowanych (Mattei, Podwysocki, Paoli i inni). Odradzania się takie opisywał A. Barth jeszcze przed kilkoma laty, przedstawiając całą sprawę jako bujanie komórek nabłonkowych w utrzymanych cewkach prostych, w formie wypustek bocznych. Temu procesowi odrodczemu odmówił jednak wszelkiej wartości czynnościowej, bo wypustki te, tkwiące wśród tkanki bliznowatej, prędzej lub później ulegają zanikowi skutkiem ucisku przez kurczącą się bliznę a nawet w zaraniu swego bytu obojętne są dla ustroju, nie łączą się bowiem ani z torebką Bowmanna, ani z kłębuszkiem Malpighiego. W czasie jednak, kiedy jeszcze wyznawano teoryą o zdolnościach regeneracyjnych nerki, Tuffier i Kümmel wykonali liczne bardzo doświadczenia i stwierdzili rzekomo, że owa zdolność odrodcza nerki po jej częściowej resekcyi jest niemal nieograniczoną. Już w 48 godzin po wycięciu kawałka nerki można ją wyraźnie zauważyć, a po 10—15 dniach sprawa jest już skończona Dopiero A. Barth wykazał, że całe owo tak szybkie i wydatne odradzanie się, to tylko szereg złudzeń. Powiększenie się pozostawionych części nerki nie zależy bynajmniej od odrastania nowej tkanki gruczołowej, lecz od odczynowego obrzęku pozostałej części. Kümmel powtórzył swe doświadczenia i przyznał słuszność Barthowi. W ostatnich czasach przybyły nam nowe doświadczenia Maxa Wolffa, które, rozważane razem z doświadczeniami dawniejszemi Bartha, wykazują dowodnie i zgodnie poza pewnymi, obojętnymi szczegółami, że nerka nie jest wcale zdolną do regeneracyi. Części, raz w jakikolwiek bądź sposób zniszczone; na zawsze pozostają stracone dla ustroju. Jedyny objaw odrodzenia, jaki w nerce po jej częściowem wycięciu spostrzegać możemy, to bujanie nabłonka w kanalikach prostych. Bujanie to, na ilość bardzo wydatne, gdyż sprowadza ostatecznie całkowite zaczopowanie światła kanalika, jest zupełnie bezcelowem. Natomiast miąższ nerkowy posiada niezaprzeczoną zdolność do wyrównującego przerostu. Przerost zaś ten polega nie na ilościowem pomnożeniu (hiperplazyi) pojedynczych pierwiastków (kanalików, kłębuszków), lecz na ich przeroście (hipertrofii), t. zn. kanaliki stają się szersze, światło ich obszerniejsze, a kłębuszki większe. Stwierdzić to możemy, obliczając liczbę kanalików i kłębuszków na pewnej części pola widzenia w nerce prawidłowej i w nerce przerosłej. (Dokończenie nastąpi).

V. Wyciągi.

F. Blum. **Zapalenie nerek śródmiąższowe na tle samozakażenia.** (*Virchov Archiv*, T. 166). U psów, jeżeli nie giną prędko po wycięciu gruczołu tarczykowego, obok typowych zmian zwyrodnienia w układzie nerwowym ośrodkowym powstaje stale międzymiąższowe zapalenie nerek. Pierwsze zmiany pojawiają się w bezpośredniem sąsiedztwie kłębków, później rozwija się naciek w tkance otaczającej kanaliki moczowe, a wreszcie nastaje zanik kłębków i zwyrodnienie miąższu nerek. *E. K.* (Kr. kl. ch. w.)

Renvers. **Przyczynek do leczenia ostrego zapalenia nerek.** (*Therapie der Gegenwart* 1902, Nr. 4) Pierwszym warunkiem leczenia zapalenia nerek jest poznanie etyologii tego cierpienia. Zapalenie nerek jest prawie zawsze chorobą następową, objawem ogólnego zakażenia lub zatrucia, a wyjątkowo tylko chorobą pierwotną. Często ustrój przezwycięża w krótkim czasie zakażenie, względnie zatrucie, zmiany jednak w nerkach ustępują bardzo wolno, nieraz trwają lata pod postacią zapalenia przewlekłego. W leczeniu należy starać się w pierwszym rzędzie o usunięcie przyczyny podrażnienia nerek: leczyć chorobę przewodu pokarmowego, błonicę itd., a w drugim rzędzie usuwać zaburzenia wywołane przez niedostateczną sprawność chorobowo zmienionych nerek. Upust krwi w przypadkach mocznicy jest nieraz jedynym środkiem, ratującym życie; następnie należy wywoływać poty i działać przeczyszczająco. W tym celu należy polecić gorące, mokre zawijania, gorącą kąpiel, picie gorącej wody z cukrem z dodatkiem herbaty; a unikać leków napotnych. Do przeczyszczenia należy używać soli, albowiem leki przeczyszczające roślinne zawierają istoty drażniące nerki. Korzystnie wpływają lawatywy z fizyologicznego rozczynu chlorku sodowego.

Należy się starać, aby się jak najmniej we krwi wytwarzało produktów przemiany materyi. Doświadczenia wykazały, że w zapaleniu nerek głównie wydzielanie azotu zostaje upośledzone, a więc należy zaspokajać potrzeby ustroju głównie węglowodanami, tłuszczami, a białka jak najmniej podawać. Wyskoku i korzeni należy zupełnie wzbronić. Dyeta ściśle mleczna nie jest możliwa, częścią z powodu odrazy, jakiej chorzy wkrótce nabywają do mleka, częścią zaś z powodu względnie dużej ilości białka. Wystarczy mleko rozcieńczone z dodatkiem ryżu, kleików, cukru, śmietany. Jarzyny i owoce można podać dopiero wówczas, gdy moczenie jest dostateczne. Wszelkiego ruchu należy wzbronić, aby nie przyspieszać przemiany materyi. Z czasem winno się rozpocząć od mięsienia kończyn pod kontrolą moczu, a później przejść do biernej gimnastyki.

Z leków należy polecić w razie obniżenia parcia krwi: naparstnicę, *strophantus;* przy prawidłowem jednak parciu krwi leki te, podane jako moczopędne, więcej szkodzą, niż pomagają. Pobudzające działanie na wydzielanie moczu przypisują kofeinie i teobrominie, aczkolwiek racyonalne wskazanie do użycia tych leków w ostrem zapaleniu nerek jest rzadkie. Według autora jedynym środkiem moczopędnym w tej chorobie jest woda.

Dr. Kędzior (Kr. kl. ch. w.).

Dr. J. Marischler. **O wpływie produktów drobnoustrojów kałowych (toksyn) i wyciągów kałowych na narząd krążenia.** (*Polskie Archiwum nauk biologicznych i lekarskich* Tom 1, Zeszyt II). Zachętą do tej pracy, której część doświadczalna wykonaną została w zakładzie fizyologii prof. Dra Becka, było spostrzeżenie kliniczne, że u pewnej chorej zauważono podczas kilkodniowego zaparcia stolca ziębnięcie rąk i nóg, objawy, które po oddaniu stolca ustępowały. Nasuwała się więc sama przez się myśl, czy nie mamy tu do czynienia z jakimś związkiem przyczynowym między t. zw. atonią jelitową a zmianami naczynioruchowemi.

O zmianach naczynioruchowych podczas zaparcia stolca wspomina wielu autorów; odnoszą je jednak po większej części albo do wpływu mechanicznego nagromadzonego kału na nerwy jelitowe i zwoje nerwu spółczulnego, albo też do utrudnienia w oddechaniu i krążeniu wskutek wypchnięcia przepony ku górze. W ostatnich dopiero czasach zwrócono uwagę na sprawy chemiczne, zachodzące w jelitach i starano się w wessaniu produktów rozkładu gnilnego treści jelitowej znaleźć ostateczną przyczynę wyżej wspomnianych objawów. Dotychczas jednak nie wykazano doświadczalnie wpływu produktów gnilnych przewodu pokarmowego na narząd krążenia. Chcąc lukę tę wypełnić, t. j. chcąc przekonać się, czy i w jakim kierunku produkta gnilne, wywołane działaniem drobnoustrojów jelitowych, mają wpływ na krążenie, względnie zachowanie się ciśnienia krwi i ośrodków naczynioruchowych, przedsięwziął autor szereg doświadczeń z toksynami kałowemi.

W celu otrzymania produktów gnilnych, wytworzonych życiem drobnoustrojów jelitowych (toksyn), przeszczepiał autor minimalną ilość kału ludzkiego na 200 ctm.³ bulionu, chcąc, by się rozwinęły symbiotycznie drobnoustroje zawarte w kale. Tego rodzaju hodowle zostawiał autor przez 48 godzin w ciepłocie 37°, poczem sączył je przez sączek porcelanowy Chamberlanda i otrzymywał w ten sposób przesącz, a w nim pewną ilość toksyn, mogących służyć do doświadczeń. Hodowle te otrzymywał autor z kałów prawidłowych, biegunkowych, zapartych w sposób naturalny i sztuczny, po dyecie mlecznej; miał również sposobność zbadać w ten sposób treść jelita cienkiego, otrzymaną przy operacyi z powodu przewlekłego zwężenia jelita.

By przekonać się, czy produkta gnilne znajdują się w stanie gotowym w kale ludzkim, robił autor również wyciągi z kałów

w ten sposób, że rozcierał 50 grm. kału ze 100 ctm.[3] fizyologicznego rozczynu NaCl i sączył również przez sączek Chamberlanda, a z przesączem przeprowadzał szereg takich samych doświadczeń, jak z przesączem otrzymanym z hodowli.

Doświadczenia przeprowadzał autor na królikach i psach. Do oznaczenia wpływu tych toksyn na narząd krążenia posługiwał się mierzeniem ciśnienia krwi. W tym celu łączono jedną z tętnic dogłowowych zwierzęcia z kymografionem Ludwiga, a toksyny wprowadzono u królików do żyły szyjnej, u psów zaś do żyły udowej.

Na podstawie swych doświadczeń dochodzi autor do następujących wniosków: 1) w przesączu hodowli bulionowych, otrzymanych przez przeszczepienie minimalnej ilości kału ludzkiego, znajdują się pewne ciała (toksyny), które 2) wstrzyknięte do żyły obwodowej, podnoszą ciśnienie krwi tętnicze; 3) to podniesienie się ciśnienia krwi polega najprawdopodobniej na podrażnieniu ośrodków naczynioruchowych; 4) toksyny te wywołują również zaburzenia czynności samego mięśnia sercowego, lub jego obwodowego narządu nerwowego; 5) toksyny, otrzymane przez przeszczepienie kału przy zaparciu naturalnem, działają silniej na narząd naczynioruchowy, aniżeli toksyny, pochodzące z przeszczepienia kału prawidłowego; 6) sztuczne zaparcie stolca niema wybitnego wpływu na siłę toksyn; 7) tak samo i biegunka; 8) kilkodniowa dyeta mleczna nie wpływa na jakość i siłę toksyn; 9) przeszczepienie treści jelita cienkiego daje toksyny tych samych własności, jak przeszczepienie kału, oddanego drogą naturalną; 10) wpływ na ośrodki naczynioruchowe toksyn kałowych, wprowadzonych do ustroju drogą żyły bramnej, jest o wiele słabszy w porównaniu z działaniem tychże toksyn, wprowadzonych drogą żyły szyjnej; wyciągi kałowe wodne, wprowadzone do żyły, obniżają znacznie ciśnienie krwi. *M.*

A. Fraenkel. **O nakłóciu osierdzia.** (*Die Therapie der Gegenwart,* kwiecień, 1902). Miejsce nakłócia przy wysiękowem zapaleniu osierdzia nie jest nawet w większych monografiach ściśle oznaczone. We Francyi sposób, zalecony przez Dieulafoy, t. j. nakłócie na zewnątrz od naczyń sutkowych bywa częściej używany, niż drugi sposób — na wewnątrz od naczyń sutkowych. Odstęp bowiem tętnicy od mostka wynosi w czwartem międzyżebrzu 1,6 ctm., w piątem 2,0, w szóstem 2,5 ctm., a Dieulafoy robi nakłócie w 4-tem albo 5-tem międzyżebrzu około 6 ctm. od lewego brzegu mostka, wbijając igłę połączoną z przyrządem aspiracyjnym w kierunku ku mostkowi i ku górze, w przeciwieństwie do Baizeaua, Delormea i Mignona, którzy operują na wewnątrz od naczyń tuż przy lewym brzegu mostka, aby w ten sposób uniknąć skaleczenia opłucnej. Podczas gdy Hindenlang operuje w 4-tym, 5-tym lub 6-tym międzyżebrzu 3—4 ctm. na zewnątrz od lewego brzegu mostka, odpowiednio do wielkości stłumienia serca, Romberg poleca sposób Curschmanna, który wkłówa płaski trójgraniec zwolna i ukosem w kierunku koniuszka serca, wprawdzie w 5-tem lub 6-tem międzyżebrzu, ale na zewnątrz od linii sutkowej, w miejsce samego stłumienia, jeśli tętnienia serca, albo tarcia osierdziowego wykazać nie można. Po wypuszczeniu wysięku osierdziowego należy zawsze, wyciągając nieco rurkę trójgrańca, wypuścić zarazem i obecny w takich przypadkach wysięk opłucnowy. Wobec wysięku opłucnowego ropnego powinno się z powodu prawdopodobnego zakażenia osierdzia operować tylko tuż obok lewego brzegu mostka. Drobne skaleczenia serca bywają zawsze bez następstw.

Autor wykonał nakłócie osierdzia w dwóch przypadkach i to sposobem Szapożnikowa, t. j. na prawo od mostka, wypuszczając w pierwszym przypadku — (z powodu gruźliczego zapalenia osierdzia, jak później wykazały oględziny pośmiertne) — 1600 ctm.[3], w drugim przypadku — (ostry gościec stawów) — 180 ctm.[3]. W obu tych przypadkach tylko nadmierna duszność i wzmagająca się sinica były wskazaniem życiowem do operacyi, bo wiadomo, że samoistne wessanie takich wysięków w przebiegu gośćca ostrego nastąpić może. Na wybór miejsca nakłócia w obu tych przypadkach wpłynęło wielkie stłumienie, oraz usiłowanie, ażeby uniknąć w ten sposób skaleczenia wielkiej żyły serca (vena magna cordis), która w tych przypadkach ogromnie nabrzmiewa.

W dalszym ciągu roztrząsa autor sprawę oddalenia lewego brzegu serca od ostatecznej granicy stłumienia i zachowania się serca wobec wysięków osierdziowych. Szapożnikow, wykonując odnośnie do tej sprawy doświadczenia, wstrzykiwał żelatynę do jamy osierdziowej — po odpiłowaniu mostka — i pokazało się, że tylko niekiedy cienka warstwa żelatyny pokrywała przednią ścianę serca, podczas gdy największa jej część gromadziła się bądź po obu stronach serca, bądź też między sercem a przeponą. Z tego wynika, że jeśli uderzenie koniuszkowe da się wymacać po lewej stronie klatki piersiowej, a poniżej istnieje rozszerzone stłumienie, można wykonać nakłócie w szóstem lewem międzyżebrzu; natomiast w trzeciem albo czwartem międzyżebrzu prawem w granicach bezwzględnego stłumienia tylko wtenczas, jeśli przepona nie jest przesunięta, a przestrzeń półksiężycowa Traubego się nie zmieniła. Damsch wstrzykiwał rozczyn agaru do osierdzia, ciecz o tym samym prawie ciężarze gatunkowym, jak żelatyna lub wysięk surowiczy, torując sobie drogę wycięciem piątej i szóstej chrząstki żebrowej i doszedł do wniosków, że nakłócie najlepiej wykonać przy dolnym brzegu przedniej ściany worka osierdziowego. W każdym razie trzeba szczególną zwracać uwagę na to, czy niema rozszerzenia lewej komory, bo wtenczas większa część serca lewego przylega do przedniej ściany klatki piersiowej i skaleczenie serca byłoby nieuniknione. W tych przypadkach nakłócie jest wskazane po stronie prawej, bo stłumienie dochodzi tu przynajmniej do linii przymostkowej prawej. *Dr. J. Münzer* (Lwów).

Koblanek. **O leczeniu tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy.** (*Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie* 1902, XLVII Band, I. Heft). Wszystkie zabiegi, stosowane do leczenia tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy, dzielą się na I. mechaniczne i II. chirurgiczne.

I. Do pierwszych należy odprowadzenie macicy z następowem założenie krążka. Dotychczasowa statystyka wykazuje, iż tą drogą stosunkowo rzadko daje się osiągnąć trwałe wyleczenie; zazwyczaj już w ciągu pierwszego roku po usunięciu krążka macica powraca do nieprawidłowego położenia (blizko w 80%). Skutek leczenia zapomocą krążków w ogólności zależy od trzech warunków: *a)* wyboru odpowiedniego krążka i dostatecznie długiej a troskliwej opieki lekarskiej; od *b)* od powikłań tyłopochylenia i tyłozgięcia, i *c)* od sposobu powstania i czasu trwania nieprawidłowego położenia macicy.

Ad a. Najlepsze wyniki dawały krążki Thomasa. Nieraz okazywały się one skutecznymi nawet tam, gdzie inne krążki zawodziły.

Ad b. Krótka przednia ściana pochwy i zrosty okołomaciczne stanowią przeszkodę dla osiągnięcia dobrych wyników leczenia zapomocą krążków. Ponieważ zrosty te nieraz z trudnością dają się rozpoznać, przeto autor odnosi część przypadków niepomyślnego leczenia do tego właśnie powikłania, nie rozpoznanego przed założeniem krążka.

Ad c. Najlepsze rokowanie co do trwałego wyleczenia dają przypadki tyłopochylenia i tyłozgięcia, powstałe w połogu i zawczasu odprowadzone. Idzie tu głównie o uchwycenie odpowiedniej chwili dla wykonania zabiegu: macica położnicy nie powinna już być dużą, atoli powinna jeszcze posiadać pewną wiotkość i giętkość. Obydwom tym warunkom odpowiada macica mniejwięcej w trzecim tygodniu po porodzie. W razie potrzeby można macicę odprowadzać kilkakrotnie. Z 26 osób, leczonych podczas połogu, udało się autorowi trwale wyleczyć 9 bez zakładania krążka; z 17-tu, którym krążek trzeba było założyć, po 2—5 miesiącach uleczono 6, u reszty zaś 11 albo nie można było skontrolować wyniku leczenia, albo też tyłopochylenie i tyłozgięcie po usunięciu krążka powróciło.

Zachęcony tymi wynikami, próbował autor spożytkować zwiotczenie macicy po poronieniu i podczas miesiączki dla leczenia tyłopochylenia i tyłozgięcia. Próby te zostały uwieńczone względnie pomyślnym skutkiem: z 18-tu przypadków tyłopochylenia i tyłozgięcia, leczonych poprzednio bez skutku zapomocą krążków, otrzymał autor w 7-miu trwałe wyleczenie.

II. Kiedy mechaniczny sposób leczenia tyłopochylenia i tyłozgięcia pozostaje dla jakichkolwiekbądź przyczyn bez skutku, a chora przez to jest narażona na cięższe dolegliwości, wkracza wtedy w swe prawa chirurgia. Ze wszystkich zabiegów operacyjnych (*Ventrofixatio*, oper. Alexandera i t. d.) oddaje autor pierwszeństwo t. zw. *vaginofixatio ligamentorum rotundorum.* Po dojściu do przyczepu więzu okrągłego od strony przedniego sklepienia i oddzieleniu możliwych zrostów, autor przeciąga nitkę przez ten wiąz, oraz fałd pęcherzowo-maciczny i umocowuje ją we wnętrzu przedniej pochwy ściany. Zalety waginofiksacyi więzu okrągłego mają być następujące: 1) z operacyą tą łatwo dadzą się połączyć plastyczne operacye pochwy; 2) sam zabieg jest lżejszy od laparotomii (*ventrofixatio*); 3) można ją zastosować przy macicy ruchomej i unieruchomionej i połączyć z nią operacye przydatków; 4) macica, jak i po innych zabiegach, utrzymuje swą ruchomość i zdolność przerastania (ciąża). *R. K—cki.*

Birch-Hirschfeld. **Badania doświadczalne nad patogenezą niedowidzenia (amblyopii) z zatrucia alkoholem metylowym.** (*Graef. Arch. f. Opht.* T. 52, 1901). Autor wprowadzał u królików i u kur do jamy ustnej alkohol metylowy, przyczem powstawało u zwierząt tylko odurzenie, jakby po nadmiernem użyciu wyskoku, osłabienie i znaczne upośledzenie wzroku. Po pięciu do 14-tu dniach zabijano zwierzęta i badano gałki pod drobnowidem: wyniki badania tego dadzą się streścić w następujących zdaniach: działanie alkoholu metylowego w pierwszym rzędzie da się stwierdzić w komórkach nerwowych siatkówki, zanim wogóle jakiekol-

wiekbądź zmiany w pniu nerwowym wystąpią; zwyrodnienie nerwu jest dopiero sprawą następową — i ogranicza się tylko do pierwszej części nerwu; nie okazuje ono charakteru zapalnego. Niedowidzenie (amblyopia) metylowe u człowieka jest bardzo podobne do przewlekłego zatrucia wyskokiem. Anatomicznie wykazują to doświadczenia (jak i Rymowicza) ogromne podobieństwo do zatrucia wyskokowego. Praca ta zatem odrzucałaby, o ile doświadczenie na zwierzęciu da się przenieść na człowieka, twierdzenie Uthoffa i innych, jakoby pierwotne zmiany w niedowidzeniu alkoholowem powstawały w nerwie.

Dr. Brudzewski.

Fuchs Prof. **Oderwanie naczyniówki po operacyi zaćmy.** (*Graefego Archiv f. Ophtalmologie* 1902, T. 51, II). Dotąd w bardzo nielicznych przypadkach spostrzegano oderwanie naczyniówki po wydobyciu zaćmy. Pierwszy zwrócił na to uwagę Knapp, a po nim w kilku przypadkach spostrzegali je także inni okuliści. Fuchs w tym kierunku badał dokładnie wszystkie przypadki, operowane z powodu zaćmy w czasie od listopada 1899 r. do czerwca 1900 w swojej klinice i znalazł w pięciu przypadkach oderwanie naczyniówki, co kazałoby przypuszczać, że ono daleko częściej się zdarza, niż dotąd sądzono. Oprócz tych przypadków, które spostrzegał w klinice, opisuje jeszcze jeden przypadek z praktyki prywatnej i przytacza nadto historye choroby trzech przypadków oderwania naczyniówki po irydektomii. Obraz chorobowy tego cierpienia jest następujący: przebieg pooperacyjny w tych przypadkach bywa w pierwszych dniach po operacyi najczęściej prawidłowy. Po kilku dniach staje się przodkowa komórka płytszą, a wreszcie następuje brak jej, chociaż nie można wykazać śladów pęknięcia ranki lub jej wydęcia, owszem — z jej wejrzenia wnosić należy, że ranka jest należycie sklejona, a pomimo to staje się gałka oczna miększą. Jeżeli źrenica jest rozszerzoną, to już przy oświetleniu ogniskowem można rozpoznać oderwanie naczyniówki, która w kształcie żółtych lub brunatnych gładkich garbów, wystających do ciałka szklistego, staje się widoczna. Dokładniej można rozpoznać garby wziernikiem, które przy badaniu środków łamiących przedstawiają się jako wyniosłości półkuliste ciemne, w wielu przypadkach wprost czarne. Jeśli jest ich więcej, co się także zdarza, to je głęboki przedział rozdziela. Jeżeli oderwanie naczyniówki jest bardzo płytkie, można je tylko rozpoznać po ciemnym łukowatym cieniu, którego wypukłość jest ku tyłowi zwróconą. Oderwania zdarzają się przeważnie w przedniej części naczyniówki. Najwcześniej je spostrzeżono w trzecim dniu, najpóźniej w piątym miesiącu po operacyi zaćmy. Po jakimś czasie płyn podnaczyniówkowy ulega wessaniu, garby się odpowiednio zmniejszają, stają się płaskie, wreszcie znikają, ciecz wodna nagromadza się w przodkowej komórce, a obniżone napięcie gałki ocznej staje się prawidłowe.

Fuchs tłómaczy powstanie oderwania naczyniówki w następujący sposób: przy operacyi zaćmy i przy wykonaniu irydektomii powstają poprzerywania tkanin w zatoce przodkowej komórki, skutkiem których może się ciecz wodna dostać do utkania mięśnia rzęskowego i do przestworów naczyniówkowych. Gromadząc się tam, ciecz wodna wypycha naczyniówkę i przylegającą do niej siatkówkę w ciałko szklanne, które, ustępując ku przodowi sprawia, że przodkowa komórka staje się płytszą. Trudniej wytłómaczyć obniżenie napięcia oka. Fuchs sądzi, że oko staje się dlatego miększe, że ciecz podnaczyniówkowa łatwiej może z oka na zewnątrz się dostać, aniżeli ciecz z przodkowej komórki. Na poparcie swojej teoryi przytacza wynik badań drobnowidowych oczu, operowanych z powodu zaćmy, które dowodzą, że istotnie oderwanie naczyniówki w okolicy przyczepienia tęczówki i ciałka rzęskowego się zdarzają.

Dr. August Dybuś-Jaworski.

Docent Jawein. **W sprawie powstania ostrego obrzęku śledziony.** (*Izwiestija Imperatorskoj Wojenno-Miedicinskoj Akad.* 1902, t. 4, Nr. 2). Rozprawa ta stanowi dalszy ciąg badań autora nad przyczyną ostrego obrzęku śledziony w zatruciach i chorobach zakaźnych. W pracy, ogłoszonej w roku 1899, na podstawie doświadczeń swoich na psach doszedł autor do wniosku, że ostry obrzęk śledziony, występujący po zatruciu psów truciznami, rozpuszczającemi krwinki czerwone (solą Bertoleta, toluilendyaminą), powstaje wskutek obfitego rozpadu krwinek, którego produkty są zdaniem J. tymi bodźcami, które wywołują najpierw przekrwienie, a następnie bujanie i przerost miazgi śledzionowej. To wnioskowanie autora stwierdzają i inni badacze, którzy wykazują, że ostre obrzmienie śledziony występuje po zatruciu tylko takiemi truciznami, które posiadają własność wywoływania rozpadu krwinek, i nie spostrzega się po zatruciu innymi przetworami trującymi. Niemniej znajdujemy w piśmiennictwie twierdzenia autorów, że ostre obrzmienie śledziony występuje tylko w tych sprawach zakaźnych, które pociągają za sobą wzmożony rozpad krwinek czerwonych, zwłaszcza zaś w okresie, kiedy rozpad jest najwybitniejszy. Jawein przeprowadził szereg dalszych doświadczeń z zatruwaniem królików pirogalolem i toluilendyaminą, pod wpływem których krwinki czerwone królika ulegają rozpadowi. Wprowadziwszy podskórnie roztwór wodny tych przetworów, oznaczał on codziennie liczbę krwinek czerwonych, % hemoglobiny i ciężar właściwy krwi; po śmierci zaś zwierzęcia badał narządy wewnętrzne, zwłaszcza śledzionę w skrawkach, ustalonych w wyskoku. Doświadczenia te potwierdziły, że i u królików również, jak i u psów, ostre obrzmienie śledziony stoi w związku z szybkim rozpadem krwinek czerwonych. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

K. Švehla. **Przyczynek do symptomatologii rozpadlin rzyci.** (*Sbornik klinický*. Tom III, 1902, Zeszyt 2). Zdania autorów co do częstości pojawiania się rozpadlin rzyci są rozmaite. Statystyczne zestawienie w poliklinice Svehli wykazuje 2·5% tego cierpienia. Objawy, dotąd znane, są następujące: uporczywe zaparcie stolca, bóle przy wypróżnieniach, bóle żołądkowe, pojawianie się krwi po stolcach. Dorośli skarżą się prócz tego na bolesny skurcz zwieracza, utrzymujący się długo po wypróżnieniach, na parcie na stolec, a niekiedy także na dolegliwości przy oddawaniu moczu. Autor przytacza cztery spostrzegane przez siebie i wyleczone przypadki rozpadlin rzyci u dzieci, przebiegających wśród objawów, towarzyszących zwyczajnie zapaleniu stawu biodrowego. I tak opisuje on postawę patognomoniczną, ból w kończynie, a zwłaszcza w kolanie, bóle przy ruchach i przy uderzeniach w piętę lub krętarz, i wyrównujące skrzywienie kręgosłupa. Tylko brak bolesności ruchów biernych jest cechą odróżniającą oba te cierpienia. W jednym z opisywanych przez autora przypadków stosowano nawet poprzednio bez skutku opatrunek ustalający. Przyczyny występowania takich objawów są następujące: 1) tarcie i ruchy pośladków wywołują bóle w rozpadlinach, skłaniające dziecko do przybrania takiej postawy, któraby umożliwiała uniknięcie cierpienia. Jest to właśnie addukcya, zgięcie i skręcenie ku wewnątrz, które pojawiają się także w zapaleniach stawu biodrowego. Uderzenia w piętę i krętarz są bolesne, ponieważ wywołują tarcie pośladków. Bolesność ta po miejscowem zastosowaniu kokainy na ranę natychmiast ustępuje. 2) Co się tyczy skarg na bóle w kolanie, to są one wynikiem mylnego umiejscowienia siedziby bólów, zdarzającego się częstokroć u dzieci. *Dr. M. Blassberg.*

Krasinew. **Przypadek wycięcia żołądka.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 8). K. opisuje przypadek złośliwego nowotworu żołądka, dla usunięcia którego okazała się potrzeba wycięcia 5/6 żołądka. Począwszy od trzeciego dnia po operacyi chora dostawała już mleko zimne, a przebieg pooperacyjny był już bez powikłań. W dniu ogłoszenia przypadku (na 17-ty dzień po operacyi) chora czuła się zupełnie zdrową. (Jest to więc już 18-ty przypadek prawie doszczętnego wycięcia żołądka, ogłoszony w piśmiennictwie. Poprzednie przypadki są następujące: 1) *Hemmeter-Medical Record*, 1898; 2) *Brigham. Clinical Review and Boston med. Journal*, 1898; 3) Nolle: *New-Jork med. Journal*, 1898; 4) Faure: *La semaine médic.*, 1899; 5) Schlatter: *Beiträge zur klin. Chir.*, 1899, Bd. 23; 6) Uroblewski: *Centralbl. f. Phys.*, Band XI, Nr. 21; 7) Leersum and Rotgans: *Nederland. Weeckbl.* 1899; 8) Narvic: *Annals of Surgery*, 1900; 9) Delatour: *ibid.*; 10) Ricard: *Gazette des hôpitaux*, 1900, Nr. 34; 11) Pauchet: *La semain. méd.*, 1900, Nr. 27; 12) de Carvalho: *The Lancet*, 1900; 13) Deganello: *Arch. ital. de biol.*, 1900; 14) Krause: *Deut. med. Woch.* 1901, Nr. 14; 15) Böckel: *ibid.* Nr. 11; 16) Herczel. *Orvosok Lapja.* 1901, Nr. 10 — i 17) Bardeleben: *Deut. med. Woch.* 1901, Nr. 15. Najdłużej po operacyi żyła chora Delatoura, mianowicie 20 miesięcy; zejście śmiertelne nastąpiło z przyczyny przypadkowej. (*Przypisek sprawozdawcy*).

Witold Orłowski (Ptbg.).

S. Mintz. **O nadżerkach wybroczynowych żołądka.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). Z punktu anatomii patologicznej są to małe powierzchowne utraty błony śluzowej żołądka, nie dochodzące do warstwy mięśniowej błony śluzowej. Liczba ich bywa zwykle znaczna. Nazwano je wybroczynowemi w przypuszczeniu, że powstawanie swe zawdzięczają wybroczynom krwi; jednakże nie zawsze powstają one wskutek zaburzeń krążenia. Nadżerki napotykamy w ostatnim okresie gruźlicy, w mocznicy, drgawkach porodowych, pijackim nieżycie żołądka, marskości zanikowej, dalej w przebiegu zapalenia płuc, zapalenia wyrostka robaczkowego i uwięźniętej przepuklinie. W powyższych stanach chorobowych nadżerki zawdzięczają swe powstawanie albo wpływom chemicznym (węglan amonowy, kwas mlekowy), albo też drobnoustrojom i ich toksynom. Nadżerki — zdaniem autora — tworzą osobną postać chorobową, dla której nieżyt żołądka bywa czynnikiem usposabiającym. Charakterystycznym jest zbiór pewnych objawów podmiotowych: bóle żołądka, nieraz bardzo silne, wychudnienie i osłabienie, powstałe wskutek nieprzyjmowania pokarmów; z objawów zaś przed-

miotowych cechującą jest stała obecność w przepłóczynach strzępków błony śluzowej żołądka. Bóle obejmują całą okolicę żołądka, występują wkrótce po jedzeniu, trwają do dwóch godzin i zwolna znikają. Wychudnienie nigdy nie dochodzi do charłactwa. Mogą też być mdłości i wymioty (jak w obu przypadkach autora), brak łaknienia, zaparcie stolca lub rozwolnienie, zawroty głowy, lecz są to objawy niestałe. Sprawność mechaniczna żołądka nie wykazuje żadnych zboczeń, a chemizm również nic charakterystycznego nie przedstawia. Leczenie nadżerek wybroczynowych polega na przepłókiwaniu żołądka azotanem srebrowym (1—2‰) i na podawaniu dużych dawek bizmutu naczczo, dalej na spokoju i nie drażniącej dyecie. *Z. Czaplicki.*

Stanisław Nowaczek. **Przypadek skurczowego zwężenia przełyku.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). Autor opisuje rzadki bardzo przypadek skurczowego zwężenia przełyku, rozpoznanego na podstawie: nagłego początku choroby, szybkiego rozwinięcia się objawów zupełnej niedrożności, możności wprowadzenia najgrubszego zgłębnika do żołądka bez zmiany kierunku i bez względu na to, czy jama nad zwężeniem jest pustą, lub też wypełnioną płynem; dalej na podstawie braku wymiotów i odbijań, wreszcie zupełnego braku wszelkich wskazówek, przemawiających za jakiemkolwiek innem cierpieniem. W etyologii tej choroby duże znaczenie mają mieć cierpienia nerwowe i moralne. W opisywanym przypadku u chorej, będącej jeszcze w stanie ozdrowienia po grypie, cierpienie wybuchło nagle po otrzymaniu przykrej wieści. Co do patogenezy tego cierpienia, to Ziemssen przypuszcza możliwość udziału nerwu spółczulnego. W danym przypadku przypuszczenie Ziemssena temwięcej zasługuje na uwagę, że chora przed laty przebyła połowiczy zanik twarzy, a potem rozwinął się u niej wól, t. j. cierpienie, w którem, jak wiadomo, — wielu badaczy dopatruje związku przyczynowego z nieznanem bliżej schorzeniem nerwu spółczulnego. *Z. Czaplicki.*

Dr. E. Wölfflin. **Przyczynek kliniczny do poznania budowy tęczówki.** (*Archiv f. Augenheilkunde* 1902, XLV, I). Na przedniej powierzchni tęczówki widzimy linię zygzakowatą spółśrodkową do źrenicy, która dzieli tęczówkę na część źreniczną i część rzęskową. Od tej linii granicznej przebiegają często promienisto tak ku źrenicy, jakoteż ku ciałku rzęskowemu beleczki barwy białej, wystające nad powierzchnię tęczówki. Otóż autor, badając szereg ludzi zapomocą mikroskopu rogówkowego lub lupą Bergera przy ogniskowem oświetleniu, znalazł, że te beleczki są znacznie wyraźniejsze w tęczówce niebieskiej, niż w brunatnej; a nadto spostrzegał w 10% przypadków oczu niebieskich, a ledwie 1% brunatnych, że owe beleczki kończą się na obwodzie rzęskowym wyraźnem zgrubieniem barwy białej, wielkości główki od szpilki, jakby kłębek pogmatwanych nitek. Szczególnie często i licznie znajdują się te guzki w dolnym zewnętrznym i dolnym wewnętrznym kwadrancie, w liczbie około 10—20 guzków, a czasem tylko (i to daleko mniejsze) przy źrenicznem zakończeniu beleczków. Autor nie badał tych guzków mikroskopowo, a przypuszcza, że guzki te i beleczki są zanikłemi naczyniami błony źrenicznej z życia płodowego (*membrana pupillaris perseverans*). *Dr. Jan Kreutz.*

Dr. C. Bär. **Odruchowe drżenie gałki ocznej.** (*Archiv für Augenheilkunde* 1902, XLV, I). Autor opisuje sześć przypadków drżenia gałki ocznej (*nystagmus*), które powstawało odruchowo przy podrażnieniu zakończeń obwodowych nerwu trójdzielnego, względnie spojówki i rogówki, w postaci kurczów drgawkowych tak mięśni zewnętrznych oka, zazwyczaj mięśni zwracających gałkę oczną na zewnątrz, jakoteż mięśni wewnętrznych oka w tęczówce i ciałku rzęskowem. Podrażnienie (np. ciałem obcem, zadziałaniem powietrza na chorobowo zmienioną spojówkę lub rogówkę, działaniem drażniących płynów, prądem elektrycznym) przechodzi przez nerw trójdzielny do ośrodków mózgowych, a ztąd na włókna ruchowe nerwu okoruchowego, tworząc w ten sposób łuk odruchowy. Takie podrażnienie obwodowe może jednakże dopiero wtenczas wywołać drżenie gałki ocznej, kiedy mięśnie oczne są w stanie osłabionym, jak się to dzieje np. u dalekowidzów z osłabieniem mięśnia rzęskowego i mięśni prostych wewnętrznych, co w istocie autor w opisanych przypadkach stwierdził i sądzi, że owo miganie przed oczyma, na które wielu dalekowidzów się żali przy dłuższej wytężającej pracy zblizka, nieraz polega na takiem przejściowem drganiu, lub na prawdziwem drżeniu gałki ocznej. *Dr. Jan Kreutz.*

Schultze. **O niektórych przypadkach ropnicy pochodzenia usznego, wyleczonych bez operacyi.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde* Tom 53). Już dawniej Schwartze podniósł, że nawet w bardzo ciężkich przypadkach ropnicy może nastąpić wyleczenie bez jakiegokolwiek zabiegu operacyjnego. S. przytacza trzy przypadki ciężkiej ropnicy, z których jeden dotyczył chorego z ropieniem przewlekłem ucha środkowego, drugi — z zapaleniem ostrem, a trzeci — ze złamaniem podstawy czaszki; złamanie w tym ostatnim przypadku przechodziło przez tylną ścianę przewodu zewnętrznego usznego i wyrostek sutkowy. Dwa ostatnie przypadki były bardzo ciężkie z przerzutami w stawach, płucach i t. d.; w drugim przypadku wystąpiła prócz tego niedomoga serca, a w trzecim — ropne zapalenie opłucnej. Operacyi we wszystkich trzech przypadkach nie podejmowano, bo uważano przypadki za stracone. We wszystkich trzech przypadkach leczenie było objawowe. S. przestrzega, by chorzy nie wstawali zawcześnie z łóżka, jeżeli jest podejrzenie obecności zakrzepu, a to dlatego, by zapobiedz możebnemu oderwaniu się kawałka skrzepu, co mogłoby nastąpić wskutek ruchu. *Dr. Teofil Zalewski.*

Gottschalk. **O przypadłościach, spowodowanych opadnięciem jajników i ich leczeniu.** (*Die Heilkunde* 1902, Nr. 1). Samoistne opadnięcie jajników jest bardzo rzadkie, zazwyczaj towarzyszy zmianie w położeniu macicy. Przy opadnięciu macicy oba jajniki leżą w zatoce Douglasa; przy nachyleniu ku przodowi lub tyłowi, jakoteż i przy tyłozgięciu obniża się częściej jajnik lewy i leży w zagłębieniu pęcherzowo-macicznem, a to dlatego, że częściej pełna kiszka po stronie lewej przesuwa całą macicę ku stronie prawej, i ta dopiero pociąga za sobą jajnik. Samoistnie obniżają się jajniki tylko wtenczas, jeżeli ulegną zwyrodnieniu torbielowatemu, obrzękowi lub przerostowi. Chcąc wyleczyć opadnięcie jajników, trzeba usunąć zboczenia macicy; tylko w przypadkach zwyrodnienia jajników trzeba usunąć jajniki samo drogą operacyjną. Czasem dobre skutki daje zastosowanie odpowiedniego krążka, ułożenie chorej kilka razy na dzień w pozycyi kolankowo-łokciowej, wpuszczanie powietrza do pochwy w tej pozycyi, gorące przestrzykiwania pochwy i odbytnicy, wreszcie tamponada pochwy. W przypadkach, gdzie zabiegi te nie dają dobrych wyników, pozostaje tylko zabieg operacyjny, t. j. otworzenie zatoki Douglasa, przyszycie jajnika do górnego brzegu więzadła szerokiego i całkowite zaszycie zatoki. *P.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Calcium chloratum pur. cryst. (*E. Merck: Bericht über das Jahr 1901*). Środek ten podnosi zdolność krzepnienia krwi, z tego powodu polecany był przed laty przeciw swędzeniu w świerzbiączce, pokrzywce, jakoteż przeciw odmrożeniom, w których to cierpieniach zdolność krzepnienia krwi jest obniżona. Według najnowszych doświadczeń własność tę można wyzyskać również do tamowania krwotoków. A. Lafond-Greletty (*Gaz. des Hôpitaux* 1901, Nr. 36) uśmierza krwotoki miesiączkowe, stosując przez dłuższy czas następującą mięszankę: *Calc. chlor. 9·0, Syr. simpl. 60·0, Aqu. dest. 180·0 S. dwie łyżki dziennie.* Lek ten zaczyna podawać na tydzień przed przypuszczalnem rozpoczęciem miesiączki i poleca zażywać do jej ustania. Cierpienie nerek stanowi przeciwwskazanie. Roger (*Presse médicale* 1901, Nr. 4) stosował chlorek wapniowy z dobrym skutkiem przeciw krwawieniu w ospie czarnej. Krwotoki kiszkowe w przebiegu duru zwalczał Mathieu (*Gaz. des Hôpitaux* 1901, Nr. 33), podając dziennie 1—2 lewatyw z litra wody o ciepłocie 48°, zawierającej 4 grm. chlorku wapiennego. Równocześnie podawał 2·0 dziennie tegoż przetworu wewnętrznie, a dla uspokojenia ruchów robaczkowych polecał 0·04—0·05 wyciągu makowca. Cena środka: 1 grm. = około 10 halerzy. *Dr. T. Ż.*

Jodoformogen (połączenie białka z jodoformem) zaleca się brakiem woni; w większości przypadków może zastąpić jodoform, zwłaszcza skuteczny jest w wrzodzie miękim.

Jod Eigon (połączenie jodu z białkiem) ma dawać świetne wyniki (Jessner) w leczeniu słabo ziarninujących ran, wrzodów goleni i t. d. Można go stosować nietylko w czystej postaci, lecz i w 30% mięszaninie z talkiem.

Thioform (zasadowy dwuthiosalicylan bizmutu), dobry środek na rany.

Epicarin (związek naftolowy) skuteczny na świerzb, drażni jednak skórę. Dobre wyniki daje w świerzbiączce Hebry, jak również w liszaju wyłysiającym, a ma tę wyższość nad naftolem, że jest zupełnie nie trujący. W świerzbie i świerzbiączce stosuje się epikaryna w 7—10% maści.

Nicotianae sapo. Mydło, zawierające wyciąg tytoniowy, wprowadził Taenzer, jako dobry lek przeciw świerzbowi. Mydłem tem (5—10%) naciera się skórę starannie i pozwala pianie zaschnąć, powtarzając ten zabieg przez kilka wieczorów, a potem daje się kąpiel. Trzeba mieć się na baczności, by nie wywołać zatrucia nikotyną: z tego powodu u dzieci lepiej mydła nikotynowego nie używać.

Liquor stibii chlorati używa się (Unna) w wilku pospolitym dla zniszczenia drobnych ognisk, w które wtyka się czopki, napojone tym przetworem. *Z. Czaplicki.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 30. kwietnia 1902.

Przewodniczący kol. Nowak.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący zawiadamia, że Komitet postanowił zaprosić koll. Łazarskiego i Reissa do reprezentowania Towarzystwa lek. na jubileuszu Towarzystwa politechnicznego i przy otwarciu wystawy we Lwowie. Przyjęto do wiadomości.

III. Kol. Gliński przedstawił: narządy wewnętrzne z przypadku całkowitego odwrotnego układu wnętrzności u 20-dniowego chłopca. Od innych tego rodzaju nieprawidłowości omawiany przypadek różnił się tylko tem, iż między obydwoma przedsionkami a komorami serca znajdowały się zastawki dwudzielne zamiast jednej dwu- i jednej trójdzielnej.

IV. Kol Reiss. przedstawił: 1) chorego z *lichen ruber planus atrophicus* i 2) chorą z kilakiem okostnowym (*gumma periostale*) obojczyka. W dyskusyi kol. Borzęcki zaznacza, że rozpoznanie w drugim przypadku jest wątpliwe, gdyż naciek zbyt duży sięga poza granice obojczyka i brak bólów.

V. Kol. Borzęcki przedstawia chorego, u którego rozpoznanie było wątpliwe, obecnie jednak B. przechyla się do rozpoznania *psoriasis vulgaris*.

W dyskusyi kol. Reiss i kol. Krzyształowicz przychylają się do tego rozpoznania; kol. Krzyształowicz przedstawia również obraz histopatologiczny tego przypadku i usprawiedliwia nim rozpoznanie.

VI. Kol. Horoszkiewicz i Gliński wygłosili odczyt: O zmianach mikroskopowych w odzielającej się pępowinie, oraz o sądowo-lekarskiem znaczeniu tych zmian. (Rzecz przeznaczona do druku w »Przeglądzie lekarskim").

Dyskusya. Kol. Gertler zapytuje, jak się zachowywały płody nieżywo urodzone, czy były badane w kierunku zboczeń i schorzeń ogólnych? Wiadomo bowiem, że płody mogą w łonie matki przebywać choroby zakaźne, jak ospę, kiłę lub inne choroby osutkowe, połączone z naciekiem w skórze; płody więc od razu przy urodzeniu mogą okazywać w skórze, a zarazem i około pępka, nacieki, które mogłyby utrudnić rozpoznanie, czy i jak długo dziecko po urodzeniu żyć mogło. Sądzi więc zgodnie z prelegentem, że nacieki w skórze około pępka jeszcze nie mogą dowodzić, że dziecko żyło po urodzeniu.

Kol. Ciechanowski zauważa, że na obecność nacieków drobnokomórkowych w pępowinie płodów nieżywo urodzonych wpływać mogą między innymi także czysto zewnętrzne czynniki z jednej, przeciąganie się życia, a względnie powolne obumieranie pewnych tkanek i komórek jeszcze po ustaniu krążenia z drugiej strony. Wreszcie wskazuje na światło, jakie badania kol. G. i K. rzucają na wartość nowych »prób życiowych« w ogóle.

Po odpowiedzi kol. Glińskiego posiedzenie zamknięto.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

VIII. Cholera w Hedżas i środki zaradcze przeciw jej zawleczeniu.

(Dokończenie).

Stacya kwarantannowa w Tor. Tor leży na półwyspie Synajskim, o 120 mil morskich od Suezu, nad zatoką suezką. Jestto olbrzymia płaszczyzna między morzem a skalistem pasmem gór Synajskich, które zamykają widnokrąg na 13—14 kilometrów od brzegu. Okręty z Suezu przybywają tam w 12—15 godzin, ale karawany potrzebują 6 dni na odbycie tej drogi.

Na wybrzeżu morskiem, gdzie jest urządzona stacya, wieje ustawicznie dość silny wiatr, zatem klimat jest stosunkowo dość chłodny i powietrze ciągle świeże.

Pielgrzymi, przybywszy do Tor, wylądowują gromadnie na galarach, które mały parowiec podciąga kolejno do trzech zakładów desinfekcyjnych. Każdy taki zakład jest podzielony na dwie części, z których jedna dla mężczyzn, druga dla kobiet; ubrania pielgrzymów wkłada się w workach numerowanych do kotła parowego (desinfektora) i poddaje się przez 20 minut działaniu pary, ogrzanej do 120° C; przedmioty, któreby mogły uledz zniszczeniu, zanurza się w roztczynie sublimatu. Wszystkie rzeczy pielgrzymów bez wyjątku zostają odkażane parą lub w sublimacie, a służba sanitarna przekonuje się naocznie, czy wszystkie rzeczy pielgrzymów zostały zabrane z okrętów. Okręt sam podczas swego pobytu w przystani zostaje przez służbę sanitarną dokładnie odkażony; służba okrętowa podlega również obserwacyi i odkażeniu. Pielgrzymi podczas odkażania ich przedmiotów udają się do obszernej szatni, gdzie w zamian za ich ubranie, posłane do odkażenia, dostają wyjałowioną koszulę (galabieh). Ztąd przechodzą do łaźni lub pod natryski, gdzie według woli biorą kąpiel lub natryski z ciepłej lub zimnej wody morskiej, poczem w osobnej sali czekają, aż ich ubrania zostaną wyjęte z kotła parowego.

Podczas ubierania się urzędnicy paszportowi przygotowują spisy imienne, według których urzędy sanitarne będą mogły pielgrzymów za powrotem do ich miejsc pobytu obserwować przez 7 dni, nadto lekarz odbywa wizytę lekarską.

Wszystko to wykonywa się bardzo starannie w ciągu godziny, licząc 40 pielgrzymów na jeden zakład; można dzięki dobrze pomyślanemu rozkładowi i obszerności budynków odkażać w godzinie około 120 pielgrzymów. W razie nagłości dzięki oświetleniu elektrycznemu, wprowadzonemu w tym roku, można odkażać nawet w nocy.

Wychodząc z budynku desinfekcyjnego, pielgrzym jest wolny od zarazków zakaźnych, które, mimo że nie jest chory, mógłby nosić w ubraniu i udaje się wraz z innemi osobami, przybyłemi tym samym okrętem, do „sekcyi", którą ma zajmować przez czas kwarantanny. Pakunki pielgrzymów przewozi się koleją, która łączy wybrzeże morskie z poszczególnymi budynkami i sekcyami.

Co się tyczy chorych, to tych przenosi się odrazu po wylądowaniu do szpitala bądź chorób zwykłych, bądź podejrzanych, lub też zakaźnych, stosownie do przypadku, a odkażanie ich przedmiotów odbywa się w małym budynku desinfekcyjnym, przeznaczonym jedynie dla użytku szpitali.

Sekcye. Sekcya, gdzie się prowadzi pielgrzymów uznanych za zdrowych po odkażeniu, jestto olbrzymi czworobok 200 m. długi a 50 szeroki, zamknięty dokładnie wysoką kratką drucianą, oddzielony na prawo i na lewo dwoma podobnemi sekcyami tak, że po sekcyi zajętej następuje sekcya wolna, po wolnej znowu zajęta i t. d.

W sekcyi zajętej są 4 szeregi po 25 namiotów, z których każdy może pomieścić 6 pielgrzymów. Po rogach namioty lekarza, służby sanitarnej i dozorcy ministerstwa spraw wewnętrznych. Sekcya mieści w sobie jeszcze ogólny magazyn środków spożywczych, restauracyę, 18 miejsc ustępowych, kadź, gdzie się przygotowuje w obfitości mleko wapienne dla natychmiastowego odkażania wydzielin kałowych. Nadto woda przypływająca w obfitości 6-ma kurkami.

Lekarz bada dwa razy na dzień wszystkich pielgrzymów swojej sekcyi i oddziela chorych po różnych szpitalach. Pielgrzymi pozostają w kwarantannie przez 15 dni, jeżeli stan zdrowia w sekcyi jest zadowalniający; gdy się zdarzy przypadek cholery, kwarantanna rozpoczyna się na nowo, a pielgrzymów trzyma się tak długo, dopóki od ostatniego przypadku nie upłynie 15 dni. Dopiero wtedy, kiedy okres wylęgania zarazka minął bez przypadku, pielgrzymów uważa się za wolnych od zarazy i pozwala się im odpłynąć.

Dla pielgrzymów egipskich, którzy nie mają tak jak inni pielgrzymi jeszcze kilku dni drogi, aby się dostać do swoich ognisk domowych, wyznaczono nie 15, lecz 18 dni kwarantanny od ostatniego stwierdzonego przypadku cholery.

Skoro raz sekcya została przez pielgrzymów zajętą, lekarze, dozorcy sanitarni, magazynierzy i restauratorowie, którzy w tej sekcyi pełnią swoje obowiązki, zostają odosobnieni równocześnie z pielgrzymami, a to odosobnienie jest o tyle zupełniejsze, że założony w tym roku telefon łączy poszczególne sekcye i wszystkie budynki z głównym zarządem stacyi. Kordon żołnierzy otacza każdą sekcyę.

Pole kwarantannowe jest również całkowicie zamknięte kratką drucianą, podobną do tej, która oddziela sekcye. Jest ono na zewnątrz strzeżone przez placówki, ustawione w pewnych odstępach, aby uniemożliwić wszelką ucieczkę; w końcu na miejscach wyniosłych wzgórza zamykającego widnokrąg, Beduini strzegą płaszczyzny i mają obowiązek odprowadzić każdego, któryby się chciał wymknąć.

W nocy sekcye są oświetlone elektrycznie, co ułatwia dozór. Wszystkich sekcyj w Tor jest 40, z których 20 jest do zajęcia, a 20 ma zostać próżnych. Ponieważ w każdej sekcyi może się pomieścić 600 pielgrzymów, przeto 12.000 pielgrzymów może na raz odbywać kwarantannę.

Wnętrzu sekcyi brak wprawdzie komfortu i rozrywek, jest zato pod dostatkiem wszelkich materyałów spożywczych. Magazyny są dobrze zaopatrzone, a towary sprzedaje się po cenach oznaczonych przez Radę sanitarną. Taryfy w języku arabskim i tureckim wywieszone w każdej sekcyi.

Pielgrzymom ubogim wszystkich narodowości, niezdolnym się utrzymać na własny koszt podczas trwania kwarantanny, rząd egipski daje dwa razy na dzień skromny posiłek, składający się z chleba, gotowanej i przyprawionej soczewicy, ryżu lub bobu. Pielgrzymom egipskim dodaje się do tego nieco mięsa.

Szpitale. Skoro się pojawi w sekcyi jaki chory, przenosi się go natychmiast do szpitala, podczas gdy jego rzeczy po odkażeniu zostają oddane specyalnej służbie. Istnieją obecnie w Tor trzy szpitale murowane, zaopatrzone we wszystko, co choremu potrzeba. Dwa pierwsze szpitale, — szpital mężczyzn i kobiet — każdy na 30 łóżek, są przeznaczone dla chorób zwykłych; trzeci, na 20 łóżek, podzielony na 2 oddziały, mężczyzn i kobiet, jest przeznaczony specyalnie dla chorych chirurgicznych.

Oprócz szpitali murowanych urządzono jeszcze szpitale ruchome (dające się rozebrać) dla chorych podejrzanych i dotkniętych chorobami zakaźnemi. Podejrzanych umieszcza się w namiotach oficerskich o dwóch łóżkach, podczas gdy chorzy, u których stwierdzono chorobę zakaźną, zajmują baraki drewniane, których okiennice mogą się otwierać i zamykać stosownie do ciepłoty i potrzeb chorego.

Znacznego postępu dokonano w roku bieżącym przez urządzenie mleczarni, gdzie 20 krów dostarcza mleka świeżego i naturalnego, zamiast t. zw. mleka zgęszczonego, którego wielu chorych nie mogło znosić.

Stacya posiada pracownię bakteryologiczną, aptekę, słowem zaopatrzona jest we wszystko, co jest potrzebne do tego celu. Wody jest w obfitości, a studnie i kanalizacya są zabezpieczone od wszelkiego zakażenia.

Tak przedstawia się mniej więcej stacya kwarantannowa w Tor, gdzie liczni i doświadczeni lekarze, lekarki, służba w liczbie około 300 osób, przy pomocy 250 żołnierzy, wszyscy pod kierunkiem samego prezydenta Rady sanitarnej walczą obecnie przeciwko epidemii cholery.

Dotychczas 15 okrętów zawinęło do portu w Tor i wysadziło na ląd pielgrzymów. Z tych sześć miało podczas podróży morskiej z Dżeddy przypadki cholery, które podczas obserwacyi w Tor jeszcze się pomnożyły. Wszystkich przypadków do dnia 13-go kwietnia było w Tor 43, z tych 27 zmarło, czyli około 64%. Z powodu tych przypadków kilka sekcyj kilkakrotnie rozpoczynało swą obserwacyę kwarantannową na nowo i jeszcze żadna nie mogła opuścić Toru, mimo, że już 20 dni upłynęło od czasu, kiedy pierwszy okręt tam przybył. Po odbytej kwarantannie pielgrzymi zostaną jeszcze raz odkażeni i dopiero wtedy będą mogli odpłynąć.

Po przybyciu do Suezu zostaną pielgrzymi jeszcze raz gruntownie badani. Gdyby w drodze z Tor do Suezu zdarzył się przypadek cholery, okręt taki zostanie z powrotem odesłany do Tor, gdzie rozpocznie na nowo kwarantannę.

Jeśli się okaże, że stan zdrowotny pielgrzymów na okręcie jest zupełnie zadowalniający, to tylko pielgrzymom z Egiptu wolno będzie wysiąść w Suezie. Wysiadając, zostaną jeszcze raz przez fizyka suezkiego zbadani i dopiero wtedy będą mogli udać się do swego miejsca zamieszkania, gdzie znowu jeszcze przez 7 dni będą podlegali obserwacyi lekarskiej. Wydano surowe rozporządzenia dla przełożonych gmin, aby o każdym przypadku podejrzanym bezzwłocznie donosili władzy, a tymczasem chorych i osoby stykające się z nimi odosabniali. Za przekroczenie tych rozporządzeń nakładane będą surowe kary.

Natomiast okręty z pielgrzymami z poza Egiptu będą obowiązane przepływać kanał w stanie kwarantanny, tj. nie będą mogły stykać się z Egiptem. Każdemu okrętowi będzie towarzyszył mały parowiec z urzędnikami sanitarnymi i pięciu żołnierzami. Ci ostatni mają rozkaz strzelać natychmiast, gdyby jakiś pielgrzym chciał się z okrętu wydostać. Okręty takie nie będą się mogły zatrzymywać w kanale, chyba tylko na któremś z jezior gorzkich. W Port-Saidzie będą się mogły tylko tak długo zatrzymać, aby się zaopatrzyć w żywność i węgle.

Następnie pielgrzymi tureccy przed wylądowaniem będą musieli odbyć powtórną kwarantannę i dezinfekcyę w Klazomene, rosyjscy w Teodozyi, Marokańscy w Matifon.

Z opisu tego wynika, że zarządzono bardzo surowe środki ostrożności; jest zatem wszelka nadzieja, że zaraza się umiejscowi w Tor i nie przekroczy progów Egiptu i Europy. *Dr. Batko,* lekarz kwarantanny w Suez.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 22 maja.

* Towarzystwo lekar. krakowskie odbyło d. 14 b. m. posiedzenie nadzwyczajne, na którem po przedstawieniu chorych i okazów anatomicznych przez kolegów: Dr. Żydłowicza, Doc. Bossowskiego, Prof. Rosnera, Dr. Piotrowskiego T., Dr. Borzęckiego — nastąpił odczyt kol. Dr. Horoszkiewicza p. t. »Nagła śmierć wśród zabiegów operacyjnych ze stanowiska sądowo-lekarskiego«.

* Dziekan Wydziału lekar. U. J. rozpisał następujące konkursy: 1) na posadę asystenta przy Katedrze chemii lekarskiej z płacą roczną 1400 koron, podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 31 maja b. r. — 2) Na posadę asystenta przy klinice dermatologicznej z płacą roczną 1400 koron; podania wnosić należy do kancelaryi Wydz. lek. do dnia 31 maja b. r. — 3) Na posadę demonstratora przy klinice dermatologicznej z płacą roczną 600 koron; podania wnosić należy do kancelaryi Wydz. lekar. do dnia 31 maja b. r.

* D. 24 b. m. odbędzie się w Paryżu dwudniowy uroczysty obchód setnej rocznicy założenia instytucyi »Internatu lekarskiego szpitali paryskich«. Komitet urządzający zaprosił prof. Grzegorza Ziembickiego ze Lwowa, który przed ćwierć wiekiem był internem przy profesorach Péanie i Trellat, do udziału i przemówienia na posiedzeniu uroczystem w imieniu byłych internów cudzoziemców.

* Niemiecka Izba lekarska w Czechach wystąpiła z projektem, który rozesłała do wszystkich Wydziałów lekarskich w Austryi, ażeby przy nostryfikacyi dyplomów lekarskich zagranicznych stosowano najsurowsze przestrzeganie przepisów prawa. Autorowie projektu mają na oku utrudnienie lekarzom obcokrajowym praktyki lekarskiej w zdrojowiskach austryackich. Z projektem tym można w zupełności się zgodzić o ile lekarzom zagranicznym nie należy użyczać żadnych przywilejów, czego zresztą zawsze u nas ściśle przestrzegano; natomiast z naszego stanowiska należy stanowczo odrzucić wszelkie pokuszenie do »bojkotowania« lekarzy zagranicznych, nawet w drodze odwetu, gdyby kiedy postawa rządów państw sąsiednich w tej sprawie dała nam do tego pozorny pretekst.

Przyklasnąć należy wystąpieniu Zanardellego, prezesa ministrów włoskich, który będąc wezwany w parlamencie do podjęcia prohibicyj-

nego wniosku poprzedniego rządu względem praktyki lekarzy obcokrajowych we Włoszech, wniosek ten odrzucił.

* Morszyn, zakład zdrojowo-kąpielowy, własność funduszu wdów i sierót po lekarzach, zostanie otwarty d. 1 czerwca. Kierownictwo zakładu objął dr. Stefan Świątkowski ze Lwowa.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XVIII (27—IV do 3—V). Ludność średnia roczna 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 28, urodziło się dzieci 70, zmarło osób 51 — mianowicie: z gruźlicy 11 (2 zam.), z zapalenia płuc 9 (2 zam.), z błonicy i dławca 2, z płonicy 2, z duru brzusznego 1 (zam.), z cholery dzieci 3.

* Między 30—IV a 6—V doniesiono władzy o pięciu przypadkach ospy w powiecie gorlickim. W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach galicyjskich: bohorodczańskim (1 gmina), brodzkim (1 gm.), buczackim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.), kałuskim, (2 gm.), kołomyjskim (1 gm.) mościskim (1 gm.), myślenickim (1 gm.), nadworniańskim (2 gm.), niskim (1 gm.), przemyślańskim (2 gm.), stanisławowskim (2 gm,), samborskim (1 gm.), stryjskim (1 gm.). tarnopolskim (2 gm.), tłumackim (2 gm.), złoczowskim (1 gm.), żółkiewskim (1 gm.).

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 85, w tygodniu poprzedzającym 96.

Mianowania i odznaczenia. Profesorem farmakologii w Uniw. odeskim mian. został doc. Borysow.

Nekrologia. Dr. Adolf Wolberg, l. 76 zmarł w Łodzi. Prof. L. Golz, znakomity fizyolog, zakończył życie w Strasburgu w 68 r. życia. Prof. Kalindero umarł w Bukareszcie. Dr. Rascwietow, b. prof. chirurgii, zmarł w Moskwie, licząc lat 77 l.

Bibliografia:

— Nr. 20 *Gazety lekarskiej* — nie otrzymaliśmy.

— *Kronika lekarska* Nr. 9. Sadkowski: Pyramidon i sposób jego działania. Flatau: Budowa rdzenia w świetle badań nowożytnych (c. d.).

— *Postęp okulistyczny* (kwiecień) Noiszewski: Znaczenie pochłaniania i załamania w powietrzu promieni słonecznych dla objawu Purkinjego i adaptacyi siatkówki (c. d.).

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 3. Praschil: Zdrój »Nafta« w Truskawcu. F. Arnstein: Ciechocinek. — Iwonicz, zakład zdrojowy Kąpielowy.

— *Medycyna* Nr. 20. Moraczewski: O wydzielaniu kwasu szczawiowego, indykanu i siarczanu związanych w cukrzycy pod wpływem żywienia (c. d.). Rabek: Przyczynek do leczenia niedrożności jelit atropiną. Arnstein: O zewnętrznem użyciu wyskoku w ciężkim przypadku ostrego gośćca stawowego.

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 5. Goldmann. Przyczynek do nauki o śmiertelnych krwotokach po cięciu tchawicy (dok.). Serkowski: O badaniu przez lekarzy produktów spożywczych, dostarczanych do szpitali. Fidler: Projekt pomocy lekarskiej gminnej w gubernii Radomskiej.

— *Przegląd felczerski* Nr. 10. Radziszewski: Artykuł wstępny. L.: Zapalenie (c. d.). D.: Uzasadnienie naukowe odpowiedniego mycia rąk w położnictwie. St: Poglądy dawne na miesiączkowanie.— Ospa naturalna (c. d.). R.: Technika sekcyi zwłok (c. d.),

— *Časopis lékařů českých* Nr. 20 Kukula: O nové metodě nephropexe. Kopfstein: Operace při chorobách organů močových, provedené v letech 1897 až 1901 ve veřejnó všeobecné nemocnici cis. Frant. Jos. I ve Mladé Boleslavi.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 5. M. Čačković: Peta sotina laparatomija na odjelu za chiružske i ženske bolesti bolnice milosrdnich sestara v Zagrebu. Schwarz: Izvještaj o stotini rachitropacocainizacija. Joanović: Dwa slučaja ognojenja guše *(strumitis suppur.)* z bakteriološkogo gledišta.

— *Lékařské rozhledy* Nr. 5 Barkman: Případ ozhřivky u člověka. Mladějovský: Poznámky k balneotherapii (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 39. Ballet: Zaduma o charakterze przepuszczającym. Chipault i Plicque: Wskazania lecznicze w rwie twarzowej.

— Nr. 40. Carrière i Potel: Botryomykoza.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 20. Ewald: O oznaczeniu prawej granicy serca zapomocą opukiwania połączonego z osłuchiwaniem. Reichmann: Dalsze uwagi nad oznaczaniem rozmiarów narządów wewnętrznych za pomocą plesimetru słupkowego. Bandelier: O znaczeniu rozpoznawczem tuberkuliny dawnej. Leick: Kazuistyczny przyczynek do histeryi u dzieci. Heinrich: O operacyi wielkich przepuklin pępkowych oraz przepuklin powstałych w bliznach brzusznych. Cohnheim: O technice mikroskopowej kału.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 19. Martin: Cele i drogi dzisiejszej ginekologii. Blaschke: Przyczynek do poronnego leczenia rzeżączki. Engel: Leczenie gruźlicy tuberkuliną. Friedmann: Jeszcze niektóre doświadczenia z wycięciem przysadki mózgowej, oraz o przeszczepianiu raka i gruczołu tarczykowego na przysadkę mózgową. Posner: Moczówka prosta a porażenie pęcherza.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 19. Cahn: Zapalenie przynerkowe i ropienie nerki w następstwie czyraków. Tomasczewski: Wrzód dziurawiący stopy, ze szczególnem uwzględnieniem jego etyologii. Freytag: O gruźlicy krtani. Walz: O wpływie przepony na wątrobę i mięsieniu wątroby. Ranke: Zapotrzebowanie pokarmu w zimie w okolicy wysokich gór. Hermann: O ciałach obcych w macicy. Naab: O kurczach odruchowych przy glistach ludzkich. Hofmeier: O zapobieganiu gorączce połogowej (dok.). Hösslin, Rubner i Voit: Prawo izodynamiki.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 20. Wagner: Histogeneza t. zw. guzów jajnikowych Krukenberga. Schlagenhaufer: Mięśniak naczyniasty macicy z przerzutami mięśniakowymi w wątrobie i płucach Frühwald: O sile aglutynacyi i znajdowaniu się bakteryj w płodzie matki, chorej na dur. Weiss: O niedomykalności zastawki biodrowokątniczej. Teleky: Walka z gruźlicą.

Redakcya otrzymała. Krumpholz: Der Kampf gegen die Malaria. Ed. Krzyżanowski: Poradnik dla leczących się w Truskawcu. Pelczar: Truskawiec jako zakład leczniczy. Majkowski: Zapalenie stawów, czyli artrytyzmy pochodzenia gośćcowego czyli reumatycznego, dnawego czyli podagrycznego i innych w świetle nowych pojęć lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 28 maja o godzinie 6-tej wieczorem, *w sali wykładowej prof. Szajnochy* posiedzenie zwyczajne, na którem doc. dr. Siedlecki wygłosi wykład: „Pasorzyt zwierzęcy i komórka".

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 31 Maja 1902. Nr. 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Organizacya desinfekcyi w miastach większych.

Napisał

Dr. Leonard Bier.

W pracy mojej o najnowszych sposobach odkażania mieszkań przedstawiłem wartość naukową i praktyczną tegoczesnych sposobów odkażania mieszkań, objaśniłem, jak ich używać należy, aby przy zastosowaniu stworzyć z nich istotnie praktyczny sposób odkażania. Zakres działania higienisty nie powinien jednak ograniczać się do pracowni. Powołana do życia potrzebami praktycznemi higiena naukowa, praktyce przedewszystkiem zawdzięcza swe istnienie, winna jej dopomagać, często służyć, a nadto przewodzić, stawiając ideały sanacyi, linie wytyczne, nowe kierunki i drogi, po których kroczyć ma praktyczna część higieny, t. j. higiena prywatna i publiczna. Ostatnia, którą przyrównaćby można do ciała złożonego z 4 pierwiastków: higieny lekarskiej, ekonomii społecznej, techniki i administracyi — znaczeniem swem ogólnospołecznem szczególniejszej powinna doznawać uwagi ze strony higienisty. Z medycyny i z higieny naukowej czerpie higienista wiadomości specyalne i zasady naukowe; ze znajomości stosunków ekonomicznych i miejscowych potrzeb zdrowotnych bierze pobudkę i kierunek pracy; z dwóch innych części składowych higieny publicznej: techniki i administracyi zapożycza sposoby i środki, które posłużyć mają do wprowadzenia w czyn tego, co uznał za słuszne, prawdziwe i możliwe. Zadowolenie moje z pracy o wartości desinfekcyjnej formaldehydu w zastosowaniu do mieszkań nie byłoby zupełnem, gdybym nie zastanawiał się i nie szukał przyczyn, utrudniających zastosowanie desinfekcyi do mieszkań, a zarazem nie poszukiwał środków, które do jej zastosowania winny posłużyć. Oto przyczyny, które zniewoliły mnie do opracowania zasad, niezbędnych przy organizacyi desinfekcyi mieszkań, sprawy nieco odległej od zadań doświadczalnej, naukowej higieny.

Wstępne te uwagi niechaj posłużą na moje usprawiedliwienie, że w dalszych wywodach zawadzę o niejedną rzecz, nie mającą związku bezpośredniego z medycyną lub higieną naukową.

Przed przystąpieniem do tematu winienem jednak wytłómaczyć jeszcze, dlaczego ograniczyłem się tylko do miast większych, a dla jakich powodów nie pragnę omówienia organizacyi desinfekcyi dla miasteczek i wsi. Uczyniłem to dla kilku przyczyn. Każda sprawa higieny publicznej, jeżeli ma przynieść rzeczywistą poprawę stosunków zdrowotnych, musi być przystosowaną do warunków miejscowych, a te wiadomo, inne są w miastach stołecznych, miastach większych, inne w miasteczkach lub na wsi. Jednym z najważniejszych czynników, wywierających wpływ na wszelkie organizacye prywatne i publiczne, jest stopień oświaty ludności i za nim idący stopień samorządu gminnego. I kwestya desinfekcyi po chorobach zakaźnych, leżąca już — to w zakresie działania władz rządowych, już też autonomicznych, odmiennej wymaga organizacyi w miastach większych, innej w miasteczkach i na wsi, tem więcej, jeżeli uwzględnimy rozmaity stopień przygotowania ludności i czynników samorządu do działania wspólnego z władzami, szczególnie lekarskiemi, na jakiemkolwiek polu higieny publicznej, a w szczególności w zwalczaniu chorób zakaźnych. Pod względem warunków wewnętrznych wogóle, a w szczególności zdrowotnych, miasta o własnym statucie, miasta większe, posiadające ustawę gminną z r. 1889, oraz miasteczka i wsie podzielić można na 2 kategorye: do pierwszej z nich zaliczymy 2 pierwsze rodzaje miejscowości, do drugiej miasteczka i wsie. Te dwie kategorye miejscowości same w sobie, tak co do składu, stopnia oświaty i sposobu życia ludności, jakoteż warunków higienicznych, przedstawiają wiele podobieństwa; dlatego też, zdaniem mojem, odmiennej wymagają organizacyi w niejednej kwestyi na polu higieny publicznej, a zatem i w sprawie desinfekcyi. Świadomy tego, że podział wyżej podany, jak wszelka systematyka w przyrodzie, ma w sobie nieco sztuczności, zamierzam w pracy niniejszej zaznaczyć jedynie zasady, któremi kierowaćby się należało przy organizacyi desinfekcyi w miastach większych. Jak zaś w jednem lub drugiem mieście najlepiejby można zorganizować desinfekcyę, zależeć będzie od dokładnego rozważenia wszystkich warunków miejscowych.

Wybrałem zaś miasta większe do omówienia w nich organizacyi desinfekcyi dla tej przyczyny, że znaczne nagromadzenie w miastach ludności na małej przestrzeni, łatwość i częstość stykania się przy zwiększonym ruchu handlowym, przemysłowym i towarzyskim większą sprowadzają sposobność zakażenia się, więc przenoszenia zarazy, aniżeli w miasteczkach i na wsi. Przeświadczenie, że w większych miastach prędzej dadzą się zamienić w czyn wymagania higieny, a zatem i racyonalna desinfekcya mieszkań, wobec większego zrozumienia tej sprawy przez ludność wielkomiejską i wpływ miarodajnych czynników na samorząd gminny, było obok większej sposobności do poznania, w jakim stopniu wykonuje się odkażanie mieszkań i do zaznajomienia się z warunkami odkażania mieszkań miast większych, dalszemi przyczynami, dla których ograniczyłem mój temat. Nie ograniczam się jednak już teraz do niego.

Wstępne badania przyrządów desinfekcyjnych, częstości i sposobu ich użycia w miasteczkach bliżej Krakowa położonych, wymiana myśli z lekarzami powiatowymi i miejskimi dają mi pewne wiadomości, które, rozszerzone wyni-

kiem kwestyonaryusza i uzupełnione obserwacyą własną warunków desinfekcyi na prowincyi pozwolą mi, spodziewam się, stworzyć w przyszłości zarys zasad organizacyi desinfekcyi dla miasteczek i stosunków wiejskich.

Do czego ma służyć organizacya desinfekcyi? czy jest to sprawa nie zorganizowana? czy wymaga wogóle organizacyi? Pytania te nasunęły się może niejednemu czytelnikowi przy przeczytaniu tytułu pracy niniejszej.

Rozpatrzmy się, jak się przedstawia wykonanie desinfekcyi mieszkań w Krakowie.

W październiku r. 1887 oddało miasto do użytku publicznego parowy przyrząd desinfekcyjny, umieszczony na folwarku miejskim nad Wisłą przy ul. Dajwór. Komora desinfekcyjna około 4 m³ objętości, połączona z osobnym kotłem parowym, pomieszczona jest w osobnym budynku, rozdzielonym na 3 części: zakażona, odkażona i część dla kotła parowego. Przyrząd ten obsługuje jeden służący miejski, pełniący zarazem inne posługi i maszynista, zajęty przy jednej partyi parku Talarda. Dwa wozy, jeden dla rzeczy zakażonych, drugi dla odkażonych, służą dla przewiezienia, względnie odwiezienia rzeczy do mieszkań. Z powodu, że maszynista dopiero wieczorem jest wolny, odkażenie w komorze odbywa się późnym wieczorem, a rzeczy zabrane do desinfekcyi, wracają najwcześniej dopiero następnego dnia rano do rąk właścicieli, — najwcześniej, — bo nierzadko się zdarza, że przy małej ilości przeznaczonych do desinfekcyi rzeczy czeka służący, aż zbierze się ich więcej dla wypełnienia dosyć znacznej rozmiarami komory. Przetrzymywanie rzeczy, tak nieprzyjemne dla ich właścicieli, ma jednak pewne strony dodatnie: — desinfekcya wypada taniej, bo liczy się tylko część kosztów jednorazowego puszczenia w ruch przyrządu desinfekcyjnego, za które ze strony miasta obliczają 10 koron (nadto 1 kor. za przywiezienie i odwiezienie rzeczy) — nie przyczynia się jednak do spopularyzowania desinfekcyi pośród ludności. Przyrząd ten pracuje na wezwanie osób prywatnych za wyżej oznaczone wynagrodzenie, a za darmo na wezwanie fizykatu miejskiego, — nietylko dla Krakowa, lecz i dla gmin obcych. Prócz desinfekcyi parą nadających się przedmiotów, ze strony miasta wykonuje się desinfekcyę mieszkań przez bielenie ścian, skrapianie ścian i podłóg rozczynem karbolu, wietrzenie mieszkań i sprzętów, ścieranie ich ścierką namoczoną w rozczynie karbolu, wzgl. sublimatu, od niedawna przez spalenie pastylek paraformaldehydu w zwykłym „Aeskulapie" Scheringa, a w ostatnich kilkunastu tygodniach przez stosowanie formaliny w przyrządach Flüggego i Prausnitza. Do czynności tej wydelegowano sierżanta straży pożarnej, któremu do pomocy dodano starego sybiraka, obecnie sługę miejskiego.

Wobec braku zapisków, prowadzonych ze strony miasta, desinfekcyi mieszkań liczbowo oznaczyć nie mogę. Pewnego pojęcia o częstości desinfekcyi mieszkań ze strony miasta możemy jednak nabrać już z porównania stopy ogólnej śmiertelności z powodu chorób zakaźnych do czasu, w którym wymienieni funkcyonaryusze gminy wykonywują desinfekcyę pobocznie obok swego zajęcia. W Krakowie umiera przeciętnie na choroby zakaźne przeszło 900 osób na rok. Jeżeli odliczymy od tego połowę śmiertelności, przypadającej na szpitale krakowskie, gdzie ubrania, w których chorzy przybyli do szpitali, poddaje się odkażeniu parą, pozostaje do wykonania około 400 desinfekcyj li tylko w przypadkach śmierci. Ponieważ przy dotychczas ogólnie jeszcze stosowanym sposobie odkażania Guttmanna Merkego, ogłoszonym rozporządzeniem Namiestnictwa galicyjskiego z 24 września 1887 r., nawet w mieszkaniach ludności niezamożnej wykonać można przy dokładnem uskutecznieniu 3—4, a pośród ludności zamożniejszej 2 desinfekcye dziennie w ciągu 8 godzin dosyć intenzywnej pracy, staje się jasnem, że owi 2 funkcyonaryusze miejscy, pełniąc czynność desinfektorów miejskich tylko ubocznie, niebyliby w możności dopełnić jej nawet wobec przypadków chorób zakaźnych, zmarłych na mieście. A przecież wielu chorych, zanim uda się do szpitala, zakaziło już mieszkanie, a również znacznie większa liczba chorych zakaźnych, bo kilka razy przekraczająca śmiertelne przypadki, powraca do zdrowia. Porównanie to samo przez się dowodzi, że desinfekcyę mieszkań ograniczono ze strony miasta do względnie nielicznych tylko przypadków w stosunku do ogólnej chorobliwości na choroby zakaźne, kwalifikujące mieszkania do odkażenia, pozostawiając widocznie resztę inicyatywie lekarzy i dobrej woli publiczności. Stwierdzają to lekarze, szczególnie pedyatrzy, którzy w swej praktyce, obfitującej przeważnie w chorych zakaźnych, nie spotykają się z desinfekcyą mieszkań ze strony miasta mimo doniesienia do biura fizykatu o chorobie zakaźnej. Władze miejskie ograniczają się tylko do odkażania mieszkań ludności najuboższej i tam, gdzie przeniesienie zarazy przy znacznem nagromadzeniu ludności, np. w szkołach, większem grozi niebezpieczeństwem dla zdrowia publicznego. Przemawiają za tem zapiski, odnoszące się do desinfektora parowego. Wykonane na koszt gminy odkażanie parą odnosi się najczęściej tylko do cholery, ospy, duru plamistego, bardzo zaś rzadko do płonicy, gruźlicy i to dotyczy takich mieszkań, jak stróża szkolnego i t. p. Miarę, w jakim stopniu stosuje się w Krakowie desinfekcyę wogóle i w szczególności z urzędu daje tablica I-sza, w której obok ogólnej ilości wykonanych desinfekcyi w przyrządzie parowym w poszczególnych latach od r. 1891, rozdzielono ilość tę według zapotrzebowań prywatnych i urzędowych. Ilość desinfekcyj przeciętnie nie przekracza liczby 50 na rok; jedynie tylko w r. 1892—3- i 4 w czasie panującej cholery i w 1893 — ospy liczba przekracza 100, a nawet w r. 1894 dochodzi do 223. Zapotrzebowanie desinfekcyi parą przez urząd lekarski w Krakowie wogóle nie wielkie, — przeciętnie około 20 na rok; — powyższy jednak wzrost ogólnej liczby desinfekcyj w latach 1892—4 odnosi się do zwiększonego używania desinfektora z urzędu. W przytoczonych w tablicy I-ej liczbach mieszczą się obok desinfekcyi z powodu różnych chorób zakaźnych i naparzania przedmiotów nie będących w bezpośredniej styczności z chorymi zakaźnymi, albo jedynie o to podejrzane, jak ubranie z tandety (w r. 1892), zaplugawione koce z aresztów miejskich, szmaty z gazowni, lub też przedmioty "oddane" do desinfekcyi bez przyczyny („tak"), po zmarłych na „starość", raka i t. p., przez co naturalnie ogólna ta liczba odkażań z powodu chorób zakaźnych jeszcze zmaleje. Porównywując w poszczególnych latach ilość desinfekcyi parą z ogólną śmiertelnością z powodu chorób zakaźnych w Krakowie, znajdziemy nawet bez odliczenia desinfekcyi z innych przyczyn — (nie dla zakaźności) — i przy zredukowaniu śmiertelności do połowy (szpitale) ogromny niestosunek, świadczący o stopniu zaniedbania u nas desinfekcyi. Niestosunek

Tablica I-sza.

Działalność miejskiego desinfektora parowego w stosunku do zapotrzebowań prywatnych i z urzędu.

Rok	Liczba wykonanych desinfekcyj	Na wezwanie stron prywatnych	Na wezwanie fizykatu miejskiego	Uwagi.
1891	45	20	25	
1892	171	73	98	Ubrania tandeciarzy 21 razy.
1893	142	35	107	
1894	223	43	180	
1895	75	57	18	
1896	47	44	3	Niektóre z gmin obcych.
1897	42	31	11	5 razy dla gmin obcych.
1898	42	41	1	
1899	46	29	17	
1900	55	23	32	
1901	50	30	20	

ten szczególnie uwidocznia się przy rozdzieleniu zapotrzebowań desinfekcyi po tych chorobach, w których zakaża on pościel, ubranie i według doświadczeń dotychczasowych nadawały się do odkażania jedynie parą. Pragnąc bliżej zapoznać się ze stopniem zastosowania w Krakowie desinfekcyi parą po odrze, płonicy, błonicy, gruźlicy, durze plamistym i brzusznym, najczęstszych chorobach zakaźnych, a zarazem najwięcej zakażających pościel, ubranie i mieszkanie, rozdzieliłem liczby wykonanych desinfekcyj parą w tych chorobach według poszczególnych lat od r. 1892 i porównałem ją z liczbą śmiertelności ogólnej w Krakowie w tymże czasie, ze śmiertelnością w szpitalach krakowskich, leczących zarazem wielu obcych i z liczbą wyzdrowiałych, co do których wobec braku statystyki miejskiej w tym kierunku posłużyć się mogłem tylko statystyką szpitali. Jakkolwiek statystyka ta nie daje prawdziwego obrazu stosunku śmiertelności do wyzdrowień w poszczególnych chorobach w okolicy, z której szpitale czerpią swych chorych, ograniczając się przeważnie do ludności uboższej, a zatem żyjącej w gorszych warunkach higienicznych i przeciętnie mniej dbałej o leczenie choroby w okresie początkowym, a przez to obfitującej w większą śmiertelność, daje ona jednak pewien pogląd na ten stosunek. (Ciąg dalszy nast.).

II. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii w Petersburgu (Prof. Dr. Pasternacki).

Przypadek niezwykłego połączenia tętnicy głównej z tętnicą płucną.

Podał

Dr. med. Witold Orłowski

Ordynator kliniki.

(Ciąg dalszy).

Zanim przejdę do opisu wyniku sekcyi, zastanowię się nad rozpoznaniem klinicznem tego przypadku. Najwybitniejsze zmiany, dla których chora wstąpiła do kliniki, dotyczyły niewątpliwie serca. Tu znaleźliśmy: 1) przerost prawej, w mniejszym stopniu lewej komórki; 2) wybitne tętnienie i bardzo wyraźny mruk koci w 2-giem międzyżebrzu; 3) niezwykłe objawy przysłuchowe, mianowicie w okolicy tętnicy głównej słaby szmer rozkurczowy, którego natężenie wzmagało się ku stronie lewej; w okolicy tętnicy płucnej szmer skurczowy przy zachowanym dźwięku pierwszym i niezwykle wzmożony 2-gi dźwięk z następowym wyraźnym szmerem rozkurczowym; szmer skurczowy szerzył się na znaczną przestrzeń ku górze; ku stronie lewej szmer rozkurczowy malał w miarę oddalenia od miejsca osłuchiwania tętnicy płucnej; 4) pasmo stłumienia w kształcie nieprawidłowego czworokąta, który rozpoczynał się od obojczyka, przebiegał wązką wstęgą na szerokość 6 ctm. (3 palców) tuż przy mostku po stronie lewej do 3 żebra, gdzie zlewał się ze stłumieniem, pochodzącem od serca. Najwybitniej ze wszystkich tych objawów występował niezwykle silnie wzmożony dźwięk drugi nad tętnicą płuną. To wzmożenie wskazywało w myśl panującego poglądu Škody na znaczne podniesienie ciśnienia krwi w małem krążeniu. Należało więc przedewszystkiem szukać przyczyny, która wywołała to wzmożenie ciśnienia. Do takich czynników należą schorzenia zastawki dwudzielnej i stany chorobowe miąższu płuc i opłucnej. Szczegółowe badanie serca jednak nie wykazywało żadnych zaburzeń, któreby przemawiały za stanem patologicznym zastawki dwudzielnej; zmiany zaś w płucach o cechach zapalnych wystąpiły dopiero w dalszym przebiegu choroby, mianowicie w 5-tym dniu pobytu chorej w klinice. Wobec tego nasuwała się myśl, że znaczne wzmożenie ciśnienia krwi w małem krążeniu zostało wywołane przez przedostanie się krwi do tętnicy płucnej od zewnątrz, mianowicie z tętnicy głównej, gdzie krew znajduje się pod znacznie większem ciśnieniem, innemi słowy rodziło się przypuszczenie połączenia między temi dużemi pniami tętniczemi. Należało jednak bliżej oznaczyć rodzaj tego połączenia. Podobne połączenie bowiem może być następstwem: 1) wadliwego zarodkowego rozwoju omawianych naczyń, 2) pęknięcia tętniaka tętnicy głównej do tętnicy płucnej, 3) niezarośnięcia przewodu tętniczego Botalla. Co się tyczy przyczyny pierwszej, to jak poucza embryologia, początkowo z serca wychodzi tylko jeden pień tętniczy, t. zw. pień tętniczy wspólny, *(truncus arteriosus communis)*; w dalszym okresie zarodkowym pień ten dzięki wytworzeniu się przegrody rozdziela się na dwie gałęzie: tętnicę płucną i tętnicę główną; w niektórych jednak razach prawidłowy bieg rozwojowy zatrzymuje się, a przegroda, rozdzielająca tętnicę główną od tętnicy płucnej, pozostaje przedziurawioną w jednem lub kilku miejscach; te właśnie ubytki w ścianie (najczęściej w kształcie okrągłego lub trójkątnego otworu), łączą między sobą oba naczynia. Podobnych przypadków wrodzonego połączenia między tętnicą główną a tętnicą płucną posiadamy w piśmiennictwie w obecnej chwili zaledwie 7 (Wilks[2]), Baginsky[1]), Caesar[2]), Elliotson[3]), Fraentzel[4]), Girard[5]); przypadku Cazina[6]) nie uwzględniłem, tu bowiem sekcya dokonaną nie była; w przypadku Rickardsa[7]) było jednocześnie połączenie w ścianie międzykomórkowej. Jakkolwiek większa część omawianych przypadków przypada na dziecinne lata (od 4 miesięcy do 9 lat), to jednak wiek naszej chorej nie

[2]) Przytaczam według rozprawy Cazina.

sprzeciwia się przypuszczeniu możliwości takiego połączenia między tętnicą główną a tętnicą płucną na podstawie zatrzymania w rozwoju tych naczyń. Fraentzel bowiem spostrzegał podobne połączenia u osoby 25-letniej, a Girard jeszcze w wieku późniejszym, bo u chorego 38-letniego. W naszym jednak przypadku przypuszczenie takiego połączenia na podstawie niedokładnego rozwoju wrodzonego traci na swej sile, gdy sobie uprzytomnimy, że chora nasza w dzieciństwie i w wieku późniejszym czuła się zdrową, nie ulegała sinicy, duszności, ściskaniu w piersiach, skłonności do obrzęków i innych objawów, które spostrzegano przy omawianem połączeniu u chorych, już to we wczesnem dzieciństwie, już to w pierwszych miesiącach życia (Caesar), już to wreszcie zaraz po urodzeniu się (Elliotson, Wilks).

Zdawałoby się, że i druga możliwość połączenia między tętnicą główną a tętnicą płucną, mianowicie pęknięcie tętniaka tętnicy głównej do światła tętnicy płucnej mało ma za sobą prawdopodobieństwa. Przypadki takie spostrzegano nieraz; piśmiennictwo tego przedmiotu zostało omówione w wyczerpującej pracy Brocqa[8]), dokąd odsyłam życzących zapoznać się bliżej z tą sprawą. Tu tylko nadmienię pokrótce, że pęknięcie takie w przeważającej liczbie przypadków występowało nagle, wśród silnej duszności, bicia serca, krwioplucia, silnego osłabienia, nawet omdlenia i bardzo szybko, lub nawet bezzwłocznie kończyło się śmiercią. W nielicznych tylko przypadkach pęknięcie wytwarzało się powoli i nie zdradzało się groźnymi objawami. Nasza więc chora mogłaby być zaliczoną tylko do tej ostatniej kategoryi; atoli jeden objaw przeczy, ażeby to połączenie miało miejsce na tej drodze. W istocie stwierdziliśmy, że w naszym przypadku przeważał przerost prawej komórki, lewa zaś była przerosłą tylko w nieznacznym stopniu; tymczasem w razie wtargnięcia pękniętego tętniaka tętnicy głównej do światła tętnicy płucnej spostrzega się stan odwrotny i tylko wtenczas, gdy zejście śmiertelne następuje nie natychmiast, lecz po upływie kilku miesięcy, przerost prawej komórki występuje na pierwszy plan; w tych razach jednak lewa komórka przedstawia się zawsze znacznie przerosłą. Objaw ten dotychczas mało był uwzględniany; tymczasem ma on doniosłe znaczenie w rozpoznaniu różniczkowem.

Odrzuciwszy w ten sposób dwie możliwe przyczyny połączenia tętnicy głównej z tętnicą płucną, musieliśmy się zastanowić ostatecznie nad 3-cią, mianowicie nad niezarośnięciem przewodu tętniczego Botalla. Za tem przypuszczeniem przemawiały następujące wskazówki: 1) przerost prawej komórki, wywołany znacznem podniesieniem ciśnienia krwi w tętnicy płucnej wskutek przedostawania się do niej krwi z tętnicy głównej; 2) nieznaczny przerost komórki lewej, spowodowany większą ilością krwi, dopływającej z płuc przez żyły płucne w razie niezarośnięcia przewodu tętniczego Botalla; 3) pasmo stłumienia, rozpoczynające się od obojczyka i przebiegające ku dołowi po stronie lewej mostka, co, jak wykazał Gerhardt[9]), jest znamiennym objawem niezarośnięcia przewodu Botalla. Jedynie wyniki osłuchiwania nie zupełnie odpowiadały tym objawom, które zwykle spostrzegamy w razie niezarośnięcia przewodu Botalla. W samej rzeczy w przeważnej liczbie przypadków ma się słyszeć w 2-gim lewym przestworze międzyżebrowym szmer skurczowy, powstający wskutek przelewania się krwi podczas skurczu serca z tętnicy głównej do tętnicy płucnej przez stosunkowo wązki przewód. Szmer ten jest zwykle bardzo silny, daje wyraźny mruk koci i udziela się ku koniuszkowi serca, przenosi się ku 2-giemu międzyżebrzu prawemu do tętnic dogłowowych i podobojczykowych, przeważnie po stronie lewej (Bernutz[10]), Gerhardt) i wreszcie (François-Franck[11]) słyszy się go często i na tylnej powierzchni klatki piersiowej, w przestrzeni międzyłopatkowej po stronie lewej od kręgosłupa, na wysokości 3 i 4 kręgów piersiowych. W niektórych przypadkach oprócz silnego szmeru skurczowego słyszy się w 2-gim lewym przestworze międzyżebrowym i szmer rozkurczowy, wywołany bądź przez tętniaka tętnicy płucnej i niedomykalność, oraz sprawę wrzodziejącą na jej zastawkach (Foulis[12]), bądź przez ostre zapalenie zastawek tętnicy płucnej (Murray[12]), bądź wreszcie przez obecność w tętnicy głównej u otworu przewodu Botalla fałdu, który przeszkadza przedostaniu się krwi z tętnicy płucnej podczas skurczu serca i umożliwia podobne przejście podczas rozkurczu (Hochhaus[13]). Należy wreszcie pamiętać, że w niektórych przypadkach (Durozier,[14] Luys,[15]) Weber[3]) niezarośnięcia przewodu tętniczego Botalla żadnych szmerów zupełnie nie było wobec znacznej w tych razach szerokości światła przewodu. Nasz przypadek pod względem objawów przysłuchowych okolicy serca przedstawia się nieco odmiennie: wszystkie objawy niezwykłe były usadowione w 2-gim lewym przestworze międzyżebrowym, u brzegu mostka i w odległości 3-ch palców od niego, w miejscu najwybitniejszego tętnienia; tu osłuchiwaniem stwierdzaliśmy przy zachowanym pierwszym dźwięku szmer skurczowy, który wywoływał mruk koci i niezwykle wzmożony drugi dźwięk, z następowym wyraźnym szmerem rozkurczowym. Powstanie szmeru skurczowego łatwo można było sobie wytłómaczyć na podstawie znanych z piśmiennictwa przypadków przedostania się krwi podczas skurczu serca z tętnicy głównej do tętnicy płucnej przez wązki niezarośnięty przewód tętniczy Botalla. Silny szmer rozkurczowy, który, jak widzieliśmy, tylko w wyjątkowych razach był spostrzegany przy niezarośniętym przewodzie Botalla, wymagał innego tłómaczenia. Ponieważ umiejscowienie jego ściśle odpowiadało położeniu tętnicy płucnej i po za granicami zwykłego miejsca jej osłuchiwania znikał on prędko, należało więc przyczynę jego powstawania dopatrywać w miejscowych zmianach tętnicy płucnej, mianowicie w stanie chorobowym jej zastawek. Przypuszczenie takie miało punkt oparcia i w innych objawach, które wskazywały jednocześnie na złośliwy wrzodziejący charakter sprawy chorobowej. Istotnie chora jeszcze na 2 tygodnie przed wstąpieniem do kliniki poczęła gorączkować, a nie podobna było wykryć żadnych zmian anatomicznych, któremiby można było wytłómaczyć tę gorączkę. Oprócz tego od samego początku spostrzegaliśmy zmiany w moczu, które wskazywały na ostrawe krwotoczne zapalenie nerek *(nephritis haemorrhagica subacuta)*. Nie było również żadnych wskazówek ani w wywiadach, ani w zachowaniu się krwi dla wytłómaczenia wybitnego obrzęku śledziony. Obrzęk ten atoli można było sobie również wytłómaczyć, przynajmniej w znacznej mierze, w razie przypuszczenia złośliwego wrzodzejącego zapalenia wsierdzia *(endocarditis ulcerosa maligna)*. Możnaby łączyć z tą sprawą proces zapalny w płucu, który rozwinął się podczas

---

[3]) Przytaczam podług Gerhardta.

pobytu chorej w klinice. Złośliwe wrzodziejące zapalenie wsierdzia stwierdza wreszcie i ta sprawa, która wystąpiła na 2 dni przed śmiercią chorej i przyspieszyła jej zgon, mianowicie zapalenie opon mózgowych, które przebiegało śród silnej gorączki, uporczywych bólów głowy, wymiotów i utraty przytomności. Wobec wyżej wymienionego charakteru sprawy podstawowej zapalenie opon mózgowych było wyrazem zakażenia gnilnego.

Tym sposobem przyszliśmy w naszym przypadku do rozpoznania: *Endocarditis ulcerosa maligna in valvulis art. pulmonalis. Ductus arteriosus Botalli persistans.* Wiek chorej nie sprzeciwiał się temu rozpoznaniu, chorzy bowiem z niezarośniętym przewodem tętniczym dochodzili i późniejszego okresu życia (przypadek Josefsowa[12]) 66 lat, Luysa 52, Dariera[16]) 51, Walshama[12]) 47, Hilton Faggea[12]) 42, Duroziera 41, Murraya 36, Babingtona[4]) 34, wreszcie Gibsona[17]) 31).

Pozostawały jeszcze do wytłómaczenia 2 zjawiska, które spostrzegano u naszej chorej, mianowicie szmer rozkurczowy w okolicy osłuchiwania tętnicy głównej i dźwięczenie tętnic obwodowych. Objawy te towarzyszą, jak wiadomo, niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównej. Przeciw temu przypuszczeniu mieliśmy poważne względy: 1) szmer rozkurczowy był słaby i mógł być uważany za udzielony z tętnicy płucnej; 2) przerost lewej komórki był nieznaczny; 3) objawy wysłuchowe nad tętnicą dogłowową i podobojczykową odpowiadały temu, co spostrzegano w razie niezarośnięcia przewodu tętniczego Botalla; 4) brak tętna chybkiego. Ponieważ wszystkie te objawy zgodnie wytłómaczyło wyżej przytoczone rozpoznanie, dźwięczenie zaś tętnic obwodowych spostrzegano nieraz i w razie ostrego zapalenia wsierdzia, więc przypuszczenie niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównej zostało przez nas odrzucone.

(Dokończenie nastąpi).

III. Z kliniki chirurgicznej c. k. Radcy dworu Prof. Dra Rydygiera we Lwowie.

Przecięcie nerki *(sectio renis)*,

jako zabieg leczniczy w t. zw. *„néphralgie hématurique"* i jako pomocniczy środek rozpoznawczy.

Napisał

Dr. M. W. Herman,
asystent kliniki.

(Dokończenie).

Doświadczeń jednak, ściśle odnoszących się do sprawy wpływu przecięcia nerki (*sectio renis*) na jej stan — nie wiele. Odszukałem jedynie w pracy M. Wolffa krótką wzmiankę, że wykonał na 5-ciu zwierzętach w odstępach 8—4 tygodniowych obustronną nefrotomię, że zwierzęta zabieg ten dobrze zniosły i że po zabiciu ich w parę lat nawet później znalazł w nerce jedynie linijną bliznę, a żadnych innych zmian. Wynik tych doświadczeń pozostaje w pewnej dysharmonii z większością doświadczeń klinicznych, które poprzednio przytoczyłem. Podjąłem zatem szereg doświadczeń w pracowni doświadczalnej naszej kliniki, wziąwszy sobie za cel wykazanie jedynie wpływu rozcięcia nerek na ich tkankę gruczołową. Operowałem ściśle aseptycznie i jak większość badaczy, obrałem drogę przez jamę brzuszną, jako prostszą i ze względów na aseptykę pewniejszą. W streszczeniu podaję protokóły z doświadczeń*).

1) Czarna suka, kudłata. Znieczulenie chloroformowe. Laparotomia 25/5 1901 i *sectio renis dextri*. Natychmiastowy szew na nerkę; po operacyi przez pierwsze dwa dni mocz krwawy. Pies swobodny. 29/5 1901 w nocy szwy na powłokach brzusznych puściły, wszystkie trzewia jamy brzusznej wyszły na zewnątrz. 30/5 pies zdechł. Rana nerki zagojona przez rychłozrost. Miedniczka szczelnie wypełniona skrzepem krwi, częściowo już odbarwionym. Na przekroju nerka niedokrewna, zwłaszcza w częściach przylegających do skrzepu, a obok tego liczne drobne zawały anemiczne i mięszane.

2) Suka-jamnik, bura. 29/5 laparotomia, *sectio renum (dextr. et sin.)*. Na nerki założono szew katgutowy, ciągły. Po operacyi przez pierwszy dzień pies oddaje mocz bardzo często i bardzo obficie, zmięszany z krwią. W następnych dniach zwierzę zdradzało objawy ciężkiego cierpienia, przeważnie leży, skąpo pije, nie je, bardzo nieznaczne drgawki. 5/6 zdechł. Nerka lewa zgojona przez rychłozrost. Na biegunie górnym nerki prawej szwy puściły. W otoczeniu tej nerki ograniczone ropne zapalenie otrzewnej, z nieznaczną jednakowoż ilością ropy. Obok tego kilka gramów moczu. W obu miedniczkach, jako też w pęcherzu, skrzepy krwi dawniejsze. Nerki na przekroju bardzo blade, z licznymi zatorami.

3) Pies czarny, kudłaty, młody. 31/5 1901 roku w znieczuleniu chloroformowem laparotomia, potem wycięcie nerki lewej, a przecięcie i natychmiastowe zeszycie nerki prawej. Po operacyi wyraźne ciężkie cierpienie. Moczy obficie krwią, częściowo skrzepłą, zupełnie nie chce jeść ani pić, drżenie mięśniowe. Zdechł 2/6 1901 r. Nerka bardzo blada, wzdłuż linii przekroju liczne drobne zatory, skrzep w miedniczce i pomiędzy powierzchniami przekroju. Pęcherz pusty.

4) Duży pies żółty. 15/6 laparotomia w znieczuleniu chloroformowem. *Sectio renum ambilateralis* i natychmiastowy szew. Wśród ciągłego oddawania z moczem obfitej ilości krwi jasno czerwonej i bardzo ciężkiego schorzenia, zginął 16/6 1901 r. W tym także przypadku jak i w poprzednich, sekcya wykazała skrzepy krwi, szczelnie wypełniające miedniczki, a w miąższu nerkowym te same zmiany makro- i mikroskopowe, co i poprzednio.

5) Mały pies, czarny. 17/6 *sectio renum ambilateralis et sutura renum (per laparotomiam)*. Wśród krwiomoczu i objawów ciężkiej niemocy, nie jedząc i nie pijąc i wśród kurczów drgawkowych tylnych odnóży pies zdechł następnego dnia. Sekcya z wynikiem zupełnie analogicznym jak poprzednio.

6) Mały pies czarny, prawe ucho przecięte. I w tym przypadku również przecięto obie nerki równocześnie. Wśród objawów takich samych, jak i pies poprzedni, zdechł następnego dnia po operacyi (19/6 1901). Sekcya wykazała te same zmiany, jak i w większości poprzednich przypadków.

7) Pies żółty, jamnik. 20/6 w znieczuleniu chloroformowem *sectio renis sinistri*, poczem nerkę zaszyto szwem katgutowym, ciągłym. Dnia 22/6 pies zdechł, a sekcya wykazała, że szwy w nerce rozluźniły się zupełnie. Nastąpił obfity krwotok do jamy brzusznej.

8) Młoda suka, krasa. 28/5 w znieczuleniu otworzono jamę brzuszną, przecięto nerkę prawą przez jej największą wypukłość aż do miedniczki, poczem po przystosowaniu przeciętych połów do siebie, założono dość powierzchownie ciągły szew katgutowy. Przez następujące 1½ doby pies oddawał mocz stopniowo coraz mniej krwawy, poczem nie można było w zachowaniu się zwierzęcia zauważyć cokolwiek patologicznego. Dnia 16/11 1901 r., a więc prawie pół roku po nefrotomii zachloroformowano psa na śmierć, a sekcya stwierdziła: nerka prawa o połowę prawie mniejsza niż lewa. W otoczeniu nerki prawej nieliczne zrosty tak, że blizną pooperacyjną przyrosła ona do sąsiedniej pętli jelita. Zrost wiotki. Przy bliższem oglądaniu stwierdza się, że blizna pooperacyjna przebiega łukowato na tylnej (grzbietowej) powierzchni nerki. Część nerki mieszcząca się poza blizną twarda, nierówna Na przekroju poprzecznym widzimy, że blizna po nefrotomii przebiega po promieniu od obwodu ku miedniczce. Cześć nerki leżąca ku tyłowi od blizny (czyli połowa grzbietowa nerki) wykazuje wysoki stopień zwyrodnie-

---

[4]) Przytaczam według Gerhardta.

*) Dla uniknięcia powtarzania się, dodaję wynik badania mikroskopowego po wyciągu z protokółów.

nia tkanko-łącznego, makroskopowo wygląda jak jedna blizna. Część zaś nerki leżąca ku przodowi od blizny (czyli połowa brzuszna) prócz rozprószonych ognisk tkankołącznych zmian wyraźniejszych nie przedstawia. Druga nerka znacznie większa, również żadnych zmian makroskopowych nie okazuje.

9) Pies mały, czarny i kudłaty. 19/6 *sectio renis sinistri*. Tak, jak w poprzednim przypadku, natychmiast po nefrotomii założono dokładny szew nerki. Po przemijających zwykłych zaburzeniach pies po wrócił zupełnie do zdrowia i dopiero 16/11 1901 r. został chloroformem zabity. I w tym przypadku na pierwszy rzut oka wpadała wyraźna i znaczna różnica w wielkości obu nerek. Nerka lewa otoczona wiotkimi zrostami i przyrosła blizną operacyjną w okolicy kręgosłupa, ułożona była w ten sposób, że miedniczką zwracała się ku powłokom brzusznym, a grzbietem ku kręgosłupowi. Po bliższem rozpatrzeniu się w stosunkach anatomicznych przekonałem się, że i tu tylna czyli grzbietowa połowa nerki uległa zupełnemu zwyrodnieniu tkankołącznemu. Przodkowa zaś połowa, czyli brzuszna, zachowała się niezmieniona.

10) Pies duży, biały. W ten sam sposób jak w dwu poprzednich przypadkach przeciąłem nerkę lewą dnia 22/6 1901 r. Pies przetrzymał operacyę, a w 5 miesięcy później, t. j. d. 22/11 1901 r. zabity został chloroformem. Zmiany anatomiczne nerek były i w tym przypadku niemal fotograficznie zgodne ze zmianami opisanemi w dwu ostatnich przypadkach. Pomijam zatem bliższy opis, nie chcąc się powtarzać.

Jak już poprzednio wspomniałem, obraz makro- i mikroskopowy w pierwszej seryi doświadczeń, do której zaliczam przypadki, w których psy ginęły w pierwszych dniach po operacyi, był tak zgodnym, że zadowolę się zanotowaniem jednego tylko przypadku. Jak już poprzednio w protokółach z doświadczeń zaznaczyłem, makroskopowo stwierdza się rozsiane, nieregularne zatory mięszane, a tkanka gruczołowa w najbliższem sąsiedztwie cięcia jest niezwykle blada. Na skrawkach, ściętych z całego przekroju poprzecznego nerki widzimy, że daleko od linii cięcia rozciąga się w obie strony tkanka obumarła (nekrotyczna): protoplasma komórek nie barwi się wcale, jądra jeszcze zabarwione, ale kształt ich bardzo nieregularny, częściowo rozpadają się. W tym samym zakresie w warstwie korowej kłębki uległy zwyrodnieniu. Prócz tego takież rozsiane ogniska obumarłe spotykamy zdala od linii przecięcia nerki. W otoczeniu ognisk obumarłych naciek drobnokomórkowy, przechodzący daleko w zdrową tkankę śródmiąższową. Prócz tego w częściach obumarłych spostrzega się bardzo charakterystyczny obraz: mianowicie tak w świetle kanalików, jako też w tkance między nimi, szeregują się długie pasma ciałek czerwonych, któremi kanaliki zostały niejako nadziane.

Takie same obrazy widziałem na wszystkich innych preparatach: w każdym przypadku linia przecięcia nerki otoczona była z obu stron strefą obumarłą. Czasami obumarcie sięgało dalej w jedną stronę niż w drugą; nigdzie jednak nie zajmowało całej połowy nerki, jakby się tego spodziewać należało z wejrzenia preparatów z drugiej seryi. Podobna zgodność obrazów mikro- i makroskopowych miała miejsce i w drugiej grupie doświadczeń, złożonej z trzech przypadków, w której badano nerki w $^1/_2$ roku mniej więcej po nefrotomii. W badaniu tem pomocnym mi był doc. Dr. P. Kučera. Za tę pomoc koleżańską dziękuję mu i na tem miejscu.

We wszystkich trzech przypadkach, jakby po jakimś zawale, część grzbietowa nerki zanikła, zamieniona w jedną bliznę. Nigdzie śladu z kanalików czy to prostych, czy też pokręconych, zachowały się jedynie kłębuszki Malpighiego, lecz wszystkie zwyrodniałe. Tkanka gruczołowa w części brzusznej nerki zachowana w stanie dobrym. Jedynie w najbliższem sąsiedztwie blizny widzimy zwyrodniałe kłębuszki, a częściowo i kanaliki. Lecz zdala od blizny przybłonek nigdzie nie zdradza objawów jakiegokolwiek zwyrodnienia, jedynie od blizny w głąb miąższu nerkowego, sięgając czasami aż pod zgrubiałą torebkę włóknistą, rozchodzą się promienisto pasma tkanki łącznej, w obwodzie których spotykamy tu i ówdzie naciek drobnokomórkowy, jako wyraz toczącego się jeszcze procesu chorobowego. W tej zatem pozornie mało zmienionej połowie brzusznej nerki mamy objawy śródmiąższowego rozsianego zapalenia nerek. Ponieważ zaś nerka psia nawet układem naczyń nie różni się wcale od nerki ludzkiej, mamy wszelkie prawo, aby z wynikiem tych doświadczeń liczyć się także i w patologii ludzkiej.

Przystępując do oceny tych wyników i próby wyciągnięcia z nich pewnych wniosków dla kliniki, oddzielnie traktować by trzeba pierwszą seryę doświadczeń, a oddzielnie drugą. Przystępując do tych doświadczeń, miałem na celu stwierdzić tylko, o ile podania Bartha i Braatza znajdą potwierdzenie. Zdawało mi się, że najlepszy dowód za lub przeciw da mi doświadczenie fizyologiczne, biologiczne, t. j. zachowanie się psa po obustronnej *sectio renum*. Chcąc zaś sobie pracę, a zwierzęciu bólów oszczędzić, przecięcie to wykonywałem obustronnie na jednem posiedzeniu. Niestety nie udało mi się z czterech, względnie pięciu psów, ani jednego utrzymać dłużej przy życiu.

Ztąd nasuwa się wniosek, że przecięcie (*sectio*) nerek, wykonane równocześnie obustronnie i śródotrzewnowo, jest zabiegiem bardzo poważnym i niemal zawsze śmiertelnym. Śmierć stanowczo nie następowała ze skrwawienia, a przyczyny jej szukać należy w znacznych zaburzeniach w czynności nerek, jakie po takiej operacyi wystąpić muszą. Nie miałem i nie mam zamiaru rozwodzić się dłużej w tej materyi; zauważyć chciałbym tylko jedno. We wszystkich tych przypadkach stwierdzałem sekcyjnie skrzep krwi, szczelnie wypełniający, a raczej tamponujący miedniczkę nerkową. Ten sam skrzep zamykał oczywiście i ujście moczowodu do miedniczki. Skutkiem tego wytwarzały się stosunki jak po obustronnem podwiązaniu moczowodów. Możnaby zatem w tych przypadkach przyjąć poprostu zupełny bezmocz i ztąd wynikającą mocznicę za przyczynę zejścia śmiertelnego. W zgodzie z takiem tłómaczeniem pozostaje fakt, że z jedynym wyjątkiem psy ginęły w pierwszych 48 godzinach po operacyi wśród zupełnego braku łaknienia i pragnienia, znacznego osłabienia i lekkich drgawek mięśniowych. Wyjątkiem był pies Nr. 2. Ten zginął dopiero 6-go dnia po *sectio renum ambilat.* Lecz w tym przypadku na sekcyi stwierdziłem, że szwy na biegunie górnym nerki prawej puściły i nerka wydzielała mocz do jamy otrzewnowej. Pierwotną przyczyną zła byłby zatem (oczywiście gdybyśmy przyjęli takie tłómaczenie) szew na nerce, który umożliwia wytworzenie się skrzepu w miedniczce. Operując jednak śródotrzewnowo, szwu pominąć nie można, inaczej bowiem zwierzę zginie z krwotoku, tak jak to w naszem doświadczeniu Nr. 7. Ten niekorzystny szczegół możnaby ominąć, operując zaotrzewnowo. Wówczas bowiem szew na przeciętą nerkę nie byłby koniecznym, a krwawienie opanowaćby można przez tamponadę, jak to zaleca J. Israel i dla ludzi w przypadkach nefrotomii, przedsiębranej z powodu bezmoczu zapalnego. W tym kierunku jednak nie robiłem doświadczeń, mając na oku jedyny cel stwierdzenia późniejszego wpływu przecięcia nerki na stan narządu, a spostrze-

żenie o ciężkości równoczesnej nefrotomii obustronnej nasunęło mi się mimochodem. Do zjawiska tego nie przywiązuję na razie większej wagi, boć i tak zdaje mi się, że i inni fakt ten stwierdzili. W sprawozdaniu z doświadczeń A. M. Dołgowa czytam np., że równoczesne zranienie połowy istoty rdzennej obu nerek jest „bezwzględnie śmiertelne“. Inni, którzy podobne doświadczenia przedsiębrali, nie piszą nigdzie wyraźnie o tem zjawisku. Lecz z tego, że w protokółach z doświadczeń zawsze jest wyraźnie zaznaczone, iż w razie rękoczynów na obu nerkach nie przedsiębrano ich nigdy równocześnie, lecz w odstępach kilku (3—4) tygodniowych, czegoby przecież bez wyraźnej przyczyny nie robili, wnosić można pośrednio, że i oni to samo doświadczenie zrobili. Nefrektomia wykonana po jednej stronie i równocześnie dodana nefrotomia po drugiej, równa się w rezultacie obustronnej *sectio renis*. Natomiast przecięcie obu nerek, ale dokonane w odstępie kilku tygodni, lub też *sectio renis* wykonana w pewien czas po wycięciu jednej nerki, kiedy pozostała nerka dzięki przerostowi pojedynczych pierwiastków pracowała już za dwie, jak to wykazują liczne doświadczenia laboratoryjne (Barth, M. Wolff) i kliniczne (J. Israel) jest zabiegiem, który ustrój znieść może łatwo i dobrze.

Z tego jednak nie wynika bynajmniej, aby owa *sectio renis* była zabiegiem choćby w tym stopniu mało znaczącym, jak np. próbne otwarcie jamy brzusznej. Zupełny zanik połowy nerki, stwierdzony przez Braatza klinicznie, a przez nas doświadczalnie, świadczy dowodnie, jak bardzo i w sposób naprawić się nie dający cierpi przy tem nerka. Z tym faktem w ten sposób stwierdzonym tem bardziej liczyć się musimy, że zkądinąd wiemy, iż wyrównujący przerost nerki w sposób prawidłowy i dostateczny dokonuje się tylko w nerkach zdrowych i u osobników młodych. W chorych nerkach i u starców to dobroczynne zjawisko może się zupełnie nie pojawić.

W całym tym długim wywodzie starałem się udowodnić, że:

1) przecięcie nerki (*sectio renis*, *nephrotomia in sensu stricto*) w stanach, które dziś mianujemy „*nephralgia*“, „*haematuria sine materia*“. „*nephralgie hematurique*“, nie będących prawdopodobnie niczem innem, jak przewlekłem śródmiąższowem zapaleniem nerek, jest zabiegiem zbytecznym i zastąpioną być może przez odsłonięcie nerki, lub co najwyżej przez t. zw. „*néphrodélibération*“, względnie częściową dekortykacyą nerki; że:

2) *sectio renis*, wykonywana w celach rozpoznawczych, bywa aż zbyt często niepewną i bałamutną, nawet wówczas, gdy ścinamy skrawki do badania mikroskopowego, a tem samem, zwlaszcza zaś w razie wyniku ujemnego, nie pozwala na żadne konkretne wnioski; że:

3) zupełne przecięcie nerki (typowa *sectio renis*) może być szkodliwą dla narządu, zdarzyć się bowiem po niej może połowiczy zanik nerki, który u ludzi wiekowych i wobec rzeczywistych zmian zapalnych w nerkach może pociągnąć za sobą jak najfatalniejsze następstwa; i wreszcie że:

4) jedynie w t. zw. „*surgical kidney*“ i w bezmoczu z powodu gwałtownego zapalenia nerek, nie ustępującego mimo stosowania zwykłych w takich przypadkach środków wewnętrznych, kiedy i tak nie wiele mamy do stracenia, takie rozległe przecięcie nerki może być stosowane.

Tak ograniczając wskazania dla tej w ostatnich dopiero latach zalecanej operacyi, znanej najlepiej pod nazwą *sectio renis*, nie miałem bynajmniej zamiaru uszczuplać pola dla nacięcia nerki (*incisio renis*), operacyi zresztą zupełnie różnej od przecięcia nerki (*sectio renis, nephrotomia*) i zupełnie inne mającej wskazania Przecięcie nerki, mające głównie na celu dostarczenie nam danych rozpoznawczych, powinno tak zniknąć, jak znika powoli laparotomia rozpoznawcza (*explorativa*).

W końcu poczuwam się do miłego obowiązku podziękować memu Szefowi Panu Radcy Dworu Prof. Drowi L. Rydygierowi za pomoc świadczoną mi w różnej formie w czasie pisania tej pracy.

Piśmiennictwo. 1. Albarran: Diagnostic des hematuries renales (Annal des mal des org. gen -urin. 1898, Nr. 5). 2. Antona D': Bericht über 32 Nephrotomien. (Intern. Congress zu Moskau 1896. Ref. w Ctrbl. f. Chir.) 3. Barth A: Ueber die histologischen Vorgänge bei der Heilung von Nierenwunden und über die Frage des Wiederersatzes von Nierengewebe (Langenbeck's Archiv f. klin. Chir T. 45 Z. I). 4. T. s: Nierenbefund nach Nephrotomie. (Langenbecks Archiv für klin. Chir T. 46, Z II). 5 T. s.: Zur Frage der diagnostischen Nierenspaltung. (Beilage z. Ctrbl. f Chir. 1900, Nr. 28, p. 122). 6. Bloch O.: Sur la résection du tissu rénal dans un but de diagnostic etc. (Revue de chirur. 1898 Nr. 6. Ref w Ctrbl. f Chir. 1898 Nr. 5). 7. T. s.: Ueber die diagnostische Nierenresection. (Intern. Congress zu Moskan 1897. Ref. w Ctrbl. f. Chir.). 8 Braatz E.: Zur Nierenexstirpation (Deutsche Zeitschr. f. Chir. T. 48, Z. I). 9. T. s Zur operativen Spaltung der Niere. (Deutsche med. Wochenschr. 1900, Nr 10). 10. T. s: Ueber Nierenoperationen. (Beilage z. Ctrbl. f Chir 1901, Nr. 29, pp. 116). 11. Casper L: Die Verwerthung der functionellen Nierenuntersuchung f. die Diagnostik der Nieren-und Bauchchirurgie. (Ctrbl. für Chir. 1901, Nr. 44). 12. Denecke: Ein Fall von schwerer Nierenblutung nach Nephrolithotomie. (Festschrift etc. Braunschweig 1897). 13 Delbet P.: Calculs des deux reins etc. (Ref. w Centrbl. f Chir. 1899, Nr. 34). 14. Dołgow A. M: Zur Frage der Resection von Nierengewebe. (Wracz 1900, Nr. 41). (Ref. w Ctrbl. f Chir. 1901, Nr 3). 15. Fenwick E. H.: Renal papillectomy (Brit. med. journ. 1900, Februar 3. Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1900, Nr. 18). 16. Gerhardt D.: Zur Lehre von der Hämaturie (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. II). 17. Greiffenhagen W: Ueber die Nephrolithotomie vermittelst des Sectionsschnittes. (Laugenbeck's Archiv f. klin. Chir. T. 48, p. 932). 18. Grosglik S.: Krwawienie z nerek niezmienionych. (Medycyna 1897, Nr. 26—30). 19. T. s.: Ueber Blutungen aus anatomisch unveränderten Nieren. (Samml. klin. Vorträge N. F. Nr. 203). 20 Guyon: Sur l'obliteration spontanée de la plaise rénale dans les néphrotomies pour pyonephrose. (Ann. des malad. des org. genito-urin. 1892 Vol. X. Nr. 8 i 9). 21. Guyon et Albarran: Ueber die Nephrotomie. (Wien med. Blätter 1898, Nr. 44). 22. Guyon. Albarran, Le Dentu, Tédenat, Léonte, Reynier, Bazy, Tuffier, Pousson, Micheaux, Legueu, Delbet, Phocas, Jonnesco. De la nephrotomie. (Congr. francaise de chir. 17—22 Octobr. 1898 Ref. w Ctrbl. f Chir. 1899, Nr. 14). 23. Harrison: Treatement of some forms of Albuminuria by renipuncture. (Brit. med. Journ. 1896, 12 Octobr.) 24 Heister Laurentius: Institutiones chirurgicae 1739, p. 903 et 904. 25. Herczel E: Ueber Nierenoperationen. (Wiener Presse 1889. Nr. 42). 26. Hofbauer L: Ein Fall von zweijähriger unilateraler Nierenblutung. (Mitteil. a. d. Grenzgebieten T. V. Z 3) 27. Israel J.: Ueber Operationen und Diagnose der Nierensteine. (Berl. klin. Wochschr. 1891, Nr. 9). 28 T. s.: Ueber einen Fall von Nierenextirpation wegen Ureteritis. (Berlin. klin. Wochenschr. 1891, Nr. 27). 29 T. s.: Erfahrungen über Nierenchirurgie. (Langenb. Archiv T. 47, Z. 2). 30. T s.: Chirurgische Klinik der Nierenkrankheiten (Berlin. u. Hirschwalda 1901). 31. T. s.: Ueber den Einfluss der Nierenspaltung etc. (Mitteilungen a. d. Grenzgebieten. T V, Z. 3). 32. T. s.: Ueber den Einfluss der Parenchymspaltung auf Entzündungsprocesse der Niere. (102 Sitzung d. frei. Verein. d Chir. Berlins. Ref. w Ctrblt. f Chir. 1899, Nr. 31). 33. Jacobson W. H A.: Clinical remarks on the symptoms and conditions which justify nephrolithotomy. (Brit. Journ. 1890, Jan. 18). 34 Johnston G B. Splitting the Kidney capsula for the relief. of nephralgie. (Med. News-York Journ 1897, Jan. 30). 35. Keyes E L. Nephrolithotomy etc. (New-York Record 1890, Febr. 8). 36. Klemperer: Ueber Nierenblutungen bei gesunden Nieren (Deutsche med. Wochschr. 1897. Nr. 9 u. u. 10). 37. Konieczny S: Nephrotomie. Ein Beitrag zur Casuistik der chirurgischen Behandlung der Nierensteine. Leipzig 1901. 38. Korteweg J. A.: Die Indicationen zur Entspanungsincision bei Nierenleiden. (Mitteil a. d. Grenzgb. T. TIII. Z. 4 i 5). 39. Kümmel H. Practische Erfahrungen über Diagnose und Therapie der Nierenkrankheiten. (Langenbecks Archiv T. 64, Z. 3). 40. Küster E: Die Nierenchirurgie im XIX Jahrhundert. (Langenbecks Archiv T. 64, Z. 3). 41. Lambert O.: De l'incision liberatrice de la capsule propre du rein. (Revue de Chirurg. 1897, Nr. 3. Ref. w Ctrbl. f. Chir. 1897, p. 771). 42. Malherbe A. et F. Legueu: Des hematuries essentieles. (Assoc. franc. d'urologie IV, 1899). 43. Miller A. G.: Three cases of nephrotomy. (Edinburg. Journ. 1898 Jan

44. Morris H.: The Hunterian lectures on the surgery of the Kidney. (Brit. med. Journ. 1898, March. 26). 45. Obaliński A. Nefrotomia z powodu kamienia nerki. (Przegląd lek. 1896, Nr. 45). 46. Pel P. K.: Nierenentzündung (M. Brightii) vor dem Forum der Chirurgen. (Mitteil. a. d. Grenzgeb. T VIII. Z. 4 i 5). 47 Pousson: Influence de la distension du rein sur la congestion et la saignement de cet organe. (Assic. franc. d'urologie IV, 1899). 48. T. s.: Ueber chirurgische Eingriffe bei gewissen Formen von Nephritis. (Ref. w Ctrbl f. Chir. 1900, Nr. 1 z IV Congr. Associat. franc. d'urologie 1899). 49. Rovsing Ph: Ueber unilaterale Haematurie zweifelhaften Ursprungs und ihre Heilung durch Nephrotomie. (Ctrbl. f. d. Krankh d. Harn u. Sexualorg. T. IX. Z. 11 i 12). 50. Rust J. N.: Nephrotomia. (Art. Kesslera w Theoretisch-praktisches Handbuch der Chirurgie). 51. Sabatier: Néphralgie hématurique etc. (Revue de chirurg. T. IX. Z. 1). 52. Schede: Verletzungen und Erkrankungen der Nieren und Harnleiter. (Handbuch d. praktisch. Chirurg. 1901, III. 2). 53. Shepherd F. J.: The subsequ. history of a case of nephrectomy etc. (New-York Record 1890, Aug. 2). 54. Stankiewicz: Wycięcie nerki z powodu krwiomoczu 5 lat trwającego. (Pam. Tow. lek. Warszaw. 1897, p. 1090). 55. Stavely: Two cases of Haematuria with catheterisation of Ureters and exploratory nephrothomy. 56. Swain and Wippte: A series of renal cases etc. (Lancet. Dec 13, 1890). 57. Wolff Max: Die Nierenresectionen und ihre Folgen. (Berlin u Hirschwalda 1900). 58 Zondek: Das arterielle Gefässystem der Niere und seine Bedeutung f. d. Nierenchirurgie. (XXVIII. Congr. d. deutsch. Geselsch. f. Chir. Berlin 1899).

IV. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Przypadek rzadkiej wady rozwojowej.

Podał

Dr. Czesław Waligórski

lekarz okręgowy w Rożniatowie.

Dnia 6 lutego b. r. przywiózł do mnie H. S. z R. pow. kałuskiego swego 4-tygodniowego synka w celu podcięcia mu „przyrośniętego od urodzenia języka“.

Przy oględzinach stwierdziłem, że język był przyrośnięty, nie jak to najczęściej spotykamy skutkiem nieprawidłowej krótkości więzadełka do dna jamy ustnej, lecz górną swą powierzchnią do podniebienia twardego w ten sposób, iż koniec języka był zrośnięty na przestrzeni 1 ctm. z błoną śluzową dziąsła górnego w miejscu, odpowiadającem zębodołom zębów siecznych, następnie zrost ten rozszerzał się ku tyłowi na podniebienie twarde na 2 ctm., tworząc tu trójkąt, zwrócony wierzchołkiem w kierunku podniebienia miękkiego.

Dziecko w najwyższym stopniu wynędzniałe, ssać oczywiście zupełnie nie mogące, odżywiane do tej pory z wielką trudnością mlekiem wlewanem łyżką. Próba, przedsięwzięta przezemnie w tym kierunku, wykazała, iż dziecko w ten sposób karmione, przyjmuje wśród objawów duszenia się tylko bardzo nieznaczną ilość mleka.

Wobec tych stosunków przedstawiłem rodzicom konieczność wykonania operacyi, zwróciłem jednak równocześnie ich uwagę, że ze względu na wysoki stopień wyniszczenia dziecka i możliwy w czasie zabiegu znaczny krwotok, skutek operacyi co do życia wcale nie jest niepewny, bez operacyi zaś dziecko żyć wcale nie może.

Za zgodą rodziców przystąpiłem więc do operacyi, z wielką oczywiście niechęcią, raz ze względu na miejscowe stosunki, na brak koniecznej w takich przypadkach pomocy drugiego kolegi, a powtóre, iż wspomniany nędzny stan sił małego pacyenta, dający mało widoków co do życia, wcale nie zachęcał mnie do czynnego wystąpienia.

W celu rozwarcia szczęk i odsłonięcia pola operacyjnego przesunąłem z wielką trudnością poza zrost języka cienki wałek drewniany, owinięty gazą, a następnie od dziąsła zacząłem oddzielać zrost tuż przy podniebieniu. Zaraz po pierwszem cięciu wystąpił dość znaczny krwotok z tętnicy grzbietowej języka, który po podwiązaniu więcej się nie powtórzył; przez cały jednak czas dalszego oddzielania zrostu krwawienie miąższowe było tak znaczne, a krew wylewała się nosem i do jamy ustnej w tak wielkiej ilości, iż miałem bardzo poważne obawy skrwawienia się pacyenta przed ukończeniem operacyi. Po dokonanem zupełnem oddzieleniu zrostu, w celu zatamowania krwotoku czysto miąższowego kazałem dziecko natychmiast przyłożyć do piersi, ale niestety ten najracyonalniejszy w takich przypadkach sposób tamowania krwawienia zawiódł mnie; matka dziecka bowiem skutkiem niekarmienia do tej pory pokarmu prawie wcale nie miała, a i brodawka sutkowa wadliwie była rozwinięta. Wkładałem więc twardo zwinięte waciki, napojone mlekiem przegotowanem, które dziecko bardzo chętnie ssało. Po upływie półtora godziny, upewniwszy się, iż krwawienie zupełnie ustało, pozwoliłem dziecko odwieźć do domu, przypisawszy do przemywań roztwór kwasu borowego.

Od tego czasu widziałem to dziecko 3 razy, poraz ostatni 9. kwietnia; rana tak na powierzchni języka, jak na dziąśle i podniebieniu dobrze zabliźniona, dziecko rozwija się prawidłowo, ma wejrzenie zdrowe.

Tu dodaję jeszcze, iż rodzice dziecka zdrowi, wad rozwojowych nie okazują, mają jeszcze jedną, o 8 lat starszą córeczkę, również bez jakichkolwiek wad rozwojowych. Dziedziczności zatem wykazać nie mogłem, a ostatnia ciąża matki miała mieć przebieg zupełnie prawidłowy.

Znane dotąd i opisane wady rozwojowe języka u osobników zresztą dobrze rozwiniętych są: wrodzony brak języka (*aglossia* Jussieu, Förster); bardzo rzadko język mały (*microglossia*), jak również język rozłupany (*schistoglossia*); język podwójny (jeden nad drugim Albert) i język przerosły (*makroglossia* — raczej jako sprawa patologiczna) a nadto powszechnie znane, dość częste nieprawidłowe skrócenie więzadełka (ankyloglosson). O przypadku podobnym do opisanego przezemnie nigdzie w dostępnem mi piśmiennictwie wzmianki nie napotkałem i z tego powodu do wiadomości go podaję.

V. Wyciągi.

Dr. S. Schoenborn. **Przyczynek do klinicznej obserwacyi odruchów skórnych i ścięgnistych dolnej części ciała.** (*Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde* 1902, 21. Band, 3-tes und 4-tes Heft). W krótkim wstępie mówi autor o pracach Erba-Westphala, później Jendrassika, którzy doprowadzili całą naukę o odruchach do tego stanu, w jakim ją obecnie mamy. Czasy nowsze dorzuciły jeden tylko praktycznie ważny odruch Babińskiego. Sprawa jednak teoretyczna odruchów, ich umiejscowienie w układzie ośrodkowym nerwowym, jest jeszcze zupełnie ciemna.

W pracy niniejszej podaje autor wyniki badań swoich na przeszło 100 osobach zdrowych i na sporej liczbie chorych. Przy badaniach odruchu kolanowego na ścięgnie mięśnia czworogłowego uda poleca autor sposób Jendrassika z modyfikacyą: badający staje po stronie prawej chorego, podaje lewą rękę choremu z nakazem, żeby ją ścisnął, a tymczasem bada w zwykły sposób odruch, uderzając słuchawką, ręką lub czemś podobnem w ścięgno mięśnia. Kontrolowania skurczów mięśnia czworogłówego ręką, jak poleca Bernhardt, nie uważa za sposób lepszy od wyżej podanego, jak również podpieranie ręką uda przez samego badanego.

Ze zmian w zachowaniu się tego odruchu w różnych przypadkach uważa autor za stosowne podnieść to, że w schorzeniach rdzenia poprzecznych odruch ten może być obecny, lub nie. Zapatrywanie Brauera i Bastiana, że w wysoko umieszczonem zapaleniu rdzenia brak tego odruchu wskutek podwyższonego ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, nie jest pewne. Brak odruchu kolanowego jest stanowczo objawem chorobowym, w czem zgadza się z pracami Pelizaeusa, który odruchu tego nie znalazł jedynie w 0·04% u zdrowych. W niepowikłanym wiądzie rdzenia odruchy kolanowe, gdy raz zginą, nigdy nie wracają. Często jednak nie dadzą się wywołać, aż wpływ hamujący mózgu ustąpi (przypadek Westphala, który spostrzegał powrót odruchów po porażeniu połowiczem u chorego z wiądem, po stronie porażonej), albo w przypadkach skombinowanych, gdzie obok wiądu rdzenia znajduje się jakaś inna sprawa chorobowa, np. zapalenie opon kiłowe w przypadku spostrzeganym przez autora, dalej przypadki v. Jacksona, Taylora, Goldflama i innych. Przy guzach móżdżku brak odruchu należy do rzadkości, W 10-ciu przypadkach, obserwowanych w klinice heidelbergskiej, zawsze odruchy kolanowe były utrzymane, a nawet podniecone.

Wzmożenie odruchów kolanowych jest trudne do ocenienia okiem; za pewne uważa autor odruchy wtedy, gdy wyraźny odruch

da się wywołać przez opukiwanie kości goleniowej. W wyższych stopniach wzmożonej pobudliwości nie rzadko występują lekkie skurcze drgawkowe w mięśniu czterogłowym uda, natomiast prawdziwy tężec jest rzadki, zaledwie 1%.

Oprócz powszechnie używanej metody badania odruchu na ścięgnie Achillesa, przy ułożeniu chorego na wznak z lekko zgiętemi nogami w stawach kolanowym i biodrowym i trochę skręconych na bok, poleca autor sposób używany w klinice heidelbergskiej: chory leży na brzuchu, a badający zgina jego kończynę dolną w stawie kolanowym i opukuje ścięgno. Jeszcze lepiej, gdy w tem położeniu chorego badający położy swą rękę lewą na podeszwie chorego, zginając lekko stopę badanego aż do kąta prostego z przedudziem. Łatwo również wywołać ten odruch, gdy w powyższem ułożeniu chorego ujmie się dolną kończynę badaną z przodu za obie kostki, lub też, gdy badany klęczy na łóżku z nogami wolno zwieszonemi. Odruch ten na ścięgnie Achillesa jest stały u ludzi zdrowych; autor ledwo w 1% go nie dostrzegał. Brak tego odruchu w wiądzie rdzenia jest tak częsty, jak i kolanowego. Leimbach jednak podaje, że na 400 przypadków wiądu rdzenia brakowało go 368 razy, 10 razy był słabszy, 5 razy można go było wykazać tylko po jednej stronie. W okresie przedbezładowym zmian w zachowaniu się tego odruchu autor nie spostrzegał, natomiast często go nie było w zapaleniu nerwu kulszowego (Sternberg, Strasburger), bo około 50%, szczególnie przy równoczesnej obecności zaników, przeczulic, upośledzenia czucia, porażeń, które na niewątpliwe zmiany zapalne w nerwie wskazywały.

Wzmożenie odruchu ścięgna Achillesa, tężec, spotyka się w organicznych schorzeniach rdzenia, zatruciu (strychnina), w długotrwałych chorobach gorączkowych (gruźlica) i często w nerwicach, szczególniej macinnictwie. O ile odróżnienie tężca macinniczego na podstawie zachowania się odruchu rzepkowego jest prawie niemożliwe, o tyle na podstawie tego odruchu dość łatwe, jeśli zwrócimy uwagę na dość szybkie, lekkie, kilkakrotne skurcze mięśni, które łatwo w samym początku powstrzymać można, wyginając stopę ku grzbietowi, cechujące rzekomy tężec macinniczy. Tężec u gruźliczych ma mieć podobne cechy do tężca, wywołanego zmianami organicznemi w rdzeniu.

Z odruchów innych, odruch mięśni przywodzących udo (*mm. adductores*) znajdował autor w 34% u zdrowych, z reguły przy równoczesnem wzmożeniu odruchu rzepkowego. Rzadszym jest odruch mięśnia goleniowego tylnego (*m. tibialis post.*) (w 26% u zdrowych), zwyczajnie wybitny w ciężkich schorzeniach rdzenia.

Co się tyczy odruchów skórnych, to one obecnie wielu badaczy nie zajmują, choć i tu nie są dość wytłómaczone takie objawy, jak obecność odruchów skórnych przy wysoko rozwijającem się schorzeniu rdzenia poprzecznem, coby mogło za łukiem odruchowym rdzeniowym przemawiać, podczas gdy przy połowiczych porażeniach mózgowych odruchy skórne bywają osłabione, lub nawet zniesione.

Nad odruchem pośladkowym i Remaka autor długo się nie zastanawia. Odruchy brzuszne, mianowicie górny, znajdował autor w 98%, środkowy w 99%, dolny w 98% przypadków. Przy wiądzie rdzenia są one często podniecone, jednak nie można ich zużytkowywać do wczesnego rozpoznania wiądu rdzenia. Odruch mięśnia unoszącego jądro spotykał autor w 98%; w zapaleniu przyjądrza i przy wodniaku był on po stronie chorej osłabiony. Odruch rzyci, ściąganie się zwieracza rzyci przy podrażnieniu miejscowem skóry, mógł wykazać w 80%. Często odruch ten dał się wywołać już przez podrażnienie włosów, znachodzących się w okolicy rzyci. Przy wiądzie rdzenia odruch ten często nawet podniecony, mimo lekkiego znieczulenia tej okolicy.

Odruch mosznowy nie był dotąd wiele przez autorów uwzględniany i ceniony. Trzeba pamiętać o tem, że odruch ten występuje dopiero po kilkakrotnem łechtaniu okolicy rzyci, międzykrocza i małej wewnętrznej części uda, czyniąc to powoli i zaczynając z międzykrocza. Cały odruch trwa zawsze kilka sekund i przez ten swój charakter nie posiada podobnego w całym ustroju. Autor przypuszcza, że odruch ten biegnie przez nerw sromny wspólny, lub przez nerwy międzykrocza do ogona końskiego, a ztąd przez gałęzie łączące do splotu podbrzusznego i do mięśni w zakresie narządu moczopłciowego.

Wspomniawszy krótko o odruchu Bechtierewa (skurcz dolnych mięśni brzucha po łechtaniu skóry pod więzem Pouparta), przechodzi autor do odruchu podeszwowego, który należy do najstalszych (98%). Co się tyczy braku tego odruchu, to autor nic nowego nie podaje. Wzmożenie tego odruchu trudno odróżnić nieraz od stanu fizyologicznego, gdyż często i u zdrowych można wywołać przez podrażnienie podeszwy skurcze całych grup mięśni, a nawet skręcenie całej kończyny. Według Jendrassika chorobowo wzmożony odruch ten można wywołać z każdego miejsca dolnej kończyny, bez uczucia świądu, bólu, a przytem odruch taki nuży się powoli.

O odruchu paluchowym Babińskiego wiele w ostatnich latach pisano. Według Strümplla odruch B. należy do tych objawów, z których można wnioskować o zajęciu chorobowem dróg piramidalnych rdzenia; podług Schmidta ten typowy odruch można spostrzegać i bez wyżej przytoczonych zmian chorobowych rdzenia.

Podrażniwszy stronę wewnętrzną (lepiej, niż zewnętrzną) podeszwy, pociągając lekko palcem, lub jakimś przedmiotem od stawu palucha, aż do kości piętowej, otrzymamy żywe zgięcie (*flexio plantaris*) palców stopy, przy równoczesnem słabem wyprostowaniu (*flexio dorsalis*) kości śródstopia, lub też zgięcie całej stopy, a nie rzadko zgięcie nogi w stawie kolanowym i biodrowym, połączone często z wykręceniem kończyny. Jest to odruch podeszwowy.

Przy odruchu Babińskiego, zachowując ten sam sposób badania, występuje powolne wyprostowanie (*flexio dorsalis*) palucha, czasem, ale rzadko i reszty palców. Ruch ten jest bardzo powolny; tylko wyprostowanie palucha jest dla tego odruchu charakterystycznem, a nie reszty palców, lub stopy. Wszyscy prawie autorowie zgadzają się, że odruch ten występuje prawie tylko przy zmianach w drogach piramidalnych (Strümpell, Waldon i Paul, Homburger, Chodźko, Langdon). Wyjątkowo dość często u osesków, gdzie drogi w przednich rogach rdzenia są jeszcze w stanie rozwoju. W rzędzie autorów, którzy się oświadczyli przeciw wartości rozpoznawczej tego odruchu, są: M. Cohn, Schüler, Verger, Abadie, Schneider. Według autora odruch B. nigdy nie znajduje się u ludzi zdrowych. Wśród 100 ludzi badanych, raz tylko spostrzegał niepewny ruch palucha. Jako objaw chorobowy znalazł go autor na 24 przypadków stwardnienia rozsianego 14 razy; na 25 przypadków schorzenia rdzenia poprzecznego — 16 razy; na 25 — porażenia połowiczego — 16 razy; na 34 wiądu — raz; na 17 — guza mózgu — dwa razy. Odruch podeszwowy był zawsze prawidłowy przy prawdziwych nerwicach (neurastenia, macinnictwo, tężyczka, drżączka porażenna), dalej we wszystkich porażeniach obwodowych nerwów i schorzeniach mięśni.

Charakterystycznym jest brak odruchu Babińskiego w drżączce porażennej, co przemawiałoby przeciw organicznej podstawie tej choroby i rzadkość, z jaką znajdował autor objaw B. w porażeniach połowiczych.

W padaczce często spotykał autor odruch B. w napadzie (francuscy autorowie 50%); częstym ma on być również w durze brzusznym, czego autor potwierdzić nie może; dalej w śpiączce mocznicowej i zatruciu strychniną.

Ostatecznie autor twierdzi, że odruch Babińskiego, t. j. leniwe wyprostowanie palucha, jest objawem patognomonicznym w schorzeniach dróg piramidalnych, równowartościowym ze wzmożeniem odruchów ścięgnistych. Obecność jego w padaczce można sobie wytłómaczyć przypuszczalnem zatruciem ustroju jakimiś produktami, które działają na drogi ruchowe w rdzeniu.

W końcu wspomina autor o teoryi Cestana, który przykurczenie palucha w chorobie Friedriecha uważa za wynik stałego odruchu B., wywołanego schorzeniem dróg piramidalnych rdzenia. Przyczyna odruchu B. jest ciemna, nawet nie wiemy, czy jest to odruch samoistny, czy tylko chorobowo zmieniony odruch podeszwowy.

Autor kończy, polecając dalsze badanie nad przyrodą odruchów, szczególniej mosznowego, który może kiedyś dać nam dokładne pojęcie o czynności tego odcinka nerwu spółczulnego.

Dr. Stanisław Gólski.

R i e g n e r. **Przedarcie podskórne zatoki podłużnej opony twardej.** (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* Tom 62). R. podaje przypadek przedarcia zatoki podłużnej opony twardej; 20-letni mężczyzna spadł z rusztowania na głowę; przytomności nie stracił; nie może jednak powiedzieć, w jaki sposób uderzył głową; krwotok z prawej dziurki nosowej. Na ciemieniu powłoki miękie oddzielone od kości na dość dużej przestrzeni przez znaczny wylew krwi. Chory prócz bólu głowy nie miał początkowo żadnych dolegliwości; szóstego dnia po wypadku bóle stały się nadzwyczaj gwałtowne, chory stawał się apatycznym i wystąpiły objawy podwyższonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. R. zdecydował się wykonać trepanacyę; w tym celu odsłonił kości ciemieniowe i utworzył płat, odpowiadający częściom miękim, oddzielonym od kości przez wylew krwi. Na kości stwierdził pęknięcie, które zaczynało się od linii środkowej i biegło do wewnętrznego brzegu prawego oczodołu. Nad uchem lewem stwierdził prócz tego dwa małe pęknięcia. R. rozszerzył pęknięcie pierwsze, przyczem nastąpił gwałtowny krwotok tak, że R. musiał zatamponować ranę i założyć opatrunek. Na czwarty dzień przy zmianie opatrunku krwotok się nie powtórzył, wtedy R. stwierdził w zatoce podłużnej szparę długości $1^1/_2$ ctm.

Szparę tę R. zaszył kilku szwami katgutowymi. W chwili demonstracyi chory był już na wyleczeniu. *Dr. Teofil Zalewski.*

Prof. Brunner. **Przyszła rasa.** (*Philadelphia Med. Journal* 4-go stycznia 1902 roku). Autor, szef biologicznego wydziału w Uniwersytecie Hutlera w Stanie Indyana, przepowiada znaczne zmiany w rozwoju rodu ludzkiego. Sądzi on, że przyszły człowiek znacznie będzie się różnić od teraźniejszego: panem jego ustroju będzie mózg, znacznie więcej rządzący ciałem, niż to ma miejsce obecnie. W ciele zanikną zupełnie żebra rzekome (*costae fluctuantes*), wyrostek robaczkowy i małe palce u nóg; — oprócz tego wiele innych zmian ma nastąpić. Pierś, oraz dolne i górne kończyny będą większe i przyszły człowiek ma być znacznie wyższy od swego prototypu naszych czasów. *St. Rudzki* (Ptbg.).

Szana. **Przyczyny, dla których dzieci w pierwszych latach swego życia są nadmiernie, lub też za mało odżywione na swój wiek.** (*Die Heilkunde.* 1902, Nr. 2). Za nadmiernie odżywione uważa S. te dzieci, które przy zupełnie zdrowem wejrzeniu mają wagę większą, niż mieć powinny: za mało zaś odżywione te, które przy zupełnem zdrowiu mają wagę za małą. Przechodząc rozmaite warunki higieniczne, zajęcia i sposób odżywienia, przychodzi autor na podstawie badań, przeprowadzonych na dzieciach chowanych na wsi i w mieście do przekonania, że nie tyle powietrze, jak rodzaj odżywienia wpływa na należyty rozwój i przyrost. Najlepiej wyglądają i mają największy przyrost dzieci żywione pokarmami mącznymi, bogatymi w węglowodany, a ubogimi w istoty azotowe, jeżeli jeszcze przytem mają odpowiednie warunki higieniczne; na odwrót, daleko mniejszy przyrost będą mieć dzieci, żywione mięsem. *P.*

Dr. M. Burchardt. **O odkażaniu naszych materyałów opatrunkowych.** (*Archiv Langenbecka* 65/2). Autor stara się udowodnić, że zarzuty czynione sterylizatorom Schimmelbusch-Lautenschlägera, są nieuzasadnione, i że przedmioty opatrunkowe mogą w nich być dokładnie wyjałowione byle 1) używać puszek nowego systemu, t. j. zaopatrzonych w otwory po bokach, w dnie i w wierzchołku i 2) wstępnego ogrzania, mającego zapobiedz skraplaniu się pary, nie podnosić ponad 50° C. Polemizuje zaś głównie z Rubnerem i Braatzem, którzy wykazali, że w tych sterylizatorach dane są warunki do powstawania pary przegrzanej, której siła odkażająca stoi znacznie niżej od takiejże siły pary nasyconej przy 100° C. Aby w tych sterylizatorach powstać mogła para przegrzana, trzebaby materyały opatrunkowe poprzednio ogrzać do 70° C. lub wyżej. *Herman.*

Stanisław Kopczyński. **Z kazuistyki nowotworów i ropni mózgowia.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). Z 10-ciu zpisanych przypadków 7 dotyczyło nowotworów, 3 zaś ropni mózgowia. Z ciekawszych szczegółów zanotować należy: w przypadku *tuberculum solitare* w móżdżku nie było żadnych objawów ogniskowych, lecz jedynie znaczna sztywność karku. W innym przypadku nowotworu w móżdżku występowały napadowe skurcze tężcowe mięśni karku i tułowia, wybitne zwolnienie tętna do 44 uderzeń na minutę i wahania w odruchach głównie ścięgnistych, które na pewien czas znikały. Przypadek guza w płacie czołowo-ciemieniowym jest przyczynkiem do nauki o umiejscowieniu zmysłu stereognostycznego. Brodawkę zastoinową stwierdzono w 6-ciu przypadkach (na 7), przyczem w czterech razach chorzy dotknięci byli zupełną ślepotą. Tętno we wszystkich przypadkach było przyspieszone, tylko w jednym podczas napadów sztywności mięśni karku było zwolnione. Z trzech przypadków ropni mózgowia w jednym zasługiwała na uwagę niezwykła grubość worka ropnia, a w drugim — (ropień w płacie skroniowym) — zaznaczyć warto zwolnienie tętna aż do 36 uderzeń na minutę. *Z. Czaplicki.*

Władysław Palmirski. **O błonicy i surowicy przeciwbłoniczej.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). W pracy tej, nie nadającej się do krótkiego streszczenia, autor obszernie omawia sposoby otrzymywania surowicy przeciwbłoniczej, istotę toksyn błoniczych, sposoby określania siły surowicy itd. *Dr. Czaplicki.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Cocainum hydrochloricum. (*E. Merck: Bericht über das Jahr 1901*). Wstrzykiwania kokainy w przestwór podpajęczy części lędźwiowej rdzenia, zalecone początkowo przez Biera w celu znieczulenia dolnej połowy ciała przed zabiegiem operacyjnym, znajdują coraz obszerniejsze zastosowanie. Marie i Guillain (Rev. internat. de Méd. 1901 Nr. 10) stosowali je z dobrym wynikiem w rwie kulszowej i postrzale, używając 0.005 chlorku kokainy, rozpuszczonego w 0.5 sz. ctm. wody. Albarran i Catelin (Presse méd. 1901 Nr. 89) stosowali te wstrzykiwania kokainy (0.02 na 1 sz. ctm wody) w przypadkach bezwiednego moczenia. Déléardo zaleca je przeciw kolce ołownej.

Ażeby uniknąć ubocznych skutków, zaleca Bier ucisk szyi zapomocą opaski elastycznej w celu zapobieżenia dyfuzyi kokainy do komórek mózgowych. Cordero i Ceccherelli natomiast podają jako o wiele skuteczniejsze wdychiwanie azotynu amylowego w ilości 20 kropel, rozdzielonych na kilka mniejszych dawek.

Westfalen (Centr. f. Gynäc. 1901 Nr. 37) stosuje czopki kokainowe (0.03 p. d.) w przebiegu przeciągających się porodów. Według niego kokaina, stosowana w ten sposób, nie upośledza bynajmniej odruchowego działania tłoczni brzusznej, ale owszem działa dodatnio w tym kierunku. Również stosować należy kokainę, gdy skurcze macicy przybierają charakter tężcowy i gdy w przerwach pomiędzy skurczami występują silne bóle. *Dr. T. Ż.*

Eupiryna (*E. Merck: Bericht über das Jahr 1901*), jest łagodnym, nie działającym trująco środkiem przeciwgorączkowym, mającym szczególne zastosowanie u wyniszczonych osobników w wieku dziecięcym i starszym. W ostatnim roku Porges (Wiener med. Blätter Nr. 17) zaleca ten środek; jako dawkę przeciwgorączkową dla dorosłych oznacza 1—1:5 grm., dla dzieci 0.3—0.5 grm. Działanie występuje zwykle po pierwszej dawce: po upływie 1—2 godzin cieplota opada o 1—1½° C. i stan ogólny chorego się polepsza. Porges przypisuje eupirynie wybitne działanie pobudzające i zaleca ją szczególnie w przebiegu grypy jakoteż w chorobach gorączkowych u starców i dzieci. Cena 1 grm, około 50 halerzy. *Dr. T. Ż.*

Extractum Myrtilli Winternitz. (*E. Merck: Bericht über das Jahr 1901*). Nowe zastosowanie wyciągu z borówek Winternitza zawdzięczamy badaniom Artaulda (Revue de Thérapeut. med. chirurg. 1901, Nr. 20), który stwierdził nadzwyczajną skuteczność tego środka przy języku łuskowatym (leusoplacia lingualis), w zapaleniu jamy ustnej wrzodliwem, zgorzelinowem, pęcherzykowem i zakaźnem. Miejsca chorobowo zajęte należy jak najczęściej (przynajmniej co godzinę) pendzlować. Działanie jest zadziwiająco szybkie; lek ten posiada pod względem skuteczności niezaprzeczoną wyższość nad wszystkimi środkami, stosowanymi w tych cierpieniach i musi być uważany za swoisty środek leczniczy we wszelkiego rodzaju zapaleniach jamy ustnej. *Dr. T. Ż.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 7 maja 1902 r.

Przewodniczący Kol. Nowak.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto

II. Kol. Ciechanowski demonstruje 1) modyfikacyę sposobu Weigerta barwienia osłonek rdzennych, zastosowaną do barwienia kanalików żółciowych w wątrobach ludzkich; 2) okaz mięsaka miednicy małej, wychodzącego prawdopodobnie z gruczołu krokowego, u chłopca 13-letniego.

III. Kol. Gliński pokrótce omówił i przedstawił: 1) macicę z wielokrotnymi włókniako-mięśniakami z następowem mięsakowem przeobrażeniem niektórych guzów nowotworowych i przebiciem nowotworu w 2 miejscach do jelit; 2) jelita z wielokrotnymi (około kilkuset) naczyniakami w ścianach całego jelita cienkiego; 3) wielokrotne (około 100) uchyłki rzekome (*diverticula spuria*) w dwunastnicy i jelicie cienkiem. (Przypadki te będą ogłoszone w »Przegl. lekarskim«).

W dyskusyi Kol. Ciechanowski zwraca uwagę na analogiczne przypadki (przebicie mięśniaków macicy do jelit), ogłoszone między innymi przez Święcickiego.

Prócz tego zabierali głos: Kol Cercha, Gertler, Gliński,

IV. Kol. Horoszkiewicz przedstawia serce z raną postrzałową, oraz tętnicę główną z tego samego przypadku, której ściana uległa poprzecznemu zupełnemu pęknięciu skutkiem mimostrzału w chwili, gdy pocisk, opuściwszy serce, trafił ścianę zewnętrzną tętnicy w kierunku stycznej.

V. Kol. Kirkor wygłosił odczyt: O zmianach szybkości ruchu krwi w mięśniach prążkowanych podczas ich czynności dowolnej i odruchowej«. (Rzecz drukowana w »Rocznikach Akademii Umiej«).

W dyskusyi zabrał głos Kol. Gertler.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół z posiedzenia zwyczajnego, odbytego w dniu 15. kwietnia 1902 r.

Kol. przewodniczący zawiadamia, że niektórzy członkowie Towarzystwa żądali prywatnie ustalenia terminu posiedzeń i tym sposobem dania członkom możności przygotowania materyału na posiedzenie. Motyw to słuszny, lecz nie wykonalny ze względu na okoliczność, że klinika i oddział szpitalny są głównymi dostawcami chorych na posiedzenia, a i tu w pewnym terminie może zachodzić brak zajmującego materyału. Żąda więc zatrzymania dotychczasowego zwyczaju, na co zgromadzeni się zgadzają.

Po przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia kol. Sokołowski przedstawia pacyenta z *moluscum contagiosum*. Prelegent zaznacza, że mimo najskrupulatniejszego poszukiwania drobnowidowego w wygniecionych masach nie dało się wykryć charakterystycznych ciałek, a przecież co do rozpoznania klinicznego najmniejszych wątpliwości niema. Następnie kol. S. przedstawia drugiego pacyenta z *ulcus traumaticum brachii sinistri*. Wrzód owalny, o brzegach ostro ciętych, powstały po uderzeniu, w zupełności przypomina *ulcus gummosum;* wywiady jednak absolutnie kiły nie wykazują. W dyskusyi zabierali głos kol. Reiss, Zydłowicz i Borzęcki.

Kol Krzyształowicz przedstawia chorego z rozpoznaniem *neurofibromata cutis*. Chory zgłosił się do kliniki z rzeżączką, — przy badaniu zauważono na skórze porozrzucane guziczki wielkości grochu, elastyczne, sino zabarwione, przy dotykaniu których odnosiło się wrażenie, jakby palec zapadał się pod powierzchnię skóry. Z początku rozpoznano tu *haemangiendotheliomata*, względnie *lymphangioma tuberosum multiplex;* badanie jednak drobnowidowe wykazało, że każdy guzek otoczony jest torebką włóknistą i składa się z komórek tkanki łącznej o szczególnych cechach i obfitej ilości bardzo dużych komórek ziarenkowatych. Dalej napotyka się tu tkankę bujającą, wychodzącą z otoczek nerwowych. Na podstawie tych danych możliwem było dopiero powyższe rozpoznanie. Oprócz tego na skórze wykazać można jeszcze sine plamy; — plamy te należą niewątpliwie do obrazu chorobowego, a chory zauważył ich występowanie już w 10 roku życia (obecnie liczy lat 23). Kol. Reiss, omawiając ten przypadek, zalicza go do nader trudnych pod względem rozpoznawczym. Kol. Steuermark zaznacza, że widział podobny przypadek, plam tych jednak tam nie było. Kol. Borzęcki podnosi między innemi miękie i luźne utkanie guzków, prawie niebywałe przy włókniakach (*sensu stricto*).

Kol. Reiss przedstawia chorego z *lichen ruber planus atrophicans pigmentosus*. Cierpienie dotyczy człowieka młodego i sprawia, że skóra tułowia, a zwłaszcza pośladków, przedstawia mozajkę plam ciemnych, nacieklych, wybitnie pobruzdowanych, połysku prawie perłowego i miejsc, niejednokrotnie zupełnie białych, przy bliższem badaniu nie znacznie pogłębionych i atroficznych, przypominających *leucoderma syphiliticum i vitiligo dispersa*. Przy pobieżnem traktowaniu sprawy możnaby tu myśleć o *acantosis nigricans* w okresie początkowym. Leczenie, jak przy liszaju wogóle, więc arsen. Kol. Boczar podaje, że przypadek ten przysłano do kliniki z rozpoznaniem *psoriasis*, na co oczywiście zgodzić się nie można, ponieważ jednak w niektórych obrazach skóry przypomina poniekąd *atrophia cutis idiopatica*, podaje szczegóły rozpoznawania różniczkowego. Kol. Borzęcki, podnosząc nadzwyczajną rzadkość cierpienia, zwraca uwagę na to, że mamy przed sobą już niejako okres zejścia sprawy chorobowej. Kol. Filipkiewicz, zaliczając przypadek do białych kruków, czyni wniosek, aby go kol. Reiss przedstawił w Tow. lekarskiem.

Kol. Borzęcki przedstawia chorą z *lues maculo-papulosa recens* u dziewicy. Szukając za miejscem pierwotnego zakażenia, znalazł na szyi po stronie lewej gruczoły powiększone, niebolesne, a na odnośnym migdałku owrzodzenie, o brzegach równych, nieco wyniosłych, pokryte wypociną połyskującą, migdałek sam obrzękły. Owrzodzenie to uważa za wrzód pierwotny. Następnie przedstawia chorą z *lichen ruber planus* na powłokach brzusznych i na ścianach bocznych klatki piersiowej, a kol. Reiss, jako przeciwstawienie do tego przypadku przedstawia chorą z *lichen syphiliticus* prawie na tych samych miejscach i omawia rozpoznanie różniczkowe.

Następnie zabiera głos kol. Steuermark, który wygłosił odczyt »O leczeniu *acne vulgaris*«, poparty demonstracyami przyrządu Saalfelda z przyrządami do mięsienia Pospiełowa i preparatów leczniczych. W odczycie swym podnosi, że lekarze nie opierają się w leczeniu na podstawach anatomo-patologicznych, lecz używają najrozmaitszych przetworów chemicznych, które nie leczą samego cierpienia, lecz tylko niektóre jego objawy, n. p. hiperkeratozę. Dotychczas uważano czarny punkcik na szczycie zaskórnika *(comedo)* za nagromadzenie się pyłu atmosferycznego na łoju, wypełniającym przewód gruczołowy, wykazano już jednak, że tak nie jest. Zaskórnik składa się prawie wyłącznie z komórek zrogowaciałych przyskórka, a w starych zaskórnikach w manszecie niejako tych komórek znajduje się łój. Zaskórniki są objawem ogólnej hiperkeratozy danego miejsca. Obok komórek zrogowaciałych i łoju znajdują się jeszcze w zaskórniku drobnoustroje, z których jedne stale, inne tylko czasem tam się znajdują. Co się tyczy czarnego punktu, jest on produktem redukcyi keratyny, nie leży na samym wierzchu, ale nieco głębiej i ani zmyć, ani zmydlić się nie daje; pod wpływem środków redukujących jeszcze silniej występuje, a niknie przy użyciu środków utleniających. Na podstawie tych danych anatomicznych radzi w leczeniu unikać środków redukujących, jako dających wręcz przeciwne wyniki, a używać utleniających; aby zaś usunąć hiperkeratozę, podaje dwie drogi: mechaniczną, woda ciepła, para i mydło nadtłuszczone i — chemiczną, do czego służą trzy grupy środków: *a)* keratolityczne, *b)* lepiomatyczne, *c)* antykeratoplastyczne. Przy wągrach pryszczowatych, które stanowią tylko dalszy okres trądziku, leczenie winno być takie same, o ile nie zachodzi konieczność zabiegu chirurgicznego. Wreszcie St. kładzie nacisk na ważność zachowania się dyetetycznego, tak bardzo podnoszoną przez autorów francuskich. Po odczycie wywiązała się dłuższa dyskusya, w której zabierali głos koll. Boczar, Krzyształowicz, Reiss i Borzęcki, który zapytuje prelegenta, czy wyniki takiego leczenia są stałe, na co ten odpowiada, że leczenie to jest symptomatyczne i jak długo istnieje sposobność zakażenia mikrokokami Sabouranda, tak długo trądzik będzie nawracać.

Kol. Boczar przedstawia chorego z *trichophytia animalis*, u którego dla zniszczenia grzyba stosowano sześć razy zalecaną przez kol. Steuermarka metodę nacierania ciastem z *barium sulfuratum*, ale bez najmniejszego skutku, o czem świadczy preparat z wyjętego włosa, który przedstawia całe pasma i gniazda *trichophyton megalosporon*. Kol Steuermark zaznacza, że sześciokrotne nacieranie nie jest w stanie wygubić grzyba; on spostrzegał wyleczenie po kilkunastorazowem nacieraniu. Nadmienia, że różne są fabrykaty *barium sulfuratum*,, różniące się już barwą, a znacznie działaniem. Działać ma właściwie wywiązujący się siarkowodór, lecz Unna twierdzi, że tu działającymi są wielosiarczki, których powstawanie trudno sobie w tym razie wytłómaczyć. Kol. Borzęcki radzi, aby dla lepszego działania gazu miejsca natarte pastą pokryć ceratką. Kol. Steuermark wyjaśnia jednak, że ze względu na znaczne pieczenie, jakie wywołuje przetwór, długo go na skórze zatrzymać nie można, a tem samem bezcelowem byłoby okrywanie ceratką. Wywiązuje się ogólna dyskusya w sprawie działania rozmaitych gazów i pary na torebki włosowe.

Kol. Boczar przedstawia chorego z *dermatitis artefacta faciei*, który ze względów kosmetycznych natarł sobie twarz sokiem z lnianki pospolitej. Kol. Steuermark podaje, że takie zapalenia skóry często się powtarzają w Ameryce, gdzie podrażnienie sokiem z *primula abconica* lub *rus toxicodendron* przydarza się często.

Kol. Reiss przedstawia jeszcze znanego chorego z *sarcomatosis cutis*, u którego jedne guzki się wypłaszczają, inne powstają, ogółem jednak zaznaczyć wypada polepszenie po arsenie.

Kol. Boczar przedstawia chorą z *ulcera gummosa* na obu podudziach i podnosi, że przed rokiem miejsca te dotknięte były przez różę.

Na tem posiedzenie zamknięto. *Dr. Pacyna*, sekretarz.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie budowy schroniska na 500 umysłowo-chorych.

(Uchwała krajowej Rady zdrowia według referatu Dra *Wiktora Opolskiego*, c. k. radcy Rządu).

Sejm naszego kraju dążąc do rozleglejszego zaopiekowania się chorymi na umyśle, ocenił trafnie, że zakład kul-

parkowski z powodu przepełnienia chorymi nieuleczalnymi i z natury choroby na stałe zatrzymanie skazanymi, coraz bardziej zatraca charakter zakładu leczniczego; dlatego też w r. 1900 uchwalił budowę schroniska na 500 umysłowo chorych nieuleczalnych, a spokojnych.

Wydział krajowy przyjął na to schronisko budowę pawilonową o 7 budynkach, które mają stanąć na gruntach, okalających główny zakład kulparkowski.

Oddział mężczyzn, składający się z trzech pawilonów dla chorych, jednego pawilonu robotniczego i domku dla lekarza, zajmie na zachód od głównego zakładu areale oparkanione, na przestrzeni około 2.300 m².

Oddział kobiet, leżący na północ i wschód, składa się z 3 pawilonów. Oddalenie wzajemne poszczególnych pawilonów i ich odległość od zakładu macierzystego jest odpowiednia, wynosi bowiem co najmniej 40 m.; natomiast przestrzeń, dającą się obliczyć z planu sytuacyjnego, uważać musimy ze stanowiska higjeny za niewystarczającą dla ruchu chorych na wolnem powietrzu. Na jednego chorego przypada najwyżej 8 m² niezabudowanej przestrzeni.

Przystępując do oceny pawilonów, zaznaczamy najpierw, że nie całkiem są opiwniczone. Brak jest zabudowanych suteren pod tylnym traktem pawilonów.

Ubikacye zabudowanej części suteren służą do właściwych celów z wyjątkiem jednej, która jest przeznaczona na pomieszkanie dla robotników zajętych w suterenach, a jest wysoka tylko na 3 metry. Nie jest to zarządzeniem higienicznem nawet w tym razie, gdyby grunt podpiwniczny był suchy, przepuszczalny i stale się trzymał nad poziomem najwyższego stanu wody gruntowej.

Ta część pawilonu, która nie jest opiwniczoną, jest osadzona na nasypie ubitej ziemi, wysokim na 1·20 m. Podłoga parteru ma w tem miejscu podkład betonowy, zamiast, coby było higieniczniej, aby pod nią znajdowała się przestrzeń wolna dla krążenia powietrza, o wysokości kilku decymetrów.

Na parterze jest 6 ubikacyj o 34 łóżkach. Kwadratura tych ubikacyj wynosi 210·74 m², więc na jedną osobę przypadnie 6·43 m powierzchni w kwadracie i 26·65 m³ powietrza.

Jakkolwiek liczby te ze stanowiska higjeny są pod względem ilości powietrza nieco za niskie, jednak gdy się zważy, że w salach tych, posiadających poprawne przewietrzanie, przebywać będą przeważnie cieleśnie zdrowi, przytoczone wymiary możemy przyjąć za wystarczające.

Od frontu pawilonu pozostawiono na pobyt dzienny chorych, prawdopodobnie i na salę rozrywkową, jedną dużą ubikacyę o 123·25 m² podłogi i 510 m³ powietrza. Sala ta wychodzi na werandę otwartą i jest u góry oszklona. Boczne ubikacye parteru mieszczą łazienki o 2 wannach, umywalnię i magazyn na czystą bieliznę. Piętro zawiera ubikacye z rozkładem prawie tym samym, co parter i takiem samem przeznaczeniem, tylko że salę położeniem odpowiadającą sali parterowej, przeznaczonej na dzienny pobyt chorych, obrócono na sypialnię dla 19 chorych i że nie projektowano tu łazienki.

Przy takim układzie ubikacyj ma stanąć na piętrze 56 łóżek w 7 pokojach, w których kwadratura podłóg razem wziąwszy wynosi 352·79 m², a kubatura powietrza 1482 m³. Przypada więc na jedną osobę 6·30 m² i 26·45 m³, prawie tyle, co na poziemiu. Oświetlenie sal jest odpowiednie. Wielkość okien wynosi $^1/_6$ powierzchni podłóg. Projektowane przewietrzanie, centralne ogrzewanie pokoi, łazienki, umywalnie, jakoteż cały ustrój dla dostarczania wody ciepłej i zimnej, to wszystko odpowiada wymaganiom higjeny szpitalnej. Wychodki natomiast, wprawdzie dobrze urządzone i zaopatrzone w przyrządy do automatycznego spłókiwania, przytykają na parterze bezpośrednio do sali dziennej, a na piętrze do sali sypialnej i nie są oddzielone żadnem przepierzeniem, ani też korytarzem.

Umiejscowienie łazienek i umywalni jest również niewłaściwe. Dostęp do nich, podobnie jak do wychodków, dla wielu chorych prowadzić będzie przez trzy sale innych chorych.

Na dzienny pobyt przeznaczono dla chorych z całego pawilonu, jak powiedziano, jednę salę na parterze. Otóż w porach, kiedy chorzy nie będą mogli wychodzić na wolne powietrze, miałby przebywać w tej sali o 128 m² podłogi i 550 m³ pojemności, cały kontyngent pawilonu tj. 73, względnie 83 chorych.

Pawilon robotniczy nie ma mieć suteren. Parter pawilonu o trzech ubikacyach przeznaczony jest do robót dla 30 chorych. Na piętrze przeznaczono dla nich pokoje sypialne. Na jednego chorego przypadnie tu około 7·6 m² powierzchni podłogi, a powietrza około 30 m³, na dole i na górze.

Łazienki i wychodki nie łączą się z warsztatami, ani z salami chorych. Przewietrzanie okienne i sztuczne, urządzone jest poprawnie. Okna idą na przestrzał i dają dużo światła. Ogrzewanie odbywać się będzie piecami. Pomyślano tu o kuchence do odgrzewania potraw i o rozbieralni dla chorych. Plany na piekarnię, na rozszerzenie kuchni i pralni, z punktu higienicznego nie nasuwają uwagi do oceny.

Krajowa Rada zdrowia, powołana do dania opinii o planach tej budowy, oświadcza, iż w sprawie budowy tych pawilonów wcale nie zdąża do idealnych wymagań w higienicznem ich urządzeniu, uważa jednak za swój obowiązek wskazać potrzebę, aby przynajmniej najkonieczniejsze wymagania pod względem higienicznego zamieszkania były tu przestrzegane i właściwości stanu chorobowego mieszkańców pod względem rodzaju budowy uwzględnione.

Krajowa Rada zdrowia tem bardziej nie wymaga nic więcej nadto, co jest koniecznem, że doświadczenie psychiatryczne poucza, że przemyślne, postępowe, a przytem kosztowne urządzenia techniczne nie we wszystkiem mogą zapobiedz przeróżnym objawom choroby umysłowej. Rada zdrowia sądzi jednak, że jakkolwiek tu idzie tylko o schronisko dla jednostek, straconych dla społeczeństwa, powinnością kraju jest, przy największej prostocie w budowie i skromności w urządzeniach wewnętrznych starać się o to, aby los tych nieszczęśliwych uczynić znośnym. Niestety skromnym tym wymaganiom plany budowy pawilonów nie odpowiadają.

Budowa schronisk dla obłąkanych nie powinna swoim rodzajem ograniczać tych nieszczęśliwych w swobodzie ruchów wewnątrz zakładu; przeciwnie, powinna przedewszystkiem przyczynić się do stworzenia chorym warunków znośnego życia zakładowego. Tymczasem ze względów oszczędnościowych wypełniono plany pawilonów prawie tylko samemi ubikacyami mieszkalnemi, skupiając je razem, a uchylono inne, a konieczne przestrzenie, które są także potrzebne i tam, gdzie idzie o sprawy zdrowotne choćby tylko samych nieuleczalnych.

Wszakże pod tą nazwą nie należy mieć na oku samych tylko kalek umysłowych. W schroniskach znajdują się nietylko matołki, nietylko dotknięci niedołęztwem z zupełną zatratą świadomości i samowiedzy, ale znajdą się i chorzy, cierpiący na obłąkanie ogólne, na pomięszanie pierwotne, na zniedołężnienie wynikłe z innych postaci chorobowych; chorzy na obłąkanie, powikłane z porażeniem postępowem, z padaczką, histeryą i t. d. Znaczna część tych chorych w błyskach oprzytomnienia zdoła zrozumieć swoje smutne położenie i potrafi boleśnie odczuć przykre wrażenia.

Krajowa Rada zdrowia nie zapoznaje, że pawilonowa budowa schroniska, prowadzona z myślą psychiatryczną i według zasad higieny szpitalnej jest kosztowna, a jednak Rada nie może cofnąć żądania, aby konstrukcya pawilonów i rozkładem ubikacyj budowa dostosowaną była do istotnych potrzeb chorych i do rodzaju ich schorzeń. Wymaga tego wzgląd na utrzymanie odpowiedniego dozoru i odpowiedniej segregacyi chorych.

Jeżeliby więc sprawa kosztów miała być rozstrzygającą w tej mierze, to z uwagi, że budowa i konserwacya jednego budynku na pewną liczbę chorych, zamiast kilku budynków dla tej samej liczby, jest mniej kosztowną, co jest jasnem i nie wymaga poparcia cyframi, — może byłoby w danym razie odpowiedniej zamiast sześciu budynków, każdy dla 78 chorych, postawić cztery większe, każdy dla 117 chorych, aby tylko osiągnąć taki podział ubikacyj i takie urządzenia, któreby odpowiadały słusznym uwzględnieniom dogodności chorych, ich zdrowia fizycznego, ich użyteczności roboczej.

Opuszczając teraz założenie, powzięte przez Wydział krajowy, Rada zdrowia w dalszem przedłożeniu pragnie zasadę rozdzielania chorych uleczalnych od chorych nieuleczalnych, zasadę odpowiadającą prawidłom nauki o leczeniu umysłowo-chorych, rozwinąć w kierunku odmiennym od postanowienia Wydziału krajowego.

Otóż wychodząc w ocenie niniejszej sprawy z dwóch poniekąd zasadniczych punktów, mianowicie, że zakład kulparkowski postawiono w swoim czasie według modły dawnych zakładów zamkniętych, które nie uwzględniały symptomatologii stanów chorobowych, stopnia i okresu tych stanów i wynikającej ztąd potrzeby topograficznego kategoryzowania chorych, jakoteż, że panujący w obecnej dobie pogląd na postępowanie psychiatryczne w pierwszym rzędzie uwzględnia grupę umysłowo-chorych, która z pewnem prawdopodobieństwem daje widoki uzdrowienia trwałego, względnie czasowego, wypowiada krajowa Rada zdrowia zdanie, że pawilony przez Sejm krajowy uchwalone na rozszerzenie zakładu kulparkowskiego, należy przeznaczyć dla umysłowo chorych uleczalnych.

Zdanie to wypowiada Rada zdrowia w przeświadczeniu, że krajowi źleby się przysłużyła i zapoznałaby najlepsze intencye Wydziału krajowego i Sejmu, gdyby nie wskazała, że przy zamierzonem spełnieniu tej ważnej myśli społecznej tkwi w jej wykonaniu wada zasadnicza.

Krajowa Rada zdrowia mniema, że kraj zyska instytucyę, bardziej zbliżoną do wysokości zadań psychiatrycznych, wskazanych doświadczeniem i nauką, jeżeli się użyczy preferencyę ratunkową tym chorym, których jeszcze nie można uważać za straconych dla społeczeństwa. Przeznaczając więc pawilony dla 500 chorych uleczalnych, a główny budynek zakładu kulparkowskiego dla jakich 700—800 nieuleczalnych, Wydział krajowy osiągnie to, co zamierzał, zadanie zaś względem nauki i względem chorych spełni poprawnie.

Idąc za swoją myślą, krajowa Rada zdrowia mniema, iż winna dać rzut poglądowy z jednej strony na nowoczesne wymagania psychiatryczne, opierające się na doświadczeniu z rozmaitymi systemami budowania domów dla obłąkanych, a z drugiej na to, co w tym względzie daje zakład kulparkowski, zrazu przeznaczony na instytucyę leczniczą. Zadaniem psychiatry nie jest leczyć chorobę umysłową, jeno leczyć chorego na umyśle, a zatem *mutatis mutandis* postępować z nim kuracyjnie nie inaczej, jak z chorym cieleśnie. Obłąkany nie posiada świadomości swojego stanu chorobowego, nie potrafi ocenić pożytku dla siebie z pobytu w zakładzie; nie pojmuje, iż z natury schorzenia swojego musiał postradać prawo stanowienia o sobie; to też urażonym czuje się w swej godności, doznaje obrazy, widząc się za murami i kratami, sądzi, że jest traktowany na równi z tymi, którzy wchodzą w kolizyę z prawem karnem. Łatwo zrozumieć, że podobne rozmyślania w umyśle zmąconym, częstokroć przeczulonym i chorobowo wrażliwym na wpływy zewnętrzne stanowią wielkie utrudnienie w leczeniu. Nadto ciągła jednostajność życia w zakładzie zamkniętym działa przygnębiająco na ich umysł, pozbawiony mocy spokojnego odporu i pogodnego godzenia się z tem, co znieść musi. Takich chorych jest w zakładach zamkniętych liczba największa. Oni to tworzą ów kłopotliwy kontyngent wiecznie niezadowolonych, drażliwych, skłonnych do gwałtów, przemyśliwających o ucieczce. Należą tu także chorzy tacy, których drażni przymusowy pobyt z chorymi niespokojnymi, lub nieprzyjemnymi z innego powodu. Oni również nadwerężają rygor domowy, jaki w zakładzie zamkniętym jest konieczny. Pośród licznej rzeszy, obcej dla wielu z nich stanowiskiem towarzyskiem, stopniem wykształcenia, łatwiej się rozdrażniają w swoich obłędnych myślach, skorzej stawią opór zarządzeniom lekarskim, są sposobniejsi do kłótliwości i działań gwałtownych.

Z tej też przyczyny wielu z tych nieszczęśliwych przybywszy do zakładu z chorobą ostrą, świeżo wybuchłą, a zatem przy korzystnych warunkach leczenia, rokujących trwałe wyzdrowienie lub też znaczną poprawę stanu chorobowego, prędzej czy później popada w stan umysłowego zwyrodnienia. To też dawno już szukano za owymi korzystniejszymi warunkami w odmiennych systemach budowy zakładów.

(Ciąg dalszy nast.).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 29 maja.

XII Zjazd chirurgów polskich odbędzie się w Krakowie dnia 14 i 15 lipca r. b. Zgłoszono następujące wykłady:

1. Prof. Kostanecki: Descensus testiculorum.
2. Dr. Bogdanik: O urazowem pęknięciu kiszki.
3. Doc. Dr. A. Sołowij: W sprawie operacyjnego leczenia raka macicy.
4. Prof. L. Rydygier: O wypiłowaniu szczęki górnej.
5. Tenże: Przyczynki do chorób dróg moczowych (z demonstracyą preparatów).
6. Tenże: Truskawiec w cierpieniach dróg moczowych.
7. Dr. Slęk: O nowotworach na kończynach.
8. Tenże: O operowaniu krwawnic (hemoroidów) sposobem Whitehead-Esmarcha.
9. Dr. Ruff: Osteoma orbitae (z demonstracyą preparatu.
10. Dr. Zalewski: Zmiany w górnych drogach oddechowych u głuchoniemych w młodym wieku na podstawie badań w instytucie lwowskim.
11. Dr. Ant. Rydygier: Kryoskopia moczu po narkozie chloroformowej.
12. Tenże: O wynikach późniejszych po operowaniu wodniaka moszon sposobem Winkelmanna.
13. Dr. Jasiński: O torbielach trzustki.
14. Tenże: O skórzakach w okolicy krzyżowej.

L. Rydygier, przewodniczący Zjazdów chir. pol.

* Wyborcy m. Krakowa powołali do nowej Rady miejskiej 8 lekarzy (Bujwid, Cybulski, Domański, Jordan, Lustgarten, Pareński, Ponikło i Trzebicky). W ustępującej Radzie miejskiej zasiadało 7 lekarzy zwiększona obecnie o jednego liczba lekarzy radnych jest mniej więcej w stosunku do pomnożenia mandatów radzieckich z 60 na 72.

* Lekarze powiatu bocheńskiego wystosowali do redakcyi »Przeglądu lekarsk.« list otwarty, w którym oświadczają, że nie podejmą się w roku bieżącym szczepienia ochronnego przeciw ospie, jeśli rozporządzenie c. k. namiestnictwa z dnia 21 stycznia b. r., zarządzające szczepienie aseptyczne przy pozostawieniu stopy dotychczasowego wynagrodzenia za szczepienie, nie zostanie do końca m. maja cofnięte lub odpowiednio zmienione. Koledzy powiatu bocheńskiego poddają krytyce szczegóły zarządzonej metody szczepienia aseptycznego, chociaż zasadniczo jej się nie sprzeciwiają, a jednocześnie wykazują zbyt małe, prawie krzywdzące wynagrodzenie przy zwiększonej pracy.

Podpisani: *Oświecimski, Kowalski, Schmidt, Nodzyński, Zakaszewski, Gąsiorek i Majewski.*

* Ministeryum spraw wewnętrznych zarządziło wypoczynek niedzielny dla aptekarzy, mianowicie, w miejscowościach o jednej aptece będzie mógł aptekarz bezkarnie wydalić się z apteki, byle pozostawił rozgarniętego służącego, któryby odbierał recepty, a w razie nagłej potrzeby szybko się zniósł z aptekarzem. W miejscowościach o kilku aptekach jedna lub druga apteka może być kolejno zamkniętą, lecz na drzwiach ma się uwidocznić, gdzie z receptą należy się udać po lekarstwo.

* W Halli na kongresie anatomów zastanawiano się nad sprawą studyów lekarskich dla kobiet; wypowiedziane zdania brzmiały mnie

pomyślnie. Wogóle przeważało zdanie, że dla nauki medycyny kobiety powinne mieć zakłady oddzielne, nawet wbrew ich woli.

* Gorzkie owoce zbiera Anglia wskutek uchwały parlamentu przeciw obowiązkowemu szczepieniu: w Londynie ospa nie wygasa od kilku już miesięcy i wybiera ciężki haracz. Podczas debaty w Izbie o szczepieniu oświadczył lord Newton, że od trzech lat, t. j. od czasu powzięcia osławionej uchwały, 100.000 dzieci w Londynie nie zostało zaszczepionych, zatem nie prędko zabraknie żeru dla obecnie grasującej tam epidemii.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XIX (4—10—V). Ludność średnia roczna 94.057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 13, urodziło się dzieci 79, zmarło osób 56, mianowicie: na gruźlicę 12 (4 zam.), na zapalenie płuc 9 (2 zam,), na błonicę i dławiec 5 (3 zam.), na płonicę 3 (1 zam.), na cholerę dziecięcą 4 (1 zam.).

* Między 7 a 13 maja doniesiono władzy o 1-nym przypadku ospy w pow. gorlickim. W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach galicyjskich: bohorodczańskim (1 gmina), brodzkim (2 gm.), buczackim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), kałuskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), kołomyjskim (1 gm.), mościskim (1 gm.)., myślenickim (1 gm.), nadworniańskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), rudeckim (1 gm), samborskim (1 gm), tłumackim (1 gm.), żółkiewskim (1 gm).

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było w Galicyi 61, w tygodniu poprzedzającym 85.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Massen i Dr. Michajłow mianowani profesorami w Odesie: pierwszy ginekologii, drugi specyalnej patologii i terapii.

Nekrologia. Prof. Kezmarsky, ginekolog, zmarł w Budapeszcie. Dr. Secretan, prof. wewnętrznej medycyny, zmarł w Lozanie. Dr. Skrzeczka, b. prof. sądowej medycyny, zmarł w Berlinie w 70 roku życia.

Bibliografia:

— *Pamiętnik Towarzystwa lekar. warszawskiego T. XCVIII.* Marischler: O wpływie chlorku sodowego na wydzielanie chorych nerek. Kijewski: O wycinaniu płuc. Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce. Surzycki: O środkach nasercowych na podstawie własnych i obcych doświadczeń (c. d.).

Przegląd higieniczny Nr. 5. Legeżyński: Obecne systemy usuwania śmieci z miast. Gorecki: Nowa rzeźnia miejska we Lwowie.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 4. Dzierżawski: Zapalenie dziąseł i ich leczenie.

— *Medycyna* Nr. 21. Wąsowicz: O leczeniu przewlekłych chorób serca w Krynicy. Moraczewski: O wydzielaniu kwasu szczawiowego, indykanu i siarczanu związanych w cukrzycy pod wpływem żywienia (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 21. Zanietowski: Badania neuramöbimetyczne i kondensatoryczne w myastenii, myotonii i tetanii. Mutniański: Ferrum oxydulatum in statu nascendi.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 21. Kukula: O nově metodě nephropexe. (dok.). Kopfstein: Operace při chorobách orgánů močových, provedené v letech 1897 až 1901 ve veřejné všeobecné nemocnici cis. Frant. Jos. I ve Mladé Boleslavi (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 41. Thoyer Rosat: Położnictwo i moralność chrześciańska. Fiquet: Dna i jej leczenie środkami utleniającymi.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 21. Litten: O zapaleniu wsierdzia. Prochaska: O posocznicy pneumokokowej. Stiller: Przyczynek do nauki o opadnięciu trzew i o objawie żebrowym tego cierpienia. Munter: Wodoleczenie w wiądzie rdzenia. Eulenburg: Uwagi nad poprzedzającym artykułem Muntera.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 20. Hirschberg: Nowa operacya rogówki stożkowatej. Bial: O zastosowaniu praw fizyczno-chemicznych w patologii żołądka. Runge: O wyniku zastosowania metody Credégo u noworodków. Michaelis: O zmianach zwyrodnienia pneumokoków w wypocinie opłucnowej. Preusich i Schütz: Zakaźność zanieczyszczeń paznogci u dzieci ze względu na gruźlicę.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 20. Brauer: O hemoglobinuryi podczas ciąży. Siefert: O wielorakiem zrakowaceniu ośrodkowego układu nerwowego. Jesionek: Zmiany budowlane w oddziale żeńskim chorób płciowych szpitala miejskiego w Monachium. Przyczynek do badania sprawy prostytucyi. Kamann: Przyczynek kazuistyczny do sprawy drgawek. Schultes: Leczenie choroby Basedowa antytyreoidyną. Goebel: Leczenie choroby Basedowa surowicą. Gossner: Ostra postać porażenia Landryego. Manasse: Dwa przypadki wyosobnionego gośćcowego zapalenia stawu szczękowego. Brecke: O zakładach dla niezamożnych chorych na płuca. Tomaszczewski: Wrzód dziurawiący stopy, ze szczególnem uwzględnieniem jego etyologii. (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 21. Hartmann: Wągrowatość mózgu rozpoznana za pomocą nakłócia lędźwiowego. Gawala: Przyczynek do anatomii patologicznej i parazytologii zimnicy durowej *(Typhomalaria)*. Mitscha: Wynik leczenia surowiczego błonicy w okręgu Melk, podczas pięciu lat ostatnich.

Redakcya otrzymała. W. Jaworski: Ueber rationelle Zusammensetzung und therapeutische Verwendung der Mineral-Heilwässer und Heilbäder für Sommercuren. Biały: Ueber die Luxation des os lunatum. Strauss: Pathogenese und Therapie der Gicht im Lichte der neueren Forschungen.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 4 czerwca, o godzinie 6-tej wieczorem, *w klinice chirurgicznej* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Kader omówi: 1) Przyczynek do kamicy żółciowej. 2) Przypadek raka na głowie z porażeniem połowiczem. Poczem nastąpią demonstracye: 1) Z dziedziny chirurgii nerek i zapalenia wyrostka robaczkowego i 2) demonstracya Oddziału ortopedycznego.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 7 Czerwca 1902. Nr. 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O cytotoksynach.

Wykład

Prof. K. Kleckiego

na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 11 grudnia 1901 r.

Jest rzeczą w nauce powszechnie znaną, że zastosowanie w jakiejś gałęzi wiedzy metod badania, wyrobionych i używanych w innej, pokrewnej gałęzi, prowadzi częstokroć do wyników zupełnie nieoczekiwanych, a niekiedy bardzo ważnych. Zwłaszcza w naukach biologicznych, przy badaniu elementarnych spraw życiowych, zapomocą takich zapożyczanych metod wykazywano już nieraz wspólność pewnych cech i funkcyi u tworów pozornie bardzo różnych, a przez to rozszerzano i pogłębiano wiadomości, jakie o elementach życia posiadamy.

Takiemu szczęśliwemu wprowadzeniu metod badania, stosowanych do niedawna prawie wyłącznie w bakteryologii, do niektórych takich dziedzin fizyologii i patologii, w jakich sprawy bakteryjne zupełnie w grę nie wchodzą, zawdzięczamy poznanie szeregu nowych ciał, niezmiernie interesujących ze stanowiska teoretycznego, a sprowadzających w ustroju wyższym wystąpienie pewnych właściwości, które dzisiaj zaczynają już mieć znaczenie dla medycyny praktycznej.

Ciała te — są to jady komórkowe, czyli, jak je nazwał Miecznikow, cytotoksyny.

Jakkolwiek pierwsza publikacya w tym przedmiocie ukazała się zaledwie przed trzema laty, posiadamy już dzisiaj niezmiernie wiele badań nad cytotoksynami. Okoliczność ta tłómaczy się raz powszechnem niemal zainteresowaniem, jakie wzbudził ten najnowszy kierunek, czy też, według określenia niektórych badaczów, ta najmłodsza gałęź biologii, powtóre zaś przez to, że badania nad cytotoksynami są ściśle związane z wielu ważnemi zagadnieniami z dziedziny spraw zakaźnych, dotyczącemi odporności, aglutynacyi mikrobów, powstawania swoistych strątów i in., a związek ten jest tak ścisły, zachodzące tu analogie tak wybitne, że badania nad cytotoksynami wyjaśniają zarazem wiele faktów z dziedziny patologii zakażeń i mikrobiologii.

Atoli ze względu na czas, jakim rozporządzam w niniejszym wykładzie, ażeby módz przedstawić całokształt badań nad cytotoksynami, nie mogę wchodzić w szczegółowe rzeczonych spraw omawianie, ani też w dokładny rozbiór sprzecznych niekiedy poglądów na niektóre zjawiska, o których będzie mowa; nie mogę również wchodzić w szczegóły związanych z cytotoksynami spraw odporności, aglutynacyi i t. d. W wykładzie tym ograniczę się do przedstawienia w zarysie ogólnych wyników badań nad cytotoksynami, oraz sprawami pokrewnemi; podniosę dalej te wyniki, które czy to w medycynie, czy w innych naukach już praktyczne znalazły zastosowanie; w końcu pozwolę sobie zastanowić się nad tem, czego możemy w przyszłości oczekiwać po tych badaniach i jakie dla medycyny one mieć mogą znaczenie.

* * *

Z badań fizyologicznych nad przetaczaniem krwi wiadomo, że krew, wprowadzana do układu naczyniowego ustroju innego gatunku, ginie: jej ciałka czerwone w tem obcem środowisku rozpuszczają się; przytem rozpuszcza ona nawzajem ciałka czerwone ustroju, do którego ją wprowadzono. Wiadomo również, że surowica krwi działa na ciałka czerwone obcego gatunku w zupełnie podobny sposób.

W doświadczeniach bakteryologicznych całego szeregu badaczów z Grohmannem na czele (v. Fodor, Nuttal, Nissen, Behring i in.) stwierdzono już przed kilkunastu laty, że wiele mikrobów, nawet chorobotwórczych, po wprowadzeniu nawet w stosunkowo znacznej ilości do krwi wziętej ze zwierząt zdrowych, a względnie do surowicy krwi takich zwierząt, zwykle już po upływie krókiego czasu w niej ginie.

W kilka lat potem Buchner przy pomocy swoich współpracowników stwierdził, że zjawisko analogiczne zachodzi i we krwiobiegu ustroju żywego, a nadto wykazał, że ową własność bakteryobójczą krwi prawidłowej, występującą w jej surowicy w stopniu silniejszym jak we krwi całkowitej, sprowadza obecność we krwi, a względnie w surowicy, ciała białkowatego, które nazwał aleksyną. Według tłómaczenia Buchnera w aleksynie istota białkowata jest w „stanie czynnym“, a działa ona podobnie jak fermenty.

Szczegółowe, a w skutkach swych doniosłe badania nad rozpuszczaniem się ciałek czerwonych krwi, czyli hemolizą we krwi, a względnie surowicy różnogatunkowej, zainicyowane przed trzema laty przez Bordeta, wykazały, że i tutaj czynnikiem działającym szkodliwie na ciałka czerwone jest również aleksyna*).

Podobnie jak jedna i ta sama surowica prawidłowa działa szkodliwie (w różnym czasie i w różnym stopniu) na rozmaite gatunki mikrobów, tak samo jedna i ta sama surowica rozpuszcza (z rozmaitą siłą) ciałka czerwone różnych gatunków zwierząt.

Aleksyny surowic prawidłowych nie działają przeto swoiście ani na mikroby, ani też na ciałka czerwone krwi różnogatunkowej.

* Ehrlich, nie zgadzający się w różnych szczegółach, dotyczących hemolizy, z zapatrywaniami Bordeta, określa aleksynę Buchnera — Bordeta jako ciało uzupełniające, dodatkowe: »komplement« wzgl. »addyment«. Miecznikow nazywa ją »cytazą«.

Co się tyczy pochodzenia aleksyn, to dzisiaj jest rzeczą prawie powszechnie uznaną, że źródłem ich są ciałka białe krwi; zapatrywania rozchodzą się jedynie w tym względzie, że jedni (Buchner) uważają aleksynę za wydzielinę leukocytów żyjących, inni zaś (Miecznikow) za ciała uchodzące z ciałek białych dopiero przy ich obumieraniu (łagolizie), a co najmniej przy znacznem ich uszkodzeniu. Nadto z badań Wassermanna, Sawczenki, Ehrlicha i Morgenrotha wynika, że ciałka białe nie są jedynem źródłem, z którego aleksyny pochodzą.

Sposób, w jaki aleksyny działają czy to na mikroby, czy to na ciałka czerwone, nie jest jeszcze jasny. Według Buchnera, Miecznikowa i in. ciała te działają na wzór fermentów. Przeciwko takiemu zapatrywaniu podnosi jednak Nolf tę okoliczność, że przy hemolizie nie występują takie produkty, jakie musiałyby powstać, gdyby sprawa polegała na fermentacyi; zdaniem Nolfa mamy tu do czynienia tylko z fizycznem niejako oddzieleniem hemoglobiny od szkieletu ciałka czerwonego. Doświadczenia Bordeta wskazują, że aleksyny nie działają na ciałka czerwone chemicznie, a tylko impregnują je tak, jak niektóre barwiki impregnują tkaniny. Według Nolfa przy tej impregnacyi aleksyna, wnikając do ciałka czerwonego, imbibuje jego ścianę, a przez to zwiększa się przepuszczalność szkieletu ciałka dla wody; wskutek tych zmian hemoglobina wchodzi do substancyi napęczniałej ściany ciałka, a ztąd uchodzi do jego otoczenia i w ten sposób ciałko czerwone rozpuszcza się.

Jeżeli do ustroju prawidłowego wprowadzać w pewnych odstępach czasu mikroby chorobowe, przyczem dawki mikrobów z biegiem czasu zazwyczaj się potęguje, w szczepionym ustroju występuje odporność na dane zarazki, a w szeregu przypadków surowica zwierząt w rzeczony sposób uodpornionych nabiera wybitnych własności bakteryobójczych. Działanie bakteryobójcze takiej surowicy jest znacznie silniejsze, niż działanie surowicy prawidłowej tegoż zwierzęcia, a przytem staje się ono swoistem i to często w bardzo wysokim stopniu.

Jak to pierwszy wykazał Pfeiffer w doświadczeniach nad przecinkowcem cholery, w ustroju zwierzęcia, uodpornionego na rozmaite zarazki, dane mikroby po wprowadzeniu do jamy brzusznej okazują różne zmiany wsteczne (Radziewski), jeżeli są obdarzone ruchami, tracą swe ruchy i obumierają, często rozpadając się przytem na ziarenka (t. zw. zjawisko Pfeiffera); z badań Miecznikowa okazało się, że zachodzi to nie tylko w ustroju zwierząt uodpornionych, jak to twierdził Pfeiffer, ale i po za ustrojem, *in vitro*, pod wpływem surowicy zwierzęcia uodpornionego na dane mikroby. Zjawisko to, polegające na rozpuszczeniu, a raczej zniszczeniu zarazków, nazywamy bakteryolizą.

W ostatnich czasach Bordet w instytucie Pasteura, po nim zaś Ehrlich i Morgenroth, v. Dungern i cały szereg innych badaczów wykazali, że zupełnie analogiczne zjawiska występują po uodpornieniu zwierzęcia sposobem zapożyczonym z bakteryologii na ciałka czerwone krwi innego gatunku zwierzęcego. I tutaj w surowicy zwierzęcia szczepionego występują własności ciałkobójcze, analogiczne z własnościami bakteryobójczemi, sprowadzające rozpuszczenie się, czyli hemolizę ciałek czerwonych tego gatunku, którego krwią zwierzę szczepiono, w znacznie silniejszym stopniu, niż w surowicy prawidłowej danego zwierzęcia, a przytem owo silne działanie ciałkobójcze surowicy nabiera cech swoistości. Wobec tego zrozumiałą jest rzeczą, że surowica zwierząt szczepionych krwią różnogatunkową jest niezmiernie jadowitą dla zwierząt tego gatunku, których krwią szczepiono.

Podobnie jak u zwierząt szczepionych zarazkami, tak samo i po szczepieniu krwią różnogatunkową swoistość działania surowicy nie zawsze jest bezwzględną. Zwłaszcza u zwierząt szczepionych krwią występują niekiedy własności ciałkobójcze nietylko względem ciałek tego gatunku zwierzęcia, którego ciałkami szczepiono, ale i względem ciałek zwierząt gatunków pokrewnych; n. p. surowica świnki morskiej, szczepionej krwią królika, okazuje obok wybitnych własności ciałkobójczych względem ciałek czerwonych królika, działanie ciałkobójcze, choć w słabym stopniu, na ciałka szczura i myszy. W każdym jednak razie swoistość działania surowicy zwierząt szczepionych jest zawsze i to dosyć silnie zaznaczona.

Przy badaniu takich surowic swoistych, zarówno bakteryobójczych, jako też i ciałkobójczych okazało się, że spotęgowanie się rzeczonych własności, oraz swoistość działania surowicy ustrojów szczepionych, polega na tem, że pod wpływem szczepienia powstaje w ustroju i występuje we krwi obok aleksyny różne od niej ciało nowe, cechujące się wybitną swoistością. Ciało to, podobnie jak aleksynę, różni autorzy oznaczają rozmaitemi nazwami: Ehrlich, Pfeiffer i in. nazywają je ciałem odporności *(Immunkörper)*, albo amboreceptorem, inni badacze istotą ochronną, London nazywa je desmonem, Miecznikow istotą wiążącą, osadzającą (*fixateur*) i t. d.; najlepszą wydaje mi się nazwa nadana ciału, o którem mowa, przez Bordeta, badacza, któremu zawdzięczamy wykrycie bardzo wielu faktów z dziedziny cytotoksyn: Bordet nazwał rzeczone ciało istotą uczulającą *(substance sensibilisatrice)*. Jak to powyższa nazwa wskazuje, istota ta sama przez się ani bakteryobójczą, ani ciałkobójczą nie jest; dopiero przy współdziałaniu aleksyny, zawartej w każdej surowicy, nawet prawidłowej, sprowadza ona wybitne i swoiste działanie bakteryobójcze, a względnie ciałkobójcze surowicy; innemi słowy, w ustroju zwierzęcia szczepionego krwią różnogatunkową powstaje swoista istota uczulająca, która w połączeniu z aleksyną stanowi dla zwierzęcia, którego krwią szczepiono, swoistą hemotoksynę czyli hemolizynę.

Według tłómaczenia Bordeta swoista istota uczulająca działa na odpowiednie bakterye, a względnie ciałka czerwone w podobny sposób, jak przy barwieniu działa bajca: osadzając się na ciałkach czerwonych i impregnując je, istota uczulająca zwiększa ich współczynnik pochłaniania aleksyny, oraz potęguje ich wrażliwość na działanie aleksyny. Ponieważ w surowicach swoistych (zwierząt uodpornionych przez szczepienie) ilość aleksyny nie jest o wiele większą, jak w surowicy prawidłowej, swoistość oraz silne działanie tych surowic zależy jedynie od zawartej w nich istoty uczulającej.

Ehrlich, który w szeregu prac, wykonanych wspólnie z Morgenrothem, rozszerza w ostatnich czasach swoją teoryę odporności, t. z. teoryę łańcuchów bocznych *(Seitenkettentheorie)*, zbudowaną pierwotnie dla wytłomaczenia odporności antytoksycznej, na całą dziedzinę odporności,

a zarazem na powstawanie w ustroju cytotoksyn, uważa, że rola istoty uczulającej polega głównie na tem, że łącząc się z aleksyną, sprowadza jej zetknięcie z komórką, na którą aleksyna ma zadziałać. Według Ehrlicha bowiem każda drobina istoty uczulającej ma dwie grupy (haptoforów), z których jedna okazuje silne powinowactwo do odpowiednich komórek (mikrobów, ciałek czerwonych krwi), druga zaś powinowactwo słabsze do aleksyny, czyli „addymentu" według terminologii Ehrlicha. „Addyment" zaś ma również dwie grupy, z których jedna (haptofor) łączy się z odpowiednią grupą istoty uczulającej, druga zaś, grupa zymotoksyczna, wywiera na daną komórkę właściwe działanie szkodliwe. W ten sposób przy hemolizie za pośrednictwem istoty uczulającej aleksyna rozpuszcza ciałka czerwone.

Że swoista istota uczulająca powstaje w ustroju jako odczyn na szczepienie danymi tworami, nie ulega żadnej wątpliwości; bliższych jednak szczegółów, dotyczących jej pochodzenia, dotychczas jeszcze nie znamy. Według Miecznikowa istotę uczulającą hemolityczną, którą podobnie jak i aleksynę uważa za ferment, wytwarzają makrofagi (tj. fagocyty, mające własność pochłaniania i trawienia komórek ustrojów wyższych, np. ciałek czerwonych krwi), które ją wydalają pod koniec trawienia śródkomórkowego. Badania Pfeiffera i Marxa wskazują, że swoista istota uczulająca przecinkowce cholery na działanie aleksyny wytwarza się w śledzionie, szpiku, gruczołach krezkowych, a może i w płucach; do podobnego wniosku doszedł Wassermann w analogicznych badaniach nad prątkiem duru.

Jest rzeczą stwierdzoną również z wszelką pewnością, że do właściwego działania surowic swoistych (zwierząt uodpornionych) koniecznem jest współdziałanie obydwu istot, o których powyżej była mowa, oraz że czynnikiem, który ostatecznie wywiera właściwe działanie szkodliwe na dane twory, jest tu ta sama aleksyna, która znajduje się w surowicy prawidłowej. Przekonywa nas o tem następujące bardzo proste doświadczenie, oparte na różnej wrażliwości aleksyny a istoty uczulającej na działanie wyższej ciepłoty: aleksyna, wrażliwsza, przez ogrzanie do 55% w ciągu $^1/_2$ do 1 godziny zostaje zniszczoną (podobnie jak przy przechowywaniu w ciągu dłuższego czasu płynu zawierającego aleksynę), na istotę uczulającą zaś takie ogrzanie żadnego wpływu nie wywiera. Jeżeli silnie działającą, swoistą surowicę bakteryobójczą lub ciałkobójczą ogrzewać do 55° przez $^1/_2$—1 godziny, traci ona w zupełności swe działanie (przez zniszczenie aleksyny). Wystarcza jednak do takiej ogrzanej surowicy swoistej dodać odrobinę surowicy zwierzęcia prawidłowego, nie ogrzanej (zawierającej aleksynę), a pierwotne działanie surowicy swoistej powraca w całej pełni. Przytem do surowicy swoistej ogrzanej możemy dodawać surowicę prawidłową niekoniecznie tego samego gatunku zwierzęcia, które dostarczyło surowicy swoistej; i surowica innych zwierząt reaktywuje, choć słabiej niż surowica jednogatunkowa, ogrzaną surowicę swoistą; w doświadczeniu tem działa jednak najlepiej surowica jednogatunkowa dlatego, że, jak to tłómaczy Nolf, białka, pochodzące z tego samego gatunku surowicy, mają do siebie powinowactwo większe jak białka, pochodzące z różnych gatunków zwierząt.

(C. d. n.).

II. Z oddziału chorób wewnętrznych prof. Dra Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

O działaniu płynnego wyciągu kaktusa wielkolistnego.

Podał

Dr. Tadeusz Żeleński.

Nie ulega wątpliwości, że pod względem pewności i siły działania liście naparstnicy posiadają bezwarunkową wyższość nad wszystkimi innymi lekami, używanymi w chorobach narządu krążenia. Mimo to nie zawsze możemy uciekać się do tego cennego środka, bądź to dlatego, że ustrój chorego niekiedy go nie znosi i oddziaływa natychmiast utratą łaknienia, nudnościami i wymiotami, bądź też dla rzeczywistych przeciwwskazań, wynikających z samej istoty choroby. Najważniejsze przeciwwskazania dla podawania liści naparstnicy stanowią: 1) zwyrodnienie tłuszczowe lub bliznowate mięśnia sercowego; 2) zbytnie obniżenie częstości samych skurczów serca (nie zaś częstości tętna: gdyż niejednokrotnie w daleko posuniętych zaburzeniach czynności serca tętno może być pozornie zwolnione pomimo przyspieszenia czynności serca z powodu t. zw. *faux pas*, czyli czczych skurczów serca); dalej — 3) zmiany miażdżycowe i wreszcie, — jakkolwiek sprawa ta w ostatnich latach stała się znowu przedmiotem sporów — 4) wady zastawkowe aorty. We wszystkich tych przypadkach musimy szukać innych środków leczniczych; również tam, gdzie naparstnicę z dobrym skutkiem przepisujemy, zmuszeni jesteśmy użyciem innych leków wypełniać konieczne przerwy, jakie w podawaniu naparstnicy czynić należy. Przetworów, używanych w tych przypadkach jest dość dużo, żaden jednak nie odpowiada w zupełności swemu celowi. Najczęściej używany *strophantus*, zalecany dla szybkiego skutku (już w przeciągu 24 godzin) i dla braku zbiorowego działania, jest dla chorych z powodu wstrętnego smaku bardzo przykry i sprowadza często zaburzenia w trawieniu, nudności, wymioty i rozwolnienie. Oprócz tego działa szkodliwie na nerki i wywołuje niekiedy białkomocz, wskutek czego nie może być użyty przy równoczesnem cierpieniu nerkowem. Inne środki używane w tych przypadkach, jak gorzykwiat wiosenny *(adonis vernalis)*, sparteina, konwalia majowa, *coronilla*, *erythrophleinum hydrochloricum*, oleander, co do pewności i siły działania bardzo wiele pozostawiają do życzenia. Środek zatem, któryby co do skuteczności przewyższał powyżej wymienione lekarstwa, nie posiadając przytem szkodliwego wpływu na ustrój chorego, byłby bardzo cennym nabytkiem leczniczym, jak również byłby pożądanym i z tego względu, że choroby narządu krążenia, jako cierpienia ciężkie, długotrwałe i przeważnie nieuleczalne, wymagają częstych zmian w sposobie leczenia i podawania coraz to nowych środków.

Przed dwunastu mniejwięcej laty pojawiły się wzmianki, przeważnie pochodzące od amerykańskich i angielskich lekarzy, zalecające wyciąg płynny z liści kaktusa wielkolistnego *(Cactus grandiflorus* albo *Cereus grandiflorus)* w chorobach narządu krążenia. Wzmianki te brzmiały bardzo korzystnie. Orlando Jones[1]) porównuje działanie kaktusa i naparstnicy i dowodzi, że podczas gdy końcowym wynikiem podawania naparstnicy jest wyczerpanie zwojów nerwo-

[1]) The Brith. Med. Journ, 1890 11 stycznia.

wych mięśnia sercowego, to przeciwnie przez podawanie wyciągu kaktusa osiągamy trwałe wzmocnienie sprawności serca. I. E. Engstad[2]) uważa kaktus za środek niemal swoisty w dusznicy bolesnej *(angina pectoris)*, jak również przypisuje mu skuteczność w przebiegu ostrych chorób zakaźnych przy grożącym niedowładzie mięśnia sercowego. John Aulde[3]) podnosi brak zbiorowego i odurzającego działania i zaleca podawanie wyciągu kaktusa tam, gdzie naparstnica jest przeciwwskazana. R. W. Wilcox[4] dzieli się swojemi doświadczeniami nad kaktusem w dłuższym odczycie, obejmującym 23 przypadki i streszcza wynik tych badań w następujący sposób: „Działanie występuje już po 6—24 godzinach. Wpływu na wydzielanie moczu i na czynność oddechową środek ten nie posiada. Cierpienia, w których środek ten może być podawany z dobrym skutkiem, są następujące: 1. Osłabienie serca przy niezupełnem wyrównaniu, jak również osłabienie serca u ozdrowieńców po durze. 2. Dusznica bolesna i proste odśrodkowe rozszerzenie komórek. 3. Zaburzenia czynnościowe, występujące po nadużyciu kawy, herbaty, tytoniu lub wyskoku. 4. Bicie serca w niestrawności, przy chorobie Bazedowa, morfinizmie, wyczerpaniu płciowem i nieznacznych stopniach niedokrewności. 5. Zwolnienie czynności serca z powodu przedrażnienia nerwu błędnego, lub zwyrodnienia mięśnia sercowego, w których to przypadkach naparstnica jest stanowczo przeciwwskazana. 6. Niewyrównane wady zastawkowe aorty, przy których Wilcox również odradza podawanie naparstnicy.

Jakkolwiek nie wszyscy badacze z równym zapałem wyrażają się o wyciągu kaktusa i nie wszyscy równie rozległe przypisują mu pole działania, wszyscy jednak zgadzają się na to, że środek ten ze wszechmiar zasługuje ua dalsze badania i próby. Tymczasem stało się przeciwnie: od roku 1892, a zatem od lat 10, żadnych wzmianek o kaktusie nie znajdujemy, a lekarze praktyczni przepisują go rzadko i w bardzo nieśmiałych dawkach. Zachęcony przez profesora Dra Pareńskiego do przeprowadzenia doświadczeń w tym kierunku, podawałem wyciąg płynny kaktusa wielkolistnego osobom tak ze zboczeniami w czynnościach narządu krążenia, jak i bez tych zboczeń. Przy podawaniu tego środka zaczynałem u początkowych chorych od dawek niewielkich i postępowałem do coraz wyższych; u następnych chorych, przekonawszy się, że nie grozi to niebezpieczeństwem, zaczynałem wprost od dawek wyższych.

Spostrzeżenia, które te próby nasunęły, są następujące: pierwszą ważną okolicznością, jaka uderza przy podawaniu wyciągu kaktusa, jest brak wszelkich ubocznych a niepożądanych skutków. W żadnym z badanych przypadków nie zauważono zaburzeń w czynności trawienia. Łaknienie utrzymuje się przez cały czas, nudności brak (oprócz jednego chorego, u którego chwilowo i przemijająco wystąpiły), do wymiotów nigdy nie przychodzi. Jeżeli zważymy, jak właśnie to uboczne działanie utrudnia i czyni przykrem dla chorego zażywanie *strophantus*, to brak jego przy stosowaniu kaktusa musi być uznany za nader ważny. Również nie doświadczali nasi chorzy w przebiegu podawania kaktusa zawrotu głowy, ani też nie skarżyli się na bezsenność. Brak wszelkich ubocznych przypadłości utrzymuje się przy podawaniu tego leku przez czas dłuższy i w znacznych dawkach. W przypadku l. II. podajemy go przeszło przez miesiąc, dochodząc do dawek bardzo znacznych (4 razy dziennie po 85 kropel), bez śladu zatrucia.

Częstość tętna nie podlega stałej wybitnej zmianie. W większości przypadków zauważyliśmy mierne przyspieszenie. Natomiast tętno staje się pełniejsze i wydatniejsze. (U wszystkich badanych chorych wykonywaliśmy przez cały czas spostrzegania sfigmograficzne zdjęcia; wyjąwszy przypadki niedomykalności zastawek aorty, linia krzywa tętna okazuje wszędzie dość znaczne podwyższenie fal). Na czynność oddechową zdaje się kaktus nie mieć bezpośredniego wpływu. Przy polepszonych warunkach krążenia i oddechy stają się wolniejsze i swobodniejsze.

Ujemnego działania kaktusa na miąższ nerkowy nie zauważyliśmy w ciągu naszych doświadczeń. Jedyny przypadek, w którym przyszło do zaburzeń ze strony nerek (przyp. l. III.), był powikłany tak daleko posuniętem cierpieniem tego narządu, że nie może być uważany za dowód szkodliwego działania kaktusa w tym kierunku. Co się tyczy działania moczopędnego, któremu, jak wspomnieliśmy, Wilcox zaprzecza, nie możemy tej sprawy rozstrzygać. Faktem jest, że prawie we wszystkich przypadkach niewyrównanych wad zastawkowych, jak również w wielu przypadkach długotrwałych wysięków opłucnowych, pod wpływem podawania kaktusa ilość moczu na dobę wybitnie się zwiększała. Jednak czy objaw ten należy odnieść do bezpośredniego moczopędnego działania, czy też, co więcej prawdopodobne, do zwiększonej sprawności skurczów serca i polepszonych warunków krążenia — brak nam na to rozstrzygających dowodów. (Dokończ. nastąpi).

[2]) Therap. Gazette, 1890 str. 206.
[3]) Semaine médicale, 1891 Nr. 28.
[4]) The Post Graduate, Vol VII. Nr. 3. Str. 85—99.

III. Organizacya desinfekcyi w miastach większych.

Napisał

Dr. Leonard Bier.

(Ciąg dalszy).

Z liczb tych, umieszczonych na tablicy II-ej, przytoczę kilka dla oświetlenia rozmiarów desinfekcyi po płonicy, błonicy i gruźlicy. W roku 1894 zmarło z powodu płonicy osób 92, w tem 43 w szpitalach, przy stosunku zmarłych do wyzdrowiałych 43:106, desinfekcyi parą wykonano 6; — w r. 1895 zmarło z błonicy osób 105, z tych 70 w szpitalu (śmiertelność do wyzdrowienia = 70:299), zanotowano 2 desinfekcye; w r. 1895 zmarło z gruźlicy osób 616, w szpitalach 265 (śmiertel: wyzdrow. = 265:505), wykonano desinfekcyj 3; — w roku 1897 zmarło z tejże samej choroby 582, w szpitalach 242 (śmierteln: wyzdrow. 242:435), wykonano desinfekcyj 2. Gdyby w zapiskach co do działalności desinfektora parowego zapisywano zawsze choroby, z powodu których rzeczy poddano odkażeniu, liczby powyższe co do desinfekcyi przy chorobach poszczególnych możeby wzrosły, — jednak bardzo nie wiele, z powodu wogóle nader rzadkiego używania desinfektora. — Jakkolwiek liczby powyższe nie roszczą prawa do ścisłości bezwzględnej z powodu nie zbyt dokładnych zapisków co do działalności miejskiego przyrządu i jakkolwiek porównałem je tylko ze śmiertelnością i stosunkowo korzystną statystyką wyzdrowienia w szpitalach krakowskich, przedstawiają one

Tablica II-ga.

Działalność miejskiego desinfektora parowego w stosunku do śmiertelności z powodu chorób zakaźnych w Krakowie w ostatnich dziesięciu latach.

Rok	Śmiertelność ogólna z powodu chorób zakaźnych	Ogólna liczba desinfekcyj wykonanych parą w przyrządzie miejskim	Odra				Płonica				Ospa				Błonica				Gruźlica				Dur brzuszny plamisty				Cholera				Liczba des. parą przy innych chor. zak. niewymienionych, niezakaźnych, nieodpowiednich, dla obcych i bez oznaczenia choroby
			Śmiertelność ogólna	Śmiertelność w szpitalach	Liczba chorych w szpitalach krakowskich	Liczba desinfekcyj parowych	Śmiertelność ogólna	Śmiertelność w szpitalach	Liczba chorych w szpitalach krakowskich	Liczba desinfekcyj parowych	Śmiertelność ogólna	Śmiertelność w szpitalach	Liczba chorych w szpitalach krakowskich	Liczba desinfekcyj parowych	Śmiertelność ogolna	Śmiertelność w szpitalach	Liczba chorych w szpitalach krakowskich	Liczba desinfekcyj parowych	Śmiertelność ogólna	Śmiertelność w szpitalach	Liczba chorych w szpitalach krakowskich	Liczba desinfekcyj parowych	Śmiertelność ogólna	Śmiertelność w szpitalach	Liczba chorych w szpitalach krakowskich	Liczba desinfekcyj parowych	Śmiertelność ogólna	Śmiertelność w szpitalach	Liczba cho ych w szpitalach krakowskich	Liczba desinfekcyj parowych	
1891	871	45	65	—	—	2	30	—	—	4	—	—	—	—	177	—	—	10	522	—	—	11	56	—	—	13	—	—	—	—	5
1892	884	171	24	21	41	—	32	19	44	5	58	28	117	26	164	105	205	17	503	188	300	14	83	49	312	6	25	—	—	33	51 w tem 21 tandeciarzy
1893	1022	142	73	27	100	—	83	49	115	4	163	107	381	72	134	92	173	3	495	202	421	1	64	44	175	—	7	—	—	1	61
1894	952	223	20	4	33	—	92	43	106	6	4	1	8	3	149	102	187	6	491	277	483	9	52	23	143	5	95	—	—	62	132 Bardzo wiele szpital Bonifratrów
1895	921	75	2	—	12	—	110	36	77	15	—	—	4	—	105	70	299	2	614	265	505	3	58	28	165	2	—	—	—	—	54
1896	858	47	131	35	142	1	78	42	126	6	—	—	—	1	63	61	223	—	536	208	422	15	34	22	139	5	—	—	—	—	18
1897	760	42	2	—	2	—	64	29	104	20	1	—	—	1	79	62	244	2	582	242	435	2	47	20	168	3	—	—	—	—	17 w tem 5 gmin. obcych
1898	760	42	6	5	28	2	92	60	158	10	6	6	27	1	64	59	260	1	541	216	440	12	40	18	141	6	—	—	—	—	11
1899	840	46	62	20	117	1	51	28	91	5	12	10	37	16	58	53	293	3	600	323	635	13	24	19	139	1	—	—	—	—	8
1900	872	55	2	—	3	—	24	19	76	3	14	10	63	27	32	30	206	—	659	279	466	21	35	30	146	3	—	—	—	—	8
1901	906	50	45	—	29	—	101	80	102	9	11	6	23	5	62	32	141	3	574	168	429	21	35	32	136	2	—	—	—	—	10

jednak bardzo dosadnie stopień zaniedbania desinfekcyi parą w Krakowie tak ze strony zarządu miejskiego, jak i osób prywatnych. Z powyższego stosunku desinfekcyi parą do odkażania mieszkań, zarządzonych z urzędu, można wnosić, że tak samo desinfekcya mieszkań jak i odkażanie parą na zapotrzebowanie osób prywatnych wykonywanem było bardzo rzadko. Przemawiają za tem także bardzo rzadkie zamówienia na desinfekcyę mieszkań przyrządem dawnym Scheringa, zakupionym przed kilku laty przez jednego z aptekarzy krakowskich i nieliczne zamówienia w prywatnym zakładzie desinfekcyjnym[1]), niedawno założonym w Krakowie, mimo że w ostatnich kilku miesiącach panowała znaczna epidemia odry i płonicy.

Stwierdziwszy ten niestosunek między śmiertelnością z powodu chorób zakaźnych, a liczbą wykonanych desinfekcyj mieszkań w Krakowie,[2]) a może i nie lepszy w wielu innych miastach Galicyi, zapyta każdy, jaki tego powód? Kilka przyczyn składa się na ten stan. Wspomniałem poprzednio, że wykonywanie desinfekcyi w Krakowie pozostawiono inicyatywie lekarzy ordynujących i dobrej woli rodzin, wśród których szerzyły się choroby zakaźne. Lekarze praktykujący wiedzą, jak stosunkowo niewiele jest rodzin, które idąc za radą lekarza chętnie chciałyby zarządzić desinfekcyę. Większość w swem przekonaniu uważa desinfekcyę za rzecz nie tylko uciążliwą, ale wprost zbyteczną, a również nie mało i takich, które przyznając wartość desinfekcyi, nie wykonują jej z oszczędności, mimo że rodzin tych nie można zaliczyć do niezamożnych. Wyraża się to małem korzystaniem z desinfektora parowego przez osoby prywatne. Wobec lekarza jednak oświadcza się zazwyczaj, że wszystko będzie lub zostało już wykonane według jego polecenia.

Wątpliwem jest nadto, czy i w tych przypadkach, w których według zalecenia i wskazówek lekarza wykonano desinfekcyę w domu prywatnym przy pomocy służby domowej, dokonano jej w sposób odpowiedni. Wykonanie desinfekcyi mieszkań rodzin niezbyt ubogich przy użyciu kwasu karbolowego, sublimatu, mydła szarego i t. d. wymaga, jeżeli desinfekcya ma dawać rękojmię pewności, znacznej wprawy i biegłości w stosowaniu tych środków; wymaga dalej pewnej wprawy w osobistem zachowaniu się wykonującego, by się nie zakaził bądź sam, bądź też później na innych nie przeniósł zarazy. Nawet lekarz dobrze obznajomiony teoretycznie z działaniem przetworów desinfekcyjnych, bez doświadczenia i pewnej wprawy nie może dobrze zarządzić desinfekcyi; a wprawny, chcąc ją pod dozorem swoim wykonać przy pomocy służby, poświęcić musi na ten cel godzin kilka. Jeżeli do tej nieumiejętności w wykonaniu, a nawet zarządzeniu, oraz niemożności poświęcenia czasu dla dozoru, dołączymy wątpliwości, jakie nasuwają się lekarzom co do skuteczności działania odka-

[1]) odnosi się do połowy lutego b. r.

[2]) Poddając krytyce dotychczasową organizacyę desinfekcyi w Krakowie poczuwam się zarazem do obowiązku zaznaczyć, że w ostatnich tygodniach ilość desinfekcyi wykonanych z urzędu przez służbę miejską jak również przez prywatny zakład p. Zarewicza znacznie wzrosła.

żających rozczynów przy krótkiem ich działaniu na powierzchniach skośnych, z których płyn taki łatwo spływa, staje się zrozumiałem, dlaczego pośród lekarzy mimo teoretycznego uznania dla wartości odkażania mieszkań mało stosunkowo jest przeświadczonych zwolenników co do wartości jego zastosowania w praktyce. Brak wiary i niechęć wśród ogółu publiczności, spotęgowana jeszcze od czasu do czasu wydarzającem się zepsuciem rzeczy przy odkażaniu parą, niewiara pośród lekarzy co do możliwości doskonałości desinfekcyi mieszkań przy uskutecznianiu jej domowemi siłami, oto 2 główne czynniki, które w znacznym stopniu ograniczyły, po części i słusznie, inicyatywę wielu lękarzy co do zapotrzebowania desinfekcyi w praktyce prywatnej. Wprawdzie obecnem stosowaniem formaldehydu skraca się do pewnego stopnia czas i stopień pracy, oraz daje ten rodzaj desinfekcyi znacznie większą pewność odkażenia, aniżeli stosowanie przetworów płynnych, mimoto wymaga umiejętności w wykonaniu; wykonana desinfekcya siłami domowemi nie daje również pewności.

Pewien odłam lekarzy i publiczności dopatruje winy zaniedbania desinfekcyi mieszkań w braku odpowiednich zarządzeń ze strony miasta. Nie jeden uważa, że donoszenie o chorobach zakaźnych pociągać winno za sobą zarządzenie desinfekcyi ze strony urzędu lekarskiego. Przyjrzyjmy się przeto, do czego zobowiązane są gminy i lekarze miejscy w sprawie desinfekcyi.

Według rozporządzenia min. spr. wew. z dn. 7/III. 1887. r. L. 3098, winny starać się władze (p. 3), by już w miejscowości każdej zapewniono skuteczną i ze strony policyi sanitarnej nadzorowaną desinfekcyę wszystkich przedmiotów zakażonych. Instrukcya dla lekarzy gminnych i miejskich wydana na zasadzie § 14. ust. kraj. z 2/II. 1891. określając obowiązki lekarza miejskiego w ustępie s) powiada, że ma on interweniować w razie wybuchu jakiejkolwiek choroby zakaźnej, udać się na miejsce zaraz po otrzymaniu zawiadomienia o pierwszym przypadku choroby w celu sprawdzenia; zarządzić wszystko, co w myśl obowiązujących przepisów o tłumieniu choroby w zarodku zrobić należy, między innemi zarządzić i dopilnować jak najdokładniej wykonania desinfekcyi. W instrukcyi dla lekarzy miejskich w Krakowie § 14 nakłada na nich obowiązek nakazania i dopilnowania desinfekcyi mieszkań, jednak tylko w przypadkach śmierci z powodu chorób zakaźnych. Takież same zobowiązanie mają lwowscy lekarze miejscy w instrukcyi, (§ 14.), według której nadto lekarz miejski w razie sprawdzenia choroby zakaźnej u ubogich ma zarządzić odosobnienie chorego.... i przeprowadzić odkażenie mieszkania (§ 5). Według (§ 4.) instrukcyi dla lekarza naczelnego w Krakowie, (§ 5. Lwów) ma on zazwyczaj raz na miesiąc, a w potrzebie częściej, wzywać lekarzy miejskich na posiedzenia, na których mają się toczyć narady o panujących chorobach, tudzież o środkach zaradczych bądź to już stosowanych, bądź dopiero stosować się mających.

Z rozporządzenia powyższego wynika, że w gminach winna być zapewniona i przez policyę sanitarną nadzorowana desinfekcya przedmiotów zakażonych, a zatem i mieszkań. Z zestawienia zaś odpowiednich ustępów powyższych instrukcyi jest widocznem, że lekarze miejscy są zobowiązani do zarządzenia desinfekcyi z urzędu tylko w pierwszych przypadkach choroby zakaźnej, w razie śmierci z choroby zakaźnej (Kraków, Lwów), względnie po przewiezieniu ubogiego do szpitala (Lwów). Lekarzowi naczelnemu we Lwowie i Krakowie, jak z powyższego ustępu wnosić można, przysługuje prawo zarządzenia desinfekcyi w przypadkach, które uzna za więcej niebezpieczne dla zdrowia publicznego. Kto zaś ma zarządzić, przeprowadzić i dopilnować desinfekcyi mieszkań po chorobach nagminnie panujących, w razie wyzdrowienia i u osób zamożniejszych, tego w instrukcyi powyższej dopatrzeć się nie można. Tak rozporządzenie jak i instrukcya pozostawiają to widocznie inicyatywie lekarzy prywatnych i dobrej woli publiczności.

Wymaga zaś instrukcya od lekarza miejskiego w powyższych przypadkach nie tylko zarządzenia, ale i przeprowadzenia, względnie dopilnowania desinfekcyi. Tego oczywiście żaden lekarz miejski ze względu na brak czasu z małymi wyjątkami nie przestrzega, powierzając wykonanie desinfekcyi służbie miejskiej, policyantowi, strażakowi pożarnemu, według danego pouczenia. Wykonywując desinfekcyę mieszkań ludności uboższej, bo takie przedewszystkiem i prawie wyłącznie wchodzą w zakres działalności lekarza miejskiego, nabywa służba miejska wprawy w tych warunkach przeprowadzonej desinfekcyi przez stosowanie bielenia ścian, zmywania łóżka, sprzętów i podłogi kwasem karbolowym, względnie ługiem, wygotowywania bielizny, spalenia słomy z siennika i parzenia ubrań w odnośnych przyrządach. Służby tej nie można jednak użyć do odkażania mieszkań ludności zamożniejszej, bo nie jest w tym kierunku wyćwiczoną. Konieczność zarządzenia i przeprowadzenia desinfekcyi w takich warunkach, zdarzająca się względnie rzadko, wprawiłaby niejednego lekarza miejskiego w wielki kłopot, gdyby chciał ją wykonać sumiennie przy pomocy służby miejskiej, a nie narazić bądź rodziny na uszkodzenie mieszkania, bądź gminy lub siebie, wzgl. służby na zwrot kosztów za rzeczy zepsute. W takich przypadkach zarządza się *ut aliquid fecisse videatur*. — Nie tylko zakupienie i oddanie do użytku publicznego przyrządu parowego, ale i zorganizowanie ze strony zarządów miast dobrze wyćwiczonej służby jest jednym z najważniejszych środków dla ułatwienia desinfekcyi mieszkań. Bez służby takiej, nie może być mowy o pewnej i racyonalnej desinfekcyi. Do zorganizowania takiej służby powinny władze doprowadzić, chcąc sumiennie zadość uczynić wyżej wspomnianemu rozporządzeniu.

Służba do desinfekcyi powinna być dobrze wyćwiczona, a tego wyćwiczenia nabyć może tylko przez odpowiednią naukę. Aby zaś odkażanie wykonywała z pewnem zrozumieniem, winna obok znajomości przetworów desinfekcyjnych i sposobu ich użycia, nabyć pewnego zasobu wiadomości o istocie chorób zakaźnych, sposobach i drogach, któremi się udzielają i szerzą. Wiadomości te nadadzą pewną podstawę myślową pracy personalu do desinfekcyi użytego, sprawią, że będzie on umieć postępować samodzielnie i umiejętnie. Wielkiej samodzielności służbie tej jednak pozostawić nie można; działalność jej powinna być dokładnie określona instrukcyą, której wykonanie podlegać winno od czasu do czasu kontroli bądź przez ukwalifikowanego urzędnika, lekarza miejskiego, a jeszcze lepiej przez zakład

higieniczny. Miejscem najodpowiedniejszem, gdzie służba taka nabywaćby mogła odpowiednich wiadomości i wprawy, byłyby zakłady higieniczne. Kursa $1^1/_2$—2 tygodniowe przy zakładach tych wystarczałyby w tym celu. Dodać jeszcze należy, że do służby desinfekcyjnej zarząd miejski wybierać powinien ludzi o pewnem rozgarnieniu, sumiennych w robocie i grzecznych w obejściu. Desinfekcya mieszkań jest do pewnego stopnia wkroczeniem w prawo domowe, w prawo własności, ludzie wykonujący ją powinni zachowaniem się swojem ile możności łagodzić tę przykrość. Zdaje mi się, że wobec pewnej niechęci, z jaką publiczność odnosi się do służby policyjnej, połączenie funkcyi desinfekcyjnej z policyjną nie jest właściwe dla pomyślnego rozpowszechnienia potrzeby desinfekcyi. W ogóle łączenie obowiązków służby desinfekcyjnej z jakąkolwiek inną czynnością zdaje mi się nie być odpowiednie. Urzędnik do desinfekcyi powinien swój obowiązek pełnić zawodowo, nie ubocznie; — wtedy można mieć tę pewność, że desinfekcyę będzie wykonywać sumiennie. (Dok. nast.).

VI. Z kliniki lekarskiej wojskowo-medycznej Akademii w Petersburgu (Prof. Dr. Pasternacki).

Przypadek niezwykłego połączenia tętnicy głównej z tętnicą płucną.

Podał

Dr. med. Witold Orłowski

Ordynator kliniki.

(Dokończenie).

Przekonajmy się teraz, o ile nasze rozpoznanie odpowiadało rzeczywistemu stanowi rzeczy. Sekcya została wykonaną 18 grudnia przez prosektora kol. Korowina. Protokół jej brzmi jak następuje.

„Zwłoki kobiety budowy miernej, wyniszczonej (waga 37.300 klgr.), długości 158 ctm. Skóra stóp i goleni barwy brunatnej, na skórze miejscami drobne blizny; w okolicy krzyżowej drobne odleżyny.

Czaszka o typie średniomiarowym (mesocefalicznym), kości sklepienia czaszki grubości miernej, istota ich gąbczasta *(diploe)* mało w krew zasobna; opona twarda nieco zgrubiała, miernie ukrwiona; ciałka Pachiona rozwinięte miernie. Opona miękka nacieczona ropą, obrzmiała, mało ukrwiona, oddziela się łatwo od mózgu. Komórki boczne zawierają blizko łyżeczkę od kawy płynu przejrzystego. Boczne sploty chorioidalne mało w krew zasobne, nieco ziarniste. Substancya mózgu miernie zbita, na rozkroju wilgotna, lśniąca, na powierzchni przekrojonej występują w miernej ilości krwawe punkciki. Naczynia podstawowe mózgu bez żadnych zboczeń.

W worku osierdziowym około 50 ctm. sz. płynu przejrzystego, barwy żółtawej. W brózdach serca mierna ilość tłuszczu. Długość serca — 9, szerokość 9,5 ctm. Mięsień sercowy miernie zbity, barwy żółtawo-szarawej. Grubość ściany komórki prawej 5, lewej 12 mlm. Na zastawkach tętnicy głównej wybujałość w kształcie niewielkich tętniaków: na prawej przedniej — wielkości orzecha laskowego, na lewej przedniej — cedrowego, na zastawce tylnej wielkości ziarnka grochu. Tętnica główna mierzy nad zastawkami w obwodzie 7, tętnica główna zstępująca 5 ctm. Na przedniej dolnej ścianie części zstępującej łuku tętnicy górnej, o 2 ctm. niżej miejsca wystąpienia lewej tętnicy podobojczykowej, znajduje się otwór, wielkości przekroju pióra gęsiego, prowadzący do prawego ramienia tętnicy płucnej; naokoło tego otworu wewnętrzna warstwa *(intima)* tętnicy głównej zmieniona miażdżycowo na przestrzeni $^3/_4$ ctm., sama zas ściana nieco wypukłona. Na przedniej górnej ścianie prawego ramienia tętnicy płucnej, tuż pod otworem, łączącym ją z tętnicą główną, znajduje się workowate wypuklenie, mające w średnicy blizko 2,5 ctm. Ze strony światła tętnicy płucnej wypuklenie to jest wypełnione tkanką łączną w kształcie blaszki o powierzchni guzowatej. Obwód tętnicy płucnej nad zastawkami wynosi 8 ctm.

Jamy opłucnowe płynu nie zawierają. Oba płuca zrośnięte gdzieniegdzie dawniejszymi zrostami ze ścianami klatki piersiowej. Tylne części płuc, zwłaszcza lewego, zbitsze i zabarwione na brunatno-czerwono; przy ucisku powierzchnia przekroju zalewa się cieczą mętną, mało powietrzną; części przednie płuc nieco obrzękłe. Błona śluzowa oskrzeli przekrwiona. Gruczoły zaoskrzelowe barwy szarołupkowej, zbitości miernej.

Śledziona znacznie powiększona; poprzeczna brózda na powierzchni wypukłej dzieli ją na 2 płaty: górny większy i dolny mniejszy. Miąższ śledziony miernie zbity, barwy ciemnoczerwonej z odcieniem brunatnym. Miazga zeskrobuje się w znacznej ilości. Beleczki *(trabeculae lienis)* widoczne.

Wątroba trochę powiększona. Torebka jej zgrubiała, gdzieniegdzie spojona z przeponą. Miąższ zbity, na przekroju ziarnisty, barwy żółtawo-brunatnej. Pęcherzyk żółciowy zawiera ciemnozieloną żółć. Większe przewody żółciowe drożne.

Błony śluzowe żołądka i jelit mają w niektórych miejscach słabą barwę szarołupkową. Trzustka zboczeń nie przedstawia.

Nerki nieco powiększone, torebka odchodzi z łatwością; miąższ wiotki, zabarwiony na żółtoszarawo, prawie na całej przestrzeni pokryty drobnymi wybroczynami. Drogi moczowe zboczeń nie przedstawiają.

Narządy płciowe również bez osobliwych zmian.

Epicrisis: Meningitis purulenta acuta. Endocarditis ulcerosa valvularis. Foramen art. pulmonalis in aorta ex exulceratione. Pleuritis adhaesiva chronica partialis bilateralis. Induratio pulmonum fusca. Hyperplasia lienis chronica et acuta. Perisplenitis es perihepatitis chronica. Cirrhosis hepatis. Nephritis chronica.

Zestawiając teraz rozpoznanie, uczynione za życia chorej, z wynikami badania zwłok, łatwo się przekonać, że sekcya potwierdziła nasze rozpoznanie kliniczne o tyle, że połączenie między tętnicą główną a tętnicą płucną istniało rzeczywiście. Połączenie jednak zachodziło nie jak przypuszczaliśmy, przez otwarty przewód tętniczy Botalla, na sekcyi bowiem nie można było odnaleść żadnych śladów przewodu Botalla, lecz za pomocą otworu w przedniej dolnej ścianie zstępującej części łuku tętnicy głównej, o 2 ctm. niżej wyjścia z tętnicy głównej lewej tętnicy podobojczykowej; otwór ten wielkości przekroju pióra gęsiego prowadził do części początkowej prawego ramienia tętnicy płucnej, a więc położeniem swojem odpowiadał zupełnie zwykłemu umiejscowieniu przewodu tętniczego Botalla. Pochodzenie otworu w naszym przypadku okazało się odmienne: połączenie bowiem między tętnicą główną, a tętnicą płucną przedstawiało się nie w kształcie kanału, lecz tylko otworu; w około tego otworu wewnętrzna warstwa ściany tętnicy głównej uległa zmianom miażdżycowym na przestrzeni $^3/_4$ ctm. Wobec tych zmian powstanie otworu należy przypisać zapaleniu ściany tętnicy głównej, które spowodowało najpierw stwardnienie *(sclerosis)*, a następnie owrzodzenie z przedziurawieniem do tętnicy płucnej.

Prawe ramię tętnicy płucnej pod otworem łączącym przedstawiało wypuklenie workowate, mające około 2,5 ctm.

w średnicy. Obwód tętnicy płucnej nad zastawkami wynosił 8, tętnicy głównej nad zastawkami 7 ctm. Zastawki tętnicy płucnej nie okazywały żadnych zmian, ujście ich również było prawidłowe: zastawki tętnicy głównej przedstawiały wybujałość w kształcie niewielkich tętniaków. Obie komory były przerosłe.

Jakkolwiek rozpoznanie nasze nie zupełnie zostało potwierdzone przez badanie pośmiertne, to jednak okoliczność ta nie obniża doniosłości samego przypadku. W piśmiennictwie nie znalazłem opisu połączenia między tętnicą płucną a tętnicą główną na podstawie wrzodziejącej sprawy zapalnej w tętnicy głównej; wobec tego przypadek nasz stanowi *unicum* w piśmiennictwie. Wszakże nie tylko ta jedna okoliczność zwraca na siebie uwagę: w przypadku tym znajdujemy inne jeszcze pouczające szczegóły. Przypomnijmy sobie najpierw to pasmo stłumienia, które rozpoczynając się od obojczyka, przebiegało obok mostka po stronie lewej klatki piersiowej ku stłumieniu, pochodzącemu od serca. Gerhardt, a za nim Burghart[18], Zinn[19], Müller[20] i inni uważają ten objaw jako bardzo znamienny, niemal patognomoniczny dla niezarośnięcia przewodu tętniczego Botalla, objaśniając jego powstanie znacznem rozszerzeniem tętnicy płucnej. Nasz przypadek atoli poucza, że tak w rzeczywistości nie jest i wskazuje, że podobne pasmo stłumienia może wystąpić i w razie połączenia między tętnicą główną a tętnicą płucną innego pochodzenia.

Odmienny obraz przedstawia nasz przypadek i pod względem objawów przysłuchowych okolicy serca. W samej rzeczy, w nielicznych przypadkach połączenia tętnicy głównej z tętnicą płucną za pomocą ubytku w przegrodzie, rozdzielającej te naczynia, więc w przypadkach, które pod względem klinicznym stoją najbliżej naszego, spostrzegano prawie wyłącznie szmer skurczowy. O szmerze rozkurczowym rozpisuje się jedynie Fräntzel, lecz jego przypadek przedstawiał wybitne zaburzenia w rozwoju tętnicy głównej i tętnicy płucnej, mianowicie tętnica główna łączyła się tylko z lewem ramieniem tętnicy płucnej, prawe zaś ramię tętnicy płucnej brało początek od tętnicy głównej; podobna nieprawidłowość rozwojowa umożliwiała przedostanie się krwi z tętnicy płucnej do tętnicy głównej podczas rozkurczu serca, co w warunkach zwykłych nie może mieć miejsca. O rozkurczowym szmerze nadmienia wprawdzie i Baginsky, nie wskazuje jednak umiejscowienia i charakteru tego szmeru. Nasz więc i pod tym względem przedstawia się wyjątkowo, wskazując jednocześnie, że silny szmer rozkurczowy nie przemawia przeciwko połączeniu tętnicy głównej z tętnicą płucną; może on w tych razach powstawać i przy zupełnie niezmienionych zastawkach tętnicy płucnej, jak było w przypadku naszym, dzięki spotykaniu się i wzajemnemu uderzaniu się o siebie fal krwi w rozszerzonej i nieco wypukłonej tętnicy płucnej; możliwe przedostawanie się krwi z tętnicy głównej do tętnicy płucnej i podczas rozkurczu także nie może nie sprzyjać powstaniu omawianego szmeru.

Wyżej już nadmieniłem, że myśl o niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównej powstawała i za życia chorej, lecz była odrzuconą, ponieważ szmer rozkurczowy w okolicy osłuchiwania tętnicy głównej był na tyle słaby, że uważaliśmy go za udzielony z tętnicy płucnej; inne objawy również przemawiały za naszem rozpoznaniem. Sekcya wykazała, że pod tym względem byliśmy na drodze zupełnie błędnej. Podobna pomyłka rozpoznawcza może być wytłómaczoną tem, że niedomykalność zastawek tętnicy głównej była bardzo nieznaczna, wskutek czego cechujące ją objawy były bardzo niewyraźne i znajdowały sobie lepsze wyjaśnienie w rozpoznaniu *„Endocarditis ulcerosa maligna in valvulis art. pulmonalis. Ductus arteriosus Botalli persistans“*

Co się tyczy wreszcie powikłań w przebiegu choroby, to sekcya w zupełności potwierdziła nasze rozpoznanie kliniczne.

Piśmiennictwo. 1) Baginsky: Berlin. medic Geselschaft. Sitz. vom 26 März 1879. (Berliner klinische Wochenschrift. 1879, str. 439). 2) Caesar: Case of malformation of heart and abscess of brain; unusual contents. (The Lancet Vol. II for 1888, pag. 768.) 3) Elliotson: Case of malformation on the pulmonary artery and aorta. (The Lancet 1830, str. 247). — 4) Fränkel: Ein Fall von abnormer Communication der Aorta mit der Arteria pulmonalis. (Virchow's Archiv 1868, t. 43, str. 420). — 5) Girard: Ueber einen Fall von congenitaler Communication zwischen Aorta und Arteria pulmonalis. (Züricher Dissertation. Biel 1895). — 6) Cazin: Communication congénitale entre l'aorte et l'artère pulmonaire sans persistance du canal artériel. (Thèse de Paris 1897). — 7) Rickards: Communication between the aorte and pulmonary artery and between the left and right ventricles; two aortic segments. (British medical journal 1881. vol. II, pag. 71). — 8) Brocq: Étude sur les communications entre l'aorte et l'artère pulmonaire antres que celles qui résultent de la persistance du canal artériel. (Revue de médecine 1885. t. V, str. 1046—1056 i 1886, t VI, str. 786—816). — 9) Gerhardt: Persistenz des Ductus arteriosus Botalli. (Jenaische Zeitschrift für Medicin und Naturwissenschaft. 1867, t. 3, str. 105—117). — 10) Bernutz: De la persistance du canal arteriel. (Arch. général de medicine. 1849. t. 20, str. 415. — 11) François-Franck: Sur le diagnostic de la persistance du canal arteriel (Gazette hebdomadaire de médecine et de chir. 1878. t 15, str. 588). — 12) Przytaczam według Vierordta: Die angeborenen Herzkrankheiten. (Nothnagels specielle Pathologie und Therapie 1898, t. XV. część I. połowa 2). — 13). Hochhaus: Beiträge zur Pathologie des Herzens. (Deut. Arch. f. klin. Medicin. 1893. t 51, str. 1—10). — 14) Durozier: Mémoire sur la persistance du canal artériel sans autre communication. (Comptes rendus et Mémoires de la Société de Biologie 1862, str. 279). — 15) Luys: Persistance du canal arteriel chez une femme âgée sans communication à travers la paroi soit interauriculaire soit interventriculaire du coeur. (Mémoires de la Société de Biologie 1855, str. 74). — 16) Darier: Persistance du canal artériel chez une femme de Slans. (Bulletins de la Société anat. de Paris, 1885, str. 55). — 17) Gibson: Persistence of the arterial duct and its diagnosis. (Edinburgh medical journal. 1900. Przytaczam podług Virchow's Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin. 1900, część II, str. 199). — 18) Burghart: Ein Fall von offenstehendem Ductus Botalli. (Deutsche medicinische Wochenschrift. 1898, N. 37 (V. B., str. 273). — 19) Zinn: Nachweis einer Anomalie des Herzens durch Röntgenstrahlen. (Deutsche medicin. Wochenschrift 1898, N 8 (V. B., str. 41). — 20) Müller: Zur Lehre von den angeborenen Herzkrankheiten. (Correspondenzblatt für Schweizer-Aerzte 1900. N 15).

V. Wyciągi.

Scheuer. **Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 7). Autor przytacza trzy własne przypadki w chirurgii dróg żółciowych. W przypadku pierwszym wystąpiła gorączka, żółtaczka, dreszcze, powiększenie wątroby, oraz obrzęk bardzo dobrze dającego się wymacać woreczka żółciowego. Na podstawie tych objawów rozpoznano kamicę żółciową z następowem zapaleniem ropnem woreczka żółciowego. Operowano trzy razy: w pierwszej operacyi znaleziono wprawdzie 12 kamyków żółciowych w woreczku, jednakże przewód żółciowy wspólny był zupełnie wolny; poprzestano na cholecystostomii, po której pozostała uporczywa przetoka żółciowa; przy drugiej, wykonanej w przypuszczeniu zamknięcia przewodów żółciowego wspólnego lub wątrobowego, znaleziono te przewody zupełnie drożne dla grubych zgłębników; w trzeciej przypuszczano załamanie przewodu żółciowego, czego nie znaleziono i zrobiono cholecystoenterostomię. Po czterech miesiącach chora umarła, a sekcya wykazała brak zmian w błonie śluzowej dróg żółciowych i brak kamieni, a natomiast w okolicy wzgórka Vatera znajdowało się miękie owrzodzenie o brzegach ostrych, naciekłych; trzustka była nie zmieniona, gruczoły nie powiększone. Badanie drobnowidowe wykazało w tej owrzodziałej tkance utkanie rakowe o komórkach walcowatych, charakterystycznych dla raków, pochodzących z błony śluzowej jelit. Przypadki podobne do opisanego należą do rzadkości, a najbardziej zastanawiającym a niewytłómaczonym objawem w przypadkach raka wzgórka

Vatera jest żółtaczka przy zupełnie drożnych przewodach żółciowych.

Leczenie operacyjne jest z powodu bliskości dużych naczyń krwionośnych bardzo trudne; ograniczyć się musimy do wytworzenia komunikacyi między woreczkiem żółciowym a dwunastnicą.

W przypadku drugim powstały u młodego chłopaka po dźwiganiu ciężaru bóle i kłócie w krzyżach, bóle w piersiach i w brzuchu, gorączka i żółtaczka, przyczem wątroba sięgała dwa palce niżej pępka. Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono wątrobę powiększoną, siną, pęcherzyk żółciowy mały, przewód żółciowy nie rozszerzony. Przy nakłóciu wątroby wydobyła się znaczna ilość żółci płynnej; na tej podstawie rozpoznano zapalenie przewodzików żółciowych z następowem ich zaczopowaniem. Zabieg leczniczy polegał na tem, że zrobiono głębokie na 6 ctm. nacięcie miąższu wątrobowego Paquelinem, przyczem natrafiono na większy przewód, z którego wylała się żółć pod znacznem ciśnieniem. Krwotok przytem był bardzo nieznaczny, a wynik znakomity, chory bowiem po dwóch miesiącach wyzdrowiał. Sposób ten „paquelinizowania“ miąższu wątrobowego stosowany bywa i w innych przypadkach, mianowicie Hirschberg poleca go i przy marskości wątroby. Przypadek trzeci zbliżony jest do drugiego, tylko że tu powstał ropień w wątrobie, który przecięto przez opłucnę; przypadek ten skończył się zupełnem wyleczeniem. Autor przypuszcza, że przypadek trzeci jest jakby następstwem postaci chorobowej, opisanej w przypadku drugim. W obydwu były duże przewody żółciowe wolne, kamieni żółciowych nie było, a etyologia niejasna. *B. Żmigród.*

König. **Sposób pokrycia ubytków skrzydeł nosowych.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 7). Zamiast pokryć ubytek skrzydła nosowego skórą nosa lub ze sąsiedztwa, co już samo przez się, dając dużą bliznę, wywołuje znaczniejsze oszpecenie, niż sam ubytek skrzydła nosowego, autor w przypadku swoim pokrył z bardzo dobrym skutkiem ubytek taki, wywołany wilkiem u 17-letniej panienki, płatem odpowiedniej wielkości, wziętym z małżowiny usznej przez wszystkie warstwy. Przyrośnięcie płata przypisuje autor właściwości małżowiny usznej, a szczególnie jej chrząstce, która przy nie bardzo nawet dobrych warunkach odżywiania i przy skąpem unaczynieniu dalej istnieć może; jednakże warunkiem koniecznym jest dokładne przyleganie płata i założenie utrwalających szwów bez ucisku i napięcia. Aby pokryć ubytek, powstały w skrzydle nosowem wskutek sprawy gruźliczej lub wilkowej, musimy wziąć podwójny płat skóry, by po części zastąpić skórę, chrząstkę i błonę śluzową skrzydła; przez pokrycie ubytku częścią małżowiny usznej stwarzamy prawie fizyologiczną plastykę, dając dwie warstwy skóry i chrząstkę. Ubytek na małżowinie wypełnia się blizną, lub w najgorszym razie możemy zakryć go włosami.

B. Żmigród.

Wenzel. **Przyczynek do leczenia stulejki.** (*Münchener medicinische Wochenschrift* 1902, Nr. 7). Chcąc uniknąć krwawej operacyi stulejki, rozszerza Schilling otwór napletka i następnie ściąga go poza żołędź, wyzyskuje żołędź, jako klin. Na oddziele Witzela wprowadza się po poprzedniem rozciągnięciu otworu i rozerwaniu zrostów zgłębnikiem gałkowatym, szczypczyki anatomiczne pod napletek, i niemi wykonuje się rozszerzenie. Po 2—4 rozszerzeniach napletek daje się swobodnie ściągnąć za żołędź; by zaś zapobiedz ponownym zrostom, powleka się napletek i żołędź byroliną. Metoda ta stosuje się zwykle do czwartego roku życia, a warunkiem koniecznym jest brak stanu zapalnego napletka lub żołędzi; w tych zaś razach należy się uciec do operacyi krwawej. Autor podaje jeszcze sposób Witzela krwawej operacyi stulejki, polegający na tem, że podnosi się dwoma szczypczykami napletek od strony więzadełka i grzbietu, następnie wykonuje się cięcie owalne nad szczypczykami tylnemi z jednej i drugiej strony. Sposób ten ma tę zaletę, iż odsłania zupełnie powierzchnię żołędzi i ujście zewnętrzne cewki, podczas gdy rowek zażołędziowy aż do korony żołędzi zostaje dobrze pokryty przez pozostały płatek napletka. Brzegi obu warstw napletka łączy się szwem katgutowym, by sobie oszczędzić wyjmowania szwów, które szczególnie dla dzieci jest bardzo przykrem. Nad obrzezaniem Rosera ma ten sposób tę wyższość, iż daje pod względem kosmetycznym lepsze wyniki, nad cięciem bocznem zaś, że nie pozostawia fartuszkowatych płatów napletka.

B. Żmigród.

W. Perlis. **Przyczynek do chirurgii moczowodów.** (*Monatsschrift f. Geburtshilfe und Gynäc.* Tom XV, Zeszyt 3, 1902). Najczęstsze zranienia moczowodów zdarzają się przy wyłuszczaniu całkowitem macicy przez pochwę z powodu włókniaków i raków (2—3%); o wiele rzadziej przy laparotomii (0·2%). Od dawnego już czasu szukają chirurdzy sposobu leczenia tych zranień, które w miarę ulepszeń techniki chirurgicznej, aseptyki, a wreszcie dzięki cystoskopii, doprowadzono już prawie do doskonałości. Jedną z najstarszych operacyj w tym kierunku jest wyjęcie odpowiedniej nerki (*nephrectomia*, Simon 1869). Autor radzi nie wykonywać jej zaraz po stwierdzeniu zranienia, ale skończyć operacyę właściwą, wszyć dośrodkową część moczowodu w ranę brzuszną, a dopiero po kilku tygodniach przystąpić do wyjęcia nerki, przez ten czas zaś przeprowadzić bardzo dokładne badania nad nerką drugą, co do jej istnienia (wrodzony brak) i sprawności. Przez ten czas przyzwyczaja się ją również do stopniowego objęcia czynności za nerkę drugą; wreszcie przy takiem postępowaniu nie przedłuża się niepotrzebnie uśpienia i nie dodaje się do operacyi głównej jeszcze drugiej, również ciężkiej, której chora może nie przetrzymać. Drugą metodą jest podwiązanie dośrodkowej części moczowodu (Guyon, 1892), następstwem czego ma być zanik nerki. Metoda ta nie różni się prawie niczem od natychmiastowego wyjęcia nerki, a zachodzi tu prócz powyższych jeszcze niebezpieczeństwo pęknięcia podwiązanego moczowodu i wylania się moczu do jamy brzusznej. Dlatego dobrze jest przy wyborze tej metody wszyć moczowód w ranę brzuszną (Fraenkel). Trzecia metoda polega na bezpośredniem zeszyciu przeciętych części moczowodu (*uretero-ureterorrhaphia*) i to albo poprzeczne *u.-ur. transversa*), albo ukośnie (*obliqua*), albo po wpochwieniu części dośrodkowej w obwodową. Metody tej używa się z bardzo dobrym skutkiem tak przy przecięciu, jak i przy wycięciu kawałka moczowodu, jeżeli ubytek nie przenosi 5 ctm. Inna znowu metoda polega na wszyciu dośrodkowej części moczowodu zaotrzewnowo do moczowodu strony przeciwnej; jako bardzo niebezpieczna mało jest używaną. Jest jeszcze metoda, polecająca wszyć moczowód do rozmaitych części jelita grubego; najlepsze wyniki daje *uretero-colostomia* i *uretero-coprostomia;* zawsze jednak zachodzi niebezpieczeństwo mogącego powstać zakaźnego wstępującego zapalenia nerek; dlatego i ta metoda jest prawie zarzucona. Wreszcie metoda przeszczepiania (transplantacyi) moczowodu do pęcherza (*coelio-uretero-cytostomia*): śródotrzewnowa (Krause) — najgorsza; zaotrzewnowa (Mackenrodt-Veit) — najtrudniejsza — i mięszana (Witzel) — najlepsza.

Na podstawie własnego doświadczenia i statystyki innych autorów poleca Perlis jako najlepsze metody: bezpośrednie poprzeczne zeszycie — przy przecięciu górnych części moczowodu; metodę Witzla — przy zranieniu dolnych części, wreszcie nefrektomię jako ostatnią ucieczkę przy zastosowaniu powyższych uwag.

Dr. E. Ehrenpreis.

Braunstein. **Znaczenie nakłócia lędźwiowego przy rozpoznawaniu powikłań wewnątrzczaszkowych w przebiegu zapalenia ucha środkowego.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde* Tom 54). Od pięciu lat w klinice usznej w Hali wykonuje się nakłócie lędźwiowe w przypadkach powikłań wewnątrzczaszkowych pochodzenia usznego, mianowicie w celu stwierdzenia lub wykluczenia ropnego rozlanego zapalenia opon mózgowych. Rzecz to jest nadzwyczajnej wagi wiedzieć, czy mamy do czynienia z rozlanem zapaleniem opon mózgowych, czy też z innym rodzajem powikłania, od tego bowiem może zależeć zaniechanie lub względnie zabieg operacyjny. Wykonano nakłócie lędźwiowe wogóle 67 razy u 48 chorych. Najmniejsza ilość otrzymanego płynu wynosiła 13 ctm., największa 70 ctm.; przeciętnie wypuszczano 30—40 ctm.; przy tej ilości można przypuścić, że płyn pochodzi nietylko z kanału pacierzowego, ale i z czaszki, i jeżeli w płynie tym znajdziemy jakie zmiany, to możemy wnosić, że zmiany te pochodzą ze spraw, toczących się w jamie czaszkowej. Otrzymany przez nakłócie lędźwiowe płyn badano mikroskopowo i na drobnoustroje; innych badań nad płynem tym nie przeprowadzano, uważając badanie w tych dwóch kierunkach za rzecz najważniejszą; inne badania, według doświadczeń zobranych w Hali, nie mają prawie żadnego znaczenia rozpoznawczego. Przypadków śmierci bezpośrednio po nakłóciu obserwowano dwa, z których tylko w jednym można z większem prawdopodobieństwem przyjąć związek między zejściem śmiertelnem a nakłóciem. W przypadku tym po otrzymaniu 50 ctm. 50 ctm. płynu; zrobiono jeszcze aspiracyę zapomocą strzykawki wystąpił nieprawidłowy oddech, sinica i chory w 15 minut skończył. Rieken ostrzega przed aspiracyą po nakłóciu lędźwiowem, może to bowiem zbyt obniżyć ciśnienie wewnątrzczaszkowe. B. powiada, że w żadnym z dotąd znanych przypadków śmierci po nakłóciu nie można bezwzględnie pewnie powiedzieć, że śmierć nastąpiła wskutek samego zabiegu.

Przy badaniu samego płynu przywiązuje się szczególniejszą wagę do wyniku ujemnego badania, co ma świadczyć o nieistnieniu rozlanego ropnego zapalenia opon mózgowych. Badanie płynu dało u 25-ciu chorych wynik ujemny, 10-ciu z tych było następnie przez operacyę uratowanych. U 18-tu chorych badanie dało wynik dodatni; we wszystkich tych przypadkach dalszy przebieg choroby i sekcya potwierdziły rozpoznanie, zrobione na zasadzie wyniku badania płynu mózgowo-rdzeniowego, t. j. rozlane ropne zapalenie

opon mózgowych. We wszystkich tych przypadkach płyn zawierał znaczniejszą liczbę białych ciałek krwi i drobnoustroje. Według doświadczeń, zebranych w klinice w Hali zawartość większej ilości białych ciałek krwi w płynie wystarczy do zrobienia rozpoznania rozlanego ropnego zapalenia opon mózgowych. Płyn we wszystkich tych przypadkach był mętny. Nie wszyscy autorowie mieli takie wyniki. Stadelmann i Braun czasem otrzymywali przy zapaleniu opon płyn zupełnie czysty. B. mówi, że albo leży tutaj błąd w wykonaniu badania, albo mogły to być przypadki ograniczonego zapalenia opon.

Co do gruźliczego zapalenia opon, to B. na zasadzie pięciu przypadków nie wyciąga żadnych wniosków. W jednym przypadku stwierdzono w płynie prątki Kocha bezpośrednio po nakłóciu pod mikroskopem jeden raz — drogą doświadczenia na zwierzętach w ośm tygodni po nakłóciu. Inni autorowie mieli lepsze wyniki; najlepsze miał Bernheim i Moser, którzy w 73% przypadków stwierdzili w płynie prątki Kocha. Wogóle wykrycie prątków z powodu małej ich ilości w płynie jest trudne. Częściej zauważano opalizacyę płynu mózgowo-rdzeniowego w zapaleniu gruźliczem opon. Reasumując wyniki badań, B. twierdzi, że jeżeli przy nakłóciu lędźwiowem w przypadkach powikłań wewnątrzczaszkowych pochodzenia usznego otrzymamy płyn prawidłowy, wyklucza to zapalenie ropne rozlane opon mózgowych; jeżeli przy nakłóciu otrzymamy płyn mętny ze zwiększoną ilością białych ciałek krwi, względnie z zawartością drobnoustrojów, przemawia to za zapaleniem rozlanem ropnem opon. *Dr. Teofil Zalewski.*

Dr. Ph. Bockenheimer. **Przyczynki do poznania tarni dwudzielnej.** (*Archiv Langenbecka* 1902, T. 65, Z. III). Opierając się głównie na badaniach anatomicznych v. Recklinghausena, Muscatella i Hildebrandta, przyjmuje B. cztery odmiany tarni dwudzielnej: 1) *rhachischisis*, 2) *myelocele*, 3) *myelocystocele* i 4) *meningocele*. Pierwsza odmiana łączy się z tylu jeszcze innemi wadami rozwojowemi, że nigdy nie bywa przedmiotem chirurgicznego leczenia. Inaczej trzy pozostałe. Temi więc wyłącznie zajmuje się B. w dalszym ciągu.

Myelocele powstaje w pierwszych dwunastu dniach życia płodowego, zanim jeszcze kanał środkowy rdzenia zdołał się zamknąć. Znajdujemy więc rdzeń od tyłu rozwarty aż do kanału środkowego, a w dalszym ciągu rozszczepione opony, łuki kręgów, mięśnie i skóra.

Skutkiem zaś ograniczonej puchliny przestworu pod oponą twardą lub pajęczą od strony trzonów kręgów rozszczepiony rdzeń wypchniętym zostaje przez rozszczep w łukach kręgów na zewnątrz. Tworzy się guz, a na nim możemy rozróżnić trzy strefy: 1) obwodowo *zona dermatica* z porozszerzanemi naczyniami, silnie uwłosiona; 2) pośrodku *zona epithelio-serosa*, wynicowana naczyniówka, pokryta naskórkiem, który na nią przerósł ze strefy poprzedniej, i 3) w samym środku *zona medullo-vasculosa*, (rozszczepiony rdzeń) podobna do zapalnie zmienionej błony śluzowej jelit, a na niej w okolicy górnego i dolnego bieguna otwory, prowadzące do kanału środkowego rdzenia. Rdzeń w tej okolicy skutkiem maceracyi w wodach płodowych, jak niemniej skutkiem różnych często zakaźnych wpływów w życiu pozapłodowem, ulega zwyrodnieniu. Obok tego skutkiem wypadnięcia rdzenia na zewnątrz, zostają naciągnięte korzenie nerwów i to bardziej delikatniejsze gałązki ruchowe, aniżeli czuciowe. Ztąd wielorakie porażenia ruchowe przy małych zmianach czuciowych. Często spotyka się zmiany odżywcze w skórze, przepukliny pępkowe, rzadziej wodogłowie. Noworodki, dotknięte tem cierpieniem, są źle rozwinięte i mało odporne. *Myelocele* spotyka się najczęściej w okolicy lędźwiowej, potem w części szyjnej piersiowej, najrzadziej w okolicy krzyżowej.

Drugą odmianą tarni dwudzielnej jest *myelocystocele*. Zdaniem v. Recklinhausena wada ta powstaje w trzecim tygodniu życia płodowego, kiedy kanał środkowy rdzenia już się zamknął, ponad nim zrasta się skóra, jedynie w kościach kręgosłupa i w oponie twardej utrzymuje się szczelina. Skutkiem zaś tego, że kręgosłup u takich noworodków jest krótszy, niż to bywa prawidłowo, jak niemniej i z tej przyczyny, że w kanale środkowym rdzenia, w miejscu odpowiadającem szczelinie kostnej, powstaje ograniczony obrzęk (*hydrops*), rdzeń wypukla się na zewnątrz pod skórę. Klinicznie sprawa ta przedstawia się jako guz na szerokiej szypule, pokryty zwykle skórą mało zmienioną, silnie uwłosioną z porozszerzanemi naczyniami.

W późniejszych okresach skóra może owrzodzieć, a nawet pęknąć. Guz jest miękki, chełbocze, daje się odprowadzić do kanału kręgowego. Częstem powikłaniem jest tu wodogłowie. Rzadkiemi są natomiast porażenia, zwłaszcza na większej przestrzeni, z tych zaś względnie często widujemy porażenia pęcherza i odbytnicy. Porażenia te występują powoli i kolejno, jako wyraz postępującego zwyrodnienia rdzenia skutkiem ucisku przez obrzęk (*hydrops*) kanału środkowego rdzenia. Szczelina w kościach jest mała, najczęściej w zakresie kręgów lędźwiowych, rzadziej w okolicy szyjnej, najrzadziej w piersiowej.

Trzecią odmianę stanowi *meningocele* przez wielu, np. przez v. Bergmanna, nie uznawana. Cierpienie to niema właściwie nic do czynienia z rdzeniem. Skutkiem luki w łukach kręgowych i w oponie twardej i ograniczonego obrzęku przestworów podoponowych, błony te zostają wypuklone w kształcie guza pod skórę. Przy tej odmianie tylko wyjątkowo spotykamy porażenia, i to zwykle dopiero po latach. Porażenia te tłómaczyć sobie należy tak, iż w miarę jak guz się powiększa, korzenie nerwowe ulegają naciągnięciu, a potem maceracyi przez otaczający je płyn mózgowo-rdzeniowy.

Kliniczne objawy tej odmiany są bardzo podobne do poprzednich, z tą jeno różnicą, że guz ten zwykle do kanału kręgowego odprowadzić się zgoła nie daje. Najczęściej *meningocele* spotyka się nad kością krzyżową.

Rozpoznanie różniczkowe tych trzech odmian zrobić można na podstawie tego, cośmy poprzednio powiedzieli.

Opisane wyżej trzy odmiany tarni dwudzielnej powinne być jak najrychlej operowane. Przyczyn, nakazujących leczenie operacyjne, jest wiele (ewentualność pęknięcia powłok skórnych i zakażenie wnętrza, postępujące porażenie i t. d.); od operacyi jednak wykluczyć należy przypadki: 1) powikłane innemi zniekształceniami; 2) wodogłowiem; 3) rozległemi porażeniami.

Zależnie od rodzaju tarni dwudzielnej technika operacyjna w szczegółach przedstawiać się będzie rozmaicie; najłatwiejsze warunki dla operacyi przedstawia *meningocele*.

W dwóch innych rodzajach postępować trzeba ostrożnie i o ile możności oszczędzać rdzeń i włókna nerwowe. W bliższe szczegóły techniki operacyjnej na tem miejscu wdawać się nie możemy. Zaznaczyć jednak należy, że w ostatnich czasach za wiele interesu poświęcono sprawie plastycznego pokrycia szczeliny w kości (łukach kręgowych). Wedle statystyki Bayera, obejmującej liczne operowane przypadki, w których tarń dwudzielną pokrywano tylko płatami skórnymi, a wcale nie używano do tego celu płatków z blaszki kostnej, w jednym tylko przypadku zdarzył się nawrót cierpienia. *Herman.*

Dr. W. Thorner. **Przypadek tętniącej żyły naczyniówki.** (*Archiv f. Augenheilkunde* 1902, XLV, I). Znane jest zjawisko tętnienia w żyłach siatkówkowych w chorobach układu naczyniowego ustroju, lub samego oka. Przypadek zaś tętnienia żyły naczyniówkowej po raz pierwszy autor widział i opisuje w oku dotkniętem krótkowzrocznością znacznego stopnia, rozległym tylnym garbcem i licznemi na dnie oka rozsianemi ogniskami chorobowemi w naczyniówce. Tętnienie było jednoczesne z tętnieniem tętnicy sprychowej, słabło przy ucisku gałki ocznej palcem, a znikało zupełnie przy jeszcze większym ucisku. Autor przypuszcza, że to zjawisko stoi w związku z tylnym garbcem i wynikłemi ztąd zmianami w krążeniu krwi w naczyniach na tylnym biegunie gałki ocznej. *Dr. Jan Kreutz.*

A. Mac Lane Hamilton. **Przedwczesna starość.** (*Medical Record — Philad. Med. Journal* 4 stycznia 1902 r.). Na podstawie badania wielkiej liczby przypadków przedwczesnej starości dochodzi autor do przekonania, iż wiele objawów, szczególnie dotyczących zaburzeń w układzie nerwowym, które często bywają nierozpoznane, należy odnieść do poczynającego się zwyrodnienia naczyń. Przy osłabieniu sfery umysłowej lub wogóle wobec zmian psychicznych, trzeba zwracać baczną uwagę na stan serca i naczyń, a często przekonamy się o wystąpieniu stwardnienia tętnic. Zawroty głowy również są ważną wskazówką, świadczącą o postępującej miażdżycy tętnic mózgowych. Przedwczesne starzenie się, względnie zużycie naczyń bywa, jeśli nie wywołane, to przyspieszone głównie przez nadużycia w jadle, niewstrzemięźliwość w stosunkach płciowych, w nadużywaniu wyskoku i tytoniu. *St. Rudzki* (Ptbg.).

Witosław Dąbrowski. **Badania nad zarazkiem ospy.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). Po streszczeniu historyi badań bakteryologicznych zarazka ospy przystępuje autor do opisu własnych poszukiwań. Zarazków szukał nie w krowiance lub krostach powstałych po jej zaszczepieniu, jak to czyniła dotąd większość badaczy, lecz we krwi, ropie i zawartości krost, chorych na ospę. Badania te wykryły stałą obecność w krostach, ropniach i krwi pasorzytów dwojakiej postaci: ziarniaków większych i drobnych ciałek, które, zdaniem autora, są różnoczasowemi formami jednego i tego samego pasorzyta, nie należącego prawdopodobnie do pierwotniaków. Szczepienia ropy i krwi na agarze dały wyniki dodatnie. Na zwierzętach doświadczeń nie czyniono, wobec czego autor wstrzymuje się od stanowczego wypowiedzenia zdania. *Dr. Czaplicki.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Glykogenal. (*E. Merck*, *Bericht über das Jahr 1901*). Ostatnie badania Luschiégo (*Policlinico*, 1900, 8 grudzień) i Teissiera (*Sem. medic.*, 1901, Nr. 1) bardzo się przyczyniły do wyjaśnienia roli glikogenu, jak również bardzo do niego zbliżonego glikogenalu w przebiegu niektórych zatruć i zakażeń. Badania Luschiego, podobnie jak dawniejsze Röriga (*Merck's Bericht* 1900, str. 104) wykazały, że przy sztucznie wywołanych zatruciach i zakażeniach zawartość glikogenu w wątrobie znacznie się zmniejsza, a nawet może zupełnie zaniknąć. Według Teissiera w niektórych zatruciach glikogen działa jako pewny środek przeciwtrujący, np. w zatruciu nikotyną; wobec niektórych trucizn zachowuje się obojętnie (strychnina); w pewnej zaś grupie zatruć potęguje nawet działanie toksyn (np. działanie toksyn prątka błonicy, lub zapalenia płuc). Wyprowadzone ztąd teoretyczne wskazanie podawania glikogenu lub glikogenalu w przebiegu niektórych chorób zakaźnych potwierdzają dotychczasowe badania, dotyczące gruźlicy i innych chorób.

Rörig stosuje z dobrym skutkiem wstrzykiwania glikogenalu w próchnicy kości i wilku; pendzlowania miejscowe w gruźlicy krtani; wreszcie wziewania w przebiegu gruźlicy płuc. Do tego ostatniego celu używa Rörig przyrządu do wziewania proszku Dra Schenka z Kolonii. Wstrzykiwania podskórne glikogenalu Rörig zarzucił, natomiast podaje środek ten wewnętrznie w następującej formie: *Rp. Glycogenali 1·0—1·5, Ammonii carbonici 0·05 mfp. d. t. d. Nr. X, S. Co rano naczczo proszek w kieliszku niezbyt zimnej wody.* Pierwszy posiłek w dwie godziny po przyjęciu leku; używanie płynów możliwie ograniczyć.

Dalej zalecają glikogenal jako swoisty środek leczniczy w płonicy i błonicy płoniczej. Działanie ma występować już po kilku godzinach. Stosowany przez czas dłuższy glikogenal usuwa migrenę, również ma leczyć wszystkie świeże przypadki choroby Basedowa; a w przypadkach zastarzałych tego cierpienia przynajmniej przynosi znaczną ulgę. Jako bardzo skuteczny środek polecają go w przewlekłych ropieniach (n. p. w przetokach zębowych, lub ropotoku usznym). W tych przypadkach stosować go należy miejscowo. W przypadkach ostrej chrypki nieżytowej płókanie ciepłym rozczynem glikogenalu sprowadza szybką poprawę. Według Blumenthala i Wohlgemutha glikogenal pobudza wydzielanie pepsyny; ztąd skutecznym jest w chorobach żołądka ze zmniejszonem wydzielaniem kwasu żołądkowego (np. rak żołądka). W przypadkach ostrych, np. w płonicy, najlepiej stosować według tej formułki: *Rp. Glycogenali 1·0, Glycerini 3·00, Aquae fontis 50·00. S. Co 1—2 godz. zażywać pełną łyżeczkę.* W ropieniu ucha środkowego, przetokach zębowych: *Rp. Glycogenali 0·5, Glycerini, Aquae dest. aa 20·00. S. Po przestrzykaniu ucha wodą 1—2 razy dziennie zapuszczać.* W razie używania glikogenalu do wstrzykiwań należy go poprzednio z alkoholem wygotować. Cena 1 grm. = około 60 halerzy. *Dr. T. Ż.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska.

Posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej w dniu 19 listopada 1901 r. Obecni: Prezes Łazarski, Dr. Dr. Ponikło, Kohn, Trzebicky. Przewodniczący odczytał dziennik do Nru 362 włącznie. Sprawę Kasy chorych w Wieliczce oddano do referatu Drowi Trzebickyemu, a Drom S. i P. odpowiedziano na razie, że Izba nic zrobić nie może. Udzielono zapomogi po 50 K. paniom Z., Ś., K., C. i D. Uchwalono zaproponować pełnej Izbie przyłączenie się do wszelkich kroków, podjętych przez inne Izby w celu uwolnienia lekarzy, posiadających apteki domowe, od przymusu brania materyałów z apteki najbliższej. Ref. Dr. Łazarski.

Uchwalono zwołać posiedzenie pełnej Izby na dzień 21 grudnia i ułożono porządek dzienny. Przewodniczący odczytał pismo c. k. Namiestnictwa, przekazujące majątek gremium chirurgów w kwocie 2418 K. 80 h. wraz z odsetkami i sprzętami na własność Izby. Sprawę ordynowania trucizn, poruszoną pismem c. k. Sądu w Żywcu, załatwiono w myśl wniosku referenta Dra Ponikły.

Posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zach.-gal. w dniu 10 grudnia 1901 r. Obecni: Dr. Dr. Łazarski, Ponikło, Walczyński, Trzebicky. Uwolniono od wkładek Drów Z, M, i S. Na wniosek Dra Ponikły uchwalono odpowiedzieć Tow. samopomocy lekarzy, że proponowana przez to Towarzystwo zmiana druków do wykazów szczepienia ospy w myśl relacyi lekarzy powiatowych jest niepraktyczna. Na wniosek Dra Ponikły uchwalono przedstawić pełnej Izbie rezolucyę o konieczności i użyteczności ustanowienia instytucyi lekarzy szkolnych, na razie w większych miastach. Udzielono pani C. zapomogi w kwocie 100 K.

Posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zach.-gal. w dniu 21 stycznia 1902 r. Obecni Dr. Dr. Łazarski, Ponikło, Kohn, Trzebicky. Udzielono zapomogi po 100 K. paniom B. i R., po 50 K. paniom B. i K. Uwolniono Dra S. z M. od wkładki za rok 1902., Dra A. od zaległości i wkładki za rok 1902, Drów R. i G. od wkładki, Drowi G. zezwolono spłacać zaległości w ratach.

Posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zach.-gal. w dniu 11 lutego 1902 r. Obecni wszyscy członkowie Wydziału. Przewodniczący odczytał dziennik do L. 65 włącznie. Udzielono zapomogi po 50 K. pp. Z. i K. W sprawie podania o zapomogę Dra S. uchwalono zasięgnąć opinii miejscowych kolegów, a w razie przychylnej odpowiedzi udzielić mu 200 K. Uwolniono od zaległości i bieżącej wkładki Drów K. i K., a od bieżącej wkładki Drów S. i S. Pismo Dra E. w sprawie ubezpieczenia lekarzy uchwalono należycie rozpatrzyć. Ustanowiono dalej umeblować drugi pokój biura Izby.

Posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zach.-gal. w dniu 25 lutego 1902 r. Obecni Dr. Dr. Łazarski, Ponikło, Kohn, Trzebicky. Uwolniono od wkładki Drów K. i P., ostatniego także od zaległości. Drowi S. udzielono zapomogi w kwocie 200 K.

Posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zach.-gal. w dniu 11 marca 1902 r. Obecni wszyscy członkowie Wydziału. Prezes odczytał dziennik podawczy do L. 90 włącznie. Uchwalono wyrazić podziękowanie Drowi Opydzie za przemówienie w Radzie państwa. Uwolniono od zaległości i wkładki bieżącej Drów K. i W. W myśl referatu prezesa zgodzono się jednomyślnie na proponowaną przez delegacyę Izb zmianę ustawy o Kasach chorych majstrów. W sprawie wzywania adwokatów do rozpraw Rady honorowej uchwalono zatrzymać *status quo.* Wniosek Izby zarządzającej o wniesienie protestu wszystkich Izb przeciw udzieleniu koncesyi Stadlbauerowi na praktykę lekarską uchwalono złożyć *ad acta.* Postanowiono na wiecu Izb oświadczyć się za wnioskiem Izby styryjskiej, by sądy w każdym przypadku dochodzenia o błąd w sztuce *(Kunstfehler)* żądały opinii Wydziału lekarskiego.

Posiedzenie Wydziału Izby lekarskiej zach. gal. w dniu 29 kwietnia 1902 r. Obecni: Dr. Dr. Łazarski, Ponikło, Trzebicky, Walczyński. Udzielono zapomogi wdowom po lekarzach: p. S. 100 K. pp. K., B. i S. po 50 K. Przewodniczący odczytuje pismo Dra H. z J., żalącego się na fakt, że Dyrekcya szkoły realnej nie dała wiary jego świadectwu, wystawionemu dla jednego z uczniów. Uchwalono zażądać jeszcze od Dra H. bliższych wyjaśnień, a następnie przedłożyć sprawę pełnej Izbie z wnioskiem zażądania od Rady szkolnej wyjaśnienia, na jakiej podstawie Dyrekcya szkoły mogła w ten sposób postąpić. Zażalenie Dra R. z J. co do wystawienia przez technika D. tablicy z napisem »dentysta« oddano do referatu Drowi Ponikle. Prośbie Dra L. o wystawienie mu świadectwa, że zarabia najwyżej 100 K. miesięcznie, odmówiono. Uchwalono wydrukować w »Przeglądzie lekarskim« reskrypt ministerstwa sprawiedliwości, dotyczący dyet lekarzy-znawców. Postanowiono przyłączyć się do przedstawienia Izby styryjskiej, wystosowanego do ministerstwa spraw wewnętrznych, przeciw pozwoleniu urządzania zakładów leczniczych, w którychby wolno było ordynować wyłącznie tylko t. zw. »Naturheilärzte«. Uchwalono przyłączyć się do petycyi Izby wiedeńskiej w sprawie uregulowania praw techników dentystycznych. Petycyę Towarzystwa samopomocy lekarzy w sprawie ubezpieczenia lekarzy oddano do referatu Drowi Trzebickyemu z poleceniem przedstawienia referatu w pełnej Izbie. Sprawę Dra H., którego prokuratorya oskarżyła o oszustwo, ponieważ co do wydanej opinii nie zgadzał się ze zdaniem lekarza sądowego, uchwalono przedstawić pełnej Izbie z wnioskiem o zwrócenie się do ministerstwa sprawiedliwości z prośbą o ochronę lekarzy przed podobną samowolą prokuratoryi. Wreszcie uchwalono zwołać pełną Izbę na dzień 31 maja 1902 r.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie budowy schroniska na 500 umysłowo-chorych.

(Uchwała krajowej Rady zdrowia według referatu Dra *Wiktora Opolskiego*, c. k. radcy Rządu).

(Ciąg dalszy).

Przekonano się, że do leczenia psychicznego najlepiej nadają się zakłady, które konstrukcyą swoją bardziej uwzględniają indywidualność chorego i choroby, które choremu użyczają swobody bądź ograniczonej, bądź pełnej, o ile zdolnym jest korzystać z niej ze zrozumieniem.

Wzorem takiego sposobu traktowania chorych uleczalnych, o ile nie okazują dążności do bezcelowego ruchu i nie zdradzają gwałtownej ekspanzyi swoich obłędnych wyobrażeń i myśli, tudzież nieuleczalnych, a cieleśnie zdrowych, przytem karnych i spokojnych, są zakłady mięszane Stanowią one kompleks budynków pod wyłącznem kierownictwem naczelnego lekarza. Składają się z zakładu ściśle leczniczego, który przyjmuje także pewną kategoryę chorych chronicznych; dalej z kolonii willi rolnej i ogrodowej dla chorych uleczalnych i nieuleczalnych nadających się do robót; wreszcie z oddziału dla chorych nieuleczalnych w znaczeniu kalek umysłowych, którzy trzymają się przeważnie obłożnie, a w każdym razie potrzebują zamknięcia zakładowego. Przy takim systemie zakładowym pewien rodzaj chorych tak uleczalnych, jak nieuleczalnych, boleśnie odczuwa brak użycia wśród swoich, — życia rodzinnego, bo nic im tu nie przypomina, że znajdują się w domu obłąkanych. Przytoczeniem powyższego wzoru, niedającego się zresztą w całej rozciągłości zastosować w Kulparkowie z przyczyny niedostatku odpowiednich obszarów pod uprawę rolną, chcemy jedynie zwrócić uwagę na system, stanowiący przejście z zakładu ściśle zamkniętego, jakim jest zakład kulparkowski, do zakładu otwartego, w tem jednakże zrozumieniu, że zbliżając się do wyżej wskazanego wzoru, moglibyśmy chorym uleczalnym przez urządzenia techniczne dać choć w części takie warunki, jakie mają chorzy, prowadzeni systemem kolonialnym, rozmieszczeni po odrębnych pawilonach o drzwiach i oknach otwartych. Umieszczając w pojedynczych pawilonach tylko chorych uleczalnych, a zatrudniając ich, o ile nie potrzebują leczenia obłożnego, w sposób przy ustroju zakładu kulparkowskiego możliwy, zdziałamy dużo dla ich zdrowia. Uskutecznić się to da łatwiej odpowiednią, a tak ważną w leczeniu i pielęgnowaniu obłąkanych segregacyą według stanu chorobowego, rodzaju choroby, według indywidualności i temperamentu chorych, ich położenia społecznego i stopnia inteligencyi.

Odnośnie więc do kategoryi chorych uleczalnych, w takim zakładzie więziennym, jakim jest dzisiaj zakład kulparkowski, nie znajdziemy tego, co daje system pawilonowy. Z przeznaczeniem pawilonów dla chorych nieuleczalnych, jak chce mieć Wydział krajowy, zyska się wprawdzie dla form uleczalnych więcej miejsca w zakładzie macierzystym, ale nie zdoła się w nim stworzyć warunków wskazanych wymaganiami psychicznego leczenia. Nie można zaprzeczyć, że w zakładzie kulparkowskim dokonano niejednej reformy. Parter przeznaczono przeważnie dla chorych klasowych spokojnych, względnie dla chorych normalnych, to jest trzymanych według taksy dla 3. klasy, a należących do praaujących umysłowo.

Na pierwszem piętrze umieszczono infirmeryę dla chorych normalnych z osobną salą na infirmeryę dla chorych z inteligencyi. Drugie piętro w jednej połowie mieści chorych z inteligencyi, w drugiej zaś chorych, uznanych za nadających się do robót. Mniej spokojnych umieszczono w osobnym oddziale głównego zakładu, podczas gdy najniespokojniejsi zajmują osobny pawilon tuż obok zakładu.

Ten podział jest wprawdzie umiejętny, jednak nie podobna nie orzec, że zakład kulparkowski, o ile mamy na względzie jego charakter ściśle leczniczy, jest tylko rodzajem więzienia. Bolesny obraz takiego ustroju znajdujemy tam w oddziale dla padaczkowych niespokojnych i zarazem dla szałowych chronicznych.

W Kulparkowie brak tego ducha, jaki panuje w zakładach nowoczesnych. Zakład dla umysłowo chorych powinien przedstawiać jakoby świat dla siebie, czyniąc zadość słusznym wymaganiom ze stanowiska ludzkości i racyonalnej psychiatryi, a pod względem gospodarczym wykorzystując dla celów leczniczych ekonomiczne zdolności chorych, wogóle odwzorowując obraz bytu mieszkańców kraju, z których otrzymuje swoich chorych.

Nasuwa się więc sama przez się myśl, że skoro zakład kulparkowski dzięki troskliwości Sejmu ma otrzymać pawilony na 500 osób, powinien chorych uleczalnych oddzielić, umieszczając ich w pawilonach, a zakład główny przeznaczyć dla chorych nieuleczalnych.

Łatwiej przeboleć, gdy w gmachu głównym mieścić się będą sami nieuleczalni, jakkolwiek i między nimi znajdą się tacy, którzy przy większej swobodzie i dogodniejszych warunkach życiowych chętniejby i wydatniej do robót się przykładali i z pogodniejszem poddaniem się los swój znosili, o ileby go jeszcze z niejaką świadomością przy swoim przytępionym umyśle pojąć zdołali.

Krajowa Rada zdrowia wyraża zatem nadzieję, że Wydział krajowy w słusznem ocenianiu osobliwych postulatów leczenia psychiatrycznego tych obłąkanych, którzy są dotknięci chorobami, uważanemi za uleczalne, przychylić się raczy do wyrażonych tu zapatrywań i zarządzi, aby uchwalone pawilony zostały przeznaczone dla chorych uleczalnych i aby stosownie do tego przerobiono plany i kosztorysy.

O ileby z tego powodu zachodziła trudność o większe koszta budowy pawilonów, zastosowanych do wymagań o wyższych celach, to zdaje się, że prawdopodobnie nie przewyższyłyby one znacznie kwoty, przeznaczonej na pawilony dla nieuleczalnych.

W Alt-Scherbitz istnieje zakład, zbudowany według systemu pawilonowego na 960 chorych kosztem 1,571.807 mk, wraz z inwentarzem a bez policzenia wartości gruntu.

W tym zakładzie, uważanym przez świat lekarski za najlepszy, wprowadzono system budowy odrębnych pawilonów z wewnętrznem urządzeniem, które pod względem technicznego założenia przystosowane jest do wymagań psychiatrycznych według stopnia uleczalności chorych, stopnia uspokojenia psychicznego i według klasy utrzymania.

Koszta budowy tego zakładu wyniosły w przecięciu 1637 mk. na jednego chorego.

W sprawozdaniu przygotowanem dla Sejmu prosi Wydział krajowy o uchwałę, upoważniającą go do urządzenia schroniska wraz z dostarczeniem dobrej wody w granicach kredytu do wysokości 857 tysięcy koron, w czem na budowę schroniska o 7 pawilonach, z 2 domkami na pomieszczenie 2 lekarzy i 2 urzędników ekonomicznych (kosztem 30.000 K. obydwa domki) i na rozszerzenie urządzeń gospodarczych, na sprawienie inwentarza wraz z wewnętrznem urządzeniem pawilonów (ta ostatnia pozycya kosztem 100 tys. kor.), wogóle na budowę schroniska i wprowadzenie go w ruch, mieści się kwota 790 tys. K., odpowiadająca najzupełniej wydatkowi, na te same potrzeby poniesionemu w Alt-Scherbitz. Dla zachowania analogii pomijamy tu kwotę 67 tys. K. na sprowadzenie wodociągiem wody źródlanej i na zakupno gruntu, który wcina się klinem w teren pod budowę schroniska.

Otóż koszt budowy projektowanego schroniska na 500 chorych nieuleczalnych wynosi 1520 K. czyli 1267 mk. na jedno miejsce.

Nie można przeoczyć znaczenia kosztu, wykazanego w Alt-Scherbitz kwotą 1637 mk. w przecięciu, gdyż dla chorych klasowych postawiono tam odrębne pawilony z rachunkiem 1844 mk. na jednego chorego 1. klasy, a 1044 mk.

2. klasy. Koszt ogólnej budowy w stosunku jednego miejsca dla 3. klasy wyniósł 794 mk., czyli 993 koron.

Jeżeli się zważy, że w schronisku kulparkowskiem dla nieuleczalnych nie wiele się znajdzie chorych klasowych i że nie otrzymają osobnego pawilonu, urządzonego znaczniejszym sumptem, jakoteż, że w cenach budowy jednostkowych u nas prawdopodobnie nie będzie różnicy *in plus*, to wobec ceny 993 koron, przypadającej na jednego normalnego chorego w Alt-Scherbitz, przy założeniu, uwzględniającemu postulaty psychoterapeutyczne chorego uleczalnego, kwota preliminowana przez Wydział krajowy w wysokości 1520 K. na jedno miejsce dla chorego nieuleczalnego, mogłaby prawdopodobnie wystarczyć na budowę pawilonów dla chorych uleczalnych.

Przystępując teraz do zasadniczej myśli, powyżej streszczonej, że pawilony zająć powinni chorzy uleczalni, będziemy się starać liczbowo przedstawić, czy i o ile będzie można pawilony zapełnić chorymi uleczalnymi.

W sprawozdaniu z oddziału męzkiego zakładu Kulparkowskiego za lat 5, t. j. za lata od 1896 do 1900 r. znajdujemy, że rocznie przebywało w zakładzie w przecięciu 783 chorych męzkich, a w tej liczbie leczono na ostre, przeważnie uleczalne choroby w przecięciu 291 chorych, to jest 37·1%.

Prawdopodobnie odsetek obłąkanych uleczalnych będzie się wzmagać z każdym rokiem. Widzimy to z progresyi liczby uleczalnych na oddziele męzkim w latach powyżej podanych, która stale postępuje od 239 uleczalnych w r. 1896, do 324 w r. 1900, jako też z tego, że w krajach o wyższym dobrobycie i wyższej kulturze odsetek ten jest znacznie wyższy.

W zakładach krajowych niższo-austryackich w Wiedniu, Ybbs, Klosterneuburg, Jugging i Langenlois (sprawozdanie Wydziału krajowego za r. 1899) leczono 2524 mężczyzn, a w tej liczcie 1026 z chorobami ostremi.

W Feldcach koło Gracu (sprawozdanie Dyrekcyi zakładu za r. 1899) na 789 było 412 uleczalnych. Razem na 3313 osób ogólnego stanu, 1438 z chorobami uważanemi za uleczalne. To daje 43·4% uleczalnych. Dla kobiet w tych samych zakładach odsetek uleczalnych wynosił nawet 48·4%.

We wszystkich zaś zakładach dla umysłowo chorych w Przedlitawii (*Statistik des Sanitätswesens* za r. 1897) odsetek ten dosięgał prawie 50%. Na 20.852 obłąkanych było 10.317 chorych uleczalnych.

Wracając do Kulparkowa, przekonywamy się, że przeciętny dzienny stan leczonych na oddziale męzkim, wzięty ze stanu chorych w ostatnim dniu każdego grudnia w owem pięcioleciu wynosił 346 chorych. Stan ten wzmagał się stale z każdym rokiem i wzrósł z 327 na 369 chorych; zachodzi więc wielkie prawdopodobieństwo, że pewna progresya utrzyma się i w przyszłości.

Obliczenie, zrobione za okres wyżej podany, według przytoczonego stosunku liczbowego chorych uleczalnych do nieuleczalnych (291 : 783), uwzględniające zarazem wykazany w przybliżeniu stan dzienny chorych (346), pozwala przyjąć dla chorych uleczalnych na każdy dzień w owem pięcioleciu przeciętną liczbę osób 130, tj. (783 : 291 = 346 : x = 130).

Wyżej wskazaliśmy, że niedawno jeszcze system mięszanego zakładu uważany był za najodpowiedniejszy. Jest on i teraz ceniony. Jego zasada w rozmieszczaniu i grupowaniu chorych nie jest nozologiczna, jak bywało poprzednio w zakładach łączonych z sobą względnie. Przekonano się, że przy tym ostatnim systemie przytuliska wnet się przepełniały, pobierając z siostrzanych zakładów leczniczych przyrost nieuleczalnych, któremu odpływ nie był w stanie kroku dotrzymać. Przekonano się dalej, że wspólne przebywanie z chorymi uleczalnymi chorych nieuleczalnych, którzy przedstawiają łagodniejsze postacie chorobowe, dla chorych uleczalnych nie okazało się szkodliwem i wcale nie zacierało charakteru zakładu, jako leczniczego. Dla tego też odstąpiono od zasady dzielenia chorych według cechy nozologicznej, nie zawsze mogącej z całą pewnością stanowić o uleczalności chorego, jeno przyjęto za zasadę dzielić kategorye chorych według objawów zewnętrznych stanu chorobowego, oraz okresu i stopnia tego stanu, zatem stosownie do zachowania i wynurzania się chorego, odpowiednio do skali uspokojenia umysłowego, jego wrażliwości, a co mniej zaważy i — jego udolności roboczej.

Takich chorych znajdzie się wielu między cierpiącymi na obłąkanie przewlekłe ogólne i częściowe, jako też pomiędzy pomięszańcami z obłędem wielkości i obłąkanymi ze zmianami ogniskowemi mózgu, lub z nerwicami. Zakład kulparkowski, zastosowując u siebie taki sam system lokowania chorych, oparty na obserwacyi psychiatrycznej w wielu pierwszorzędnych zakładach, łatwo będzie mógł w nowych pawilonach do kontyngentu chorych uleczalnych dobierać nieuleczalnych, takich właśnie, którym ze względów psychiatrycznych, towarzyskich i wogóle ludzkich, przysługuje prawo korzystania z urządzeń lepszych.

Biorąc jednak pod uwagę fakt stałej progresyi liczby chorych uleczalnych, jak właśnie w ostatnich 5 latach na oddziale męzkim stwierdza się to liczbami 239 do 324, przychodzimy do smutnego przekonania, że nie długo czekając, —zapełnią się pawilony samymi przypadkami ostrymi. Statystyka wykazuje (*Oesterreichs Wollfarts-Einrichtungen*, 3-ci tom, p. 375), że w r. 1873 przypadał w Galicyi jeden umysłowo chory na 2492 mieszkańców, a już w 1896 r. 1 na 2089. Taką samą progresyę i znaczniejszą jeszcze znajdujemy we wszystkich innych krajach austryackich.

Wątpić nie można, że do znaczniejszego przypływu chorych w Kulparkowie z ostremi postaciami przyczyni się także zaufanie do zakładu, rozgłos o zakładzie nowożytnie przekształconym i wzorowo urządzonym. Zresztą w miarę organizacyjnego uwzględnienia potrzeb chorych, zwłaszcza opłacających wyższą klasę utrzymania, zakład sam wytworzy sobie siłę przyciągającą. (Ciąg dalszy nast.).

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 5 czerwca.

* D. 2. b. m. zakończył życie w Warszawie b. prof. fizyologii w Uniw. warszawskim, dr. Feliks Nawrocki. Zmarły urodził się w Tworkach r. 1838. Nauki gimnazyalne odbył w Poznaniu; studya lekarskie rozpoczął w r. 1858 w Wrocławiu, gdzie też w r. 1863 otrzymał dyplom doktora medycyny. Poświęcił się głównie badaniom z zakresu fizyologii i chemii, pracując pod kierunkiem Heidenhaina, Lothara Meyera i Cl. Bernarda. Kilka rozpraw wartościowych dało go poznać jako siłę niepospolitą; już w r. 1863 został powołany na posadę adjunkta przy katedrze chemii lekarskiej w Groningen, zkąd wkrótce przeniósł się do Wrocławia na stanowisko adjunkta histologii i chemii fizyologicznej. Następnie, wskutek ogłoszenia konkursu przez Wydział lekarski warszawskiej Szkoły Głównej na posadę profesora historyi medycyny, encyklopedyi i metodologii, złożył rozprawę o Janie Mayowie, fizyologu angielskim i w r. 1867 został przyjęty, jako wykładający wyżej przytoczone przedmioty w charakterze adjunkta; w r. następnym został profesorem nadzwyczajnym i w tymże stopniu przeszedł po reorganizacyi ze Szkoły Głównej do Uniwersytetu warszawskiego; 30 stycznia 1881 mianowany został profesorem zwyczajnym fizyologii.

Ś. p. Nawrocki pisał po polsku, francusku, rosyjsku i niemiecku. Kilka prac naukowych zmarłego profesora przekazały jego imię potomności, jako badacza niepospolitego i samodzielnego.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 28 maja posiedzenie zwyczajne, na którem doc. dr. Siedlecki miał odczyt p. t. »Pasorzyt zwierzęcy i komórka«.

* Wybory do Izby lekarskiej na nowe trzechlecie odbędą się d: 30 czerwca.

* Kursa trzytygodniowe dla lekarzy rozpoczną się na Wydziale lekarskim Uniw. Jagiellońskiego w dniu 7 lipca. Wpisy trwać będą do. 6-go lipca w kwesturze (*Collegium novum*), gdzie też i czesne uiścić należy. Chcących brać udział w kursach o ograniczonej liczbie uczestników, uprasza się o wczesne zgłoszenie się do odpowiednich prelegentów.

* Stopień doktora wszechnauk lekar. w Uniw. lwowskim otrzymał Alfred Roth.

* Komitet w Monachium dla wzniesienia pomnika dla Petenkofera zwrócił się do kol. dra Biera z prośbą o zbieranie składek między lekarzami polskimi.

* Obchód setnej rocznicy założenia instytucyi »internatu lekarskiego szpitali paryskich«, który się odbył d. 24 i 25 m. maja, wypadł bardzo uroczyście. Więcej szczegółów podamy w numerze następnym.

* Na posiedzeniu Najwyższej Rady zdrowia w d. 24 maja prof. Exner omówił warunki, pod którymi można użyć promieni Röntgena do badania poza zakładami naukowymi. Prof. Chrobak zdał sprawę w imieniu specyalnego komitetu o sposobach zapobieżenia szkodliwym następstwom. wynikającym z używania chorych do badań naukowo-klinicznych.

* Skutki walki z zakażeniem zimniczem, podjętej z takim nakładem pracy i grosza we Włoszech, okazały się w r. 1901 wcale pomyślne. Walka miała cechę zapobiegawczą i polegała na stosowaniu maski i tkanin drucianych. w celu zabezpieczenia się od ukąszeń komarów, oraz na rozdawaniu przetworów chininy pod rozmaitemi postaciami. Badań najwięcej w tym kierunku poczyniły zarządy kolei żelaznych w okolicach zimniczych i jeśli nie wiele jest takich miejscowości, w których zimnica podczas sezonu. w którym zwykle grasuje, zupełnie wygasła, to natomiast odsetek zachorowań we wszystkich okolicach zimniczych zmalał bardzo i każe jak najlepiej pod tym względem wróżyć na przyszłość.

* Na kuli ziemskiej jest obecnie 8000 kobiet-lekarzy: w Ameryce samej przeszło 6000, w Rosyi 700, w Anglii 400. we Francyi 85, we Włoszech 20. Liczba kobiet-lekarzy w 133 szpitalach indyjskich przewyższa liczbę lekarzy mężczyzn.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XX (11—17—V). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 18, urodziło się dzieci 91, umarło osób 83, mianowicie: z gruźlicy 15 (3 zam.), z zapalenia płuc 14 (2 zam.) z dławca i błonicy 2 (zam.), z płonicy 4. z duru brzusznego 1 (zam.), z cholery niemowląt 5 (1 zam.).

* Między 14 a 20 maja nie stwierdzono w Galicyi żadnego przypadku ospy; natomiast doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach: bohorodczańskim (1 gm.), brodzkim (1 gm.), buczackim (2 gm.), dąbrowskim (1 gm.). drohobyckim (2 gm.), grodeckim (1 gm.), horodeńskim (3 gm.), husiatyńskim (1 gm.), jaworowskim (2 gm.), kałuskim (4 gm.), kamioneckim (1 gm.). kołomyjskim (1 gm.), mościskim (1 gm.), myślenickim (1 gm.), nadworniańskim (3 gm.), niskim (1 gm.). podhajeckim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.). rawskim (1 gm.), stanisławowskim (2 gm.), tarnopolskim (2 gm.), tłumackim (3 gm.), żółkiewskim (2 gm.).

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu XX było 168, w tygodniu poprzedzającym 61.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Saxer mian. został prof. nadzw. patolog. anatomii w Lipsku. Prof. nadzw. otyatryi w Peszcie, dr. Böke, mian. prof. zwyczajnym.

Nekrologia. Dr. Konstanty Szatrowski, lat 32, zmarł w Warszawie. Dr. Marya Zakrzewska, jedna z pierwszych kobiet, które otrzymały dyplom doktora medycyny w Stanach Zjednoczonych, zmarła 13 z. m. w Bostonie. Dr. Włodzimierz Jasiński. l. 60, zmarł w N. Nowogrodzie. W Heidelbergu zmarł prof. Kussmaul, jeden ze znakomitszych klinicystów XIX-go stulecia. Żył lat 81. Prof. J. Polaillon, urodzony w r. 1836, ceniony autor, zmarł w Paryżu.

Bibliografia:

— *Zdrowie* Nr. 6. Sadowski: Cukiernictwo. Sobolewska: Śpiew w higienie i higiena w śpiewie. — Kąpiele ludowe w Warszawie.

— *Medycyna* Nr. 22. Wąsowicz: O leczeniu przewlekłych chorób serca w Krynicy, na podstawie własnych spostrzeżeń (dok.). Moraczewski: O wydzielaniu kwasu szczawiowego, indykanu i siarczanów związanych w cukrzycy pod wpływem żywienia (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr. 20. Sadkowski: Pyramidon i sposób jego działania (dok.). E. Flatau: Budowa rdzenia w świetle badań nowożytnych (c. d.).

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 4. Iwonicz (dok.). T. Piotrowski: Żegiestów.

— *Gazeta lekarska* Nr. 22. Dydyński: Przyczynek do badań nad przebiegiem niektórych pęczków rdzenia kręgowego. Brudziński: O wielolicznych kostniakach u dzieci. Ciągliński: Jakie wody mineralne, wewnętrznie użyte, przynoszą największy pożytek w skazie moczanowej i czego się po nich spodziewać można?

— *Časopis lékařů českých* Nr. 22. Pitha: O abdominalnich operacich fibromyomů děložnich. Kopfstein: Operace při chorobách orgánů močových, provedené v letech 1897 až 1901 ve veřejné všeobecné nemocnici cis. Frant. Jos. I ve Mladé Boleslavi (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 42. Albarran: Leczenie doszczętne przerostu gruczołu krokowego. Dufourt: Wpływ pokarmów na powstawanie kamicy żółciowej.

— Nr. 43. Desfosses: Setna rocznica internatu (1802—1902). Debove: Opuchlina występująca odcinkami.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 21 Treupel: O stwardnieniach *(Sclerose)* wielorakich we względzie klinicznym i ich rozpoznawaniu różniczkowem Mainzer: O pośredniem przeszczepianiu ścięgien, oraz uwagi nad podstawą fizyologiczną tego przeszczepiania. Lewi: O odruchach ścięgnistych. Doepke: Przyczynek do poznania czynnika wywołującego promienicy ludzkiej. Döllner: Leczenie czarnej choroby *(melaena)* noworodków. Bandelier: Kurczowe rozszerzenie źrenicy, wywołane ciałem obcem w uchu. Spineanu: Przyrząd do oznaczania całkowitej zawartości kwasu w soku żołądkowym. Barth: Przypadek gruźliczego zapalenia opon mózgowych z zejściem pomyślnem. Jesionek: Zmiany budowlane w oddziale żeńskim chorób płciowych szpitala miejskiego w Monachium. Przyczynek do badania sprawy prostytucyi (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 21. Fraenkel: O postaciach ostrych gruźlicy płuc. Ehrlich i Sachs: O mechanizmie działania amboceptorów. Greeff: Pole widzenia w kształcie rury przy histeryi. Gabritschewsky: O nowym odczynie na niektóre substancye odtleniające ustroju. Boehr: O leczeniu chorób serca w zdrojowisku Kreuznach.

— *Wiener medic. Wochenschrift* Nr. 22. Schlagenhaufer: O znajdowaniu się przybłonka kosmówki i o bujaniu rodzaju zaśniadu groniastego w potworniakach *(Teratoma)*. Marcovich: Badanie różyczki durowej na prątki durowe. Hartmann: Poród trojaczkowy. Ascoli: Uwagi nad artykułem Krausa i Ludwiga: »O bakteryohemolizynie i antyhemolizynie. Kraus: Odpowiedź na powyższe uwagi Ascoliego.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 22. Schoenborn: O niektórych objawach atypowych w przebiegu kiły drugorzędnej. Rosin: Etyologia cukrzycy na podstawie najnowszych badań. Litten: O zapaleniu wsierdzia (dok.). Stiller: Przyczynek do nauki o opadnięciu trzew i o objawie żebrowym tego cierpienia (dok.).

Redakcya otrzymała. Barlé: O zdravstvu staroga Zagreba. Trzebicky: Zur Resection des Thorax wegen Neubildung. Grabowski i Żukowski: Terapia ogólna chorób skóry. Broadbent: Herzkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Prognose und der Therapie (przełożył z angielskiego Dr. Kornfeld).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 14 Czerwca 1902. Nr. 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O doniosłości badania krtani przy tętniakach aorty.

Napisał

Dr. Jan Sędziak (Warszawa).

W roku 1898 wypowiedziałem w warsz. Tow. lek. rzecz p. t. „Przyczynek do ważności badania krtani, oraz zastosowania promieni Roentgena przy tętniakach aorty“ [1]). W odczycie tym na podstawie 74 przypadków, zebranych w dostępnem mi piśmiennictwie, oraz 7, spostrzeganych przeze mnie w praktyce prywatnej i szpitalnej, utrzymywałem:

1) że porażenie (częściowe, lub całkowite) nerwu krtaniowego dolnego *(n. recurrentis)* jest niezmiernie częste, — a co najważniejsza, w wielu razach jest jednym z najwcześniejszych objawów tętniaków aorty — i

2) że promienie Roentgena w tych przypadkach, gdzie niema wyraźnych objawów fizykalnych (tętniaki utajone aorty), w większości przypadków potwierdzają podejrzenie tego cierpienia, podejrzanego na podstawie badania laryngoskopowego. .

W końcu roku zeszłego miałem znowu sposobność spostrzegania przypadku, stwierdzającego w zupełności słuszność wyżej przytoczonego twierdzenia. Przypadek ten w krótkości przedstawia się, jak następuje:

X., l. 44., obywatel ziemski, przybył do mnie w dniu 20. listopada 1901 r., skarżąc się na chrypkę, trwającą od 3 tygodni, rzekomo po zaziębieniu, której towarzyszył mierny kaszel i świeży nieżyt nosa. Chory opowiada, że do ostatnich prawie czasów był zdrów, a dopiero przed 2 laty zapadł na płonicę o niezwykle ciężkim przebiegu, powikłaną dwukrotną różą twarzy, oraz zajęciem nerek, które dopiero po kilku miesiącach ustąpiło. W ostatnim też czasie zaczął doznawać bolów, oraz niepokojów w okolicy serca, coś w rodzaju dusznicy bolesnej. W ogóle jest osobnikiem bardzo nerwowym, nadużywającym od dawna tytoniu oraz napojów wyskokowych; przymiotu nie przechodził.

Przy badaniu znalazłem, co następuje: w nosie, oraz jamie nosowogardzielowej, jakoteż w jamie ustnej i gardzielowej rozlany obustronny nieżyt przewlekły *(rhino-pharyngitis chr. exacerbata)*, prawdopodobnie spowodowany nadmiernem paleniem, oraz nadużyciem napojów wyskokowych, jakoteż świeżem przeziębieniem w dalekiej podróży; w krtani natomiast zamiast spodziewanych objawów zapalnych, znalazłem ku mojemu wielkiemu zdziwieniu porażenie struny prawdziwej lewej, która znajdowała się w ułożeniu środkowem (*positio mediana s. phonatoria*). Jednem słowem miałem do czynienia z całkowitem porażeniem mięśnia obrączko-nalewkowego lewego *(paralysis m. cricoarytaenoidei post.*, czyli to, co niemcy nazywają „Posticuslähmung“).

Jak już wspomniałem, w krtani brakowało zupełnie objawów zapalnych, może nieco tylko struny prawdziwe, a zwłaszcza rzekome, były zaczerwienione. Rzecz prosta, że w obec wyniku badania laryngoskopowego przystąpiłem bezzwłocznie do badania ogólnego, którego zresztą u każdego chorego mam zwyczaj dokonywać, uważając badanie to za niezbędne uzupełnienie badania miejscowego.

Chodziło mi mianowicie o rozstrzygnięcie, jakiej natury jest owo porażenie struny głosowej lewej?

Jak wiadomo [2]), porażenie to, stanowiące częściowe porażenie nerwu zwrotnego, może być podwójnego pochodzenia, t. j. obwodowego i ośrodkowego. To ostatnie najczęściej się zdarza w wiądzie rdzenia, pierwsze zaś niezmiernie często, jak to na wstępie wspomniałem, przy tętniakach aorty.

Już badanie tętna, wykazującego u naszego doskonale zresztą zbudowanego i odżywianego chorego cechy stwardnienia tętnic, naprowadzało na myśl, że w tym przypadku prawdopodobnie będziemy mieli do czynienia z porażeniem krtani pochodzenia obwodowego. I rzeczywiście dalsze badanie wykazało przedewszystkiem brak wszelkich podstaw do rozpoznania cierpienia nerwowego ośrodkowego (odruchy kolanowe zachowane, źrenice oddziaływują i t. d.), natomiast przy badaniu klatki piersiowej znaleźliśmy [3]) wymiar podłużny lewej komory serca nieco powiększony, oraz zaostrzenie 2-go tonu aorty — objawy wskazujące na przerost lewej komory, co ostatecznie nie przedstawiało nic dziwnego ze względu na przebyte dłużej trwające zapalenie nerek. Natomiast wyraźnych objawów tętniaka aorty nie byliśmy w stanie stwierdzić, tętno również, w ogóle silnie napięte, nie wykazywało jednak różnic z obu stron. Pomimo tego mając żywo w pamięci przypadek, który mi posłużył do napisania wyżej wspomnianej pracy, a w którym również z wyjątkiem porażenia struny prawdziwej lewej, brakowało wyraźnych objawów tętniaka aorty, a pomimo to badanie promieniami Roentgena wyświetliło prawdziwą przyrodę cierpienia, na naradzie z Dr. Borsukiem postanowiliśmy chorego poddać temu badaniu, co też było dokonanem w dniu następnym w gabinecie Dra Brunnera, lekarza naczelnego szpitala ś-go Ducha.

I rzeczywiście badanie to wykryło najzupełniej istnienie w naszym przypadku tętniaka aorty: i tu podobnie, jak

[1]) Rzecz ta była drukowaną w tymże roku w »Gazecie lekarskiej«, oraz po niemiecku w »Archiv für Laryngologie«, 8. B. 1. H.

[2]) Porównaj moją pracę: »Zaburzenie krtaniowe w cierpieniach układu nerwowego ośrodkowego«. (»Gaz. lek.« 1899, oraz po niemiecku w Hauga Klinische Vorträge B. IV. — H. 3.).

[3]) Badanie ogólne przeprowadzone było wspólnie z Dr. Borsukiem, którego bardzo interesował ten przypadek.

w wyżej wspomnianym przypadku, nad ciemną przestrzenią, przedstawiającą obrysy serca, widać było aortę, której lewa strona znacznie była wypukloną; wypuklenie to w postaci guza wykazuje, acz słabe, lecz wyraźne tętnienie.

Dodać tu jeszcze należy, że badanie X. promieniami poprzedziło niezwykle szczegółowe zbadanie układu nerwowego, przeprowadzone przez Dra Brunnera. Nie wykazało ono również żadnych zmian w układzie nerwowym ośrodkowym.

W obec tego wyniku postanowiliśmy na naradzie z Drem Borsukiem, ażeby ze względu na stan nerwowy chorego nie wtajemniczać go w szczegóły istotnego jego stanu, nie tając jednak, że sprawa jest poważna i że przedewszystkiem powinien unikać wszelkich nadużyć, zwłaszcza napojów wyskokowych, oraz tytoniu, jakoteż wzruszeń moralnych; leczenie wewnętrzne na razie ograniczyliśmy do zapisania choremu małych dawek jodku potasowego.

Zaleciliśmy wreszcie choremu, by się pokazał po miesiącu, w celu ewentualnych wstrzykiwań podskórnych żelatyny, — metody, jak wiadomo, w ostatnich czasach przez wielu lekarzy gorąco zalecanej w przypadkach tętniaków aorty.

Miejcowo z wyjątkiem paru mięsień drgawkowych, zastosowanych przezemnie w celu usunięcia świeżego nieżytu błony śluzowej nosa i jamy nosowogardlanej, oraz paru zewnętrznych mięsień krtani za pomocą elektromotoru i zadmuchiwań ortoformu do krtani, nic więcej nie zaleciłem ze względu na przyczynę natury ogólnej porażenia struny głosowej.

Chory zjawił się ponownie w pierwszych dniach Stycznia 1902 r. w stanie mniej więcej jednakowym: chrypka bez zmiany. badanie krtani wykazuje ten sam obraz, t. j. porażenie struny prawdziwej lewej.

Chorego poddaliśmy ponownie badaniu promieniami Roentgena, które tym razem wykonał Dr. Barszczewski, przygotowawszy jednocześnie bardzo udatną fotografię.

Na walnej naradzie, odbytej w dniu 6 stycznia, w której oprócz mnie uczestniczyli doktorzy: Pawiński, Jakowski, Borsuk, oraz lekarz domowy chorego — X, po stwierdzeniu niedomykalności zastawki dwudzielnej w umiarkowanym stopniu (lekki szmer rozkurczowy), oraz nieznacznego stopnia rozszerzenia *(ectasia)* aorty, postanowiono nie stosować wstrzykiwań żelatyny, a jedynie ograniczyć się w dalszym ciągu do małych dawek jodku potasowego, zaś w razie napadu dusznicy bolesnej zalecono nitroglicerynę na wewnątrz.

Rzecz prosta, że przepisy higieniczno-dyetyczne pozostawiliśmy bez zmiany. Do płókania zalecono mentol. Wreszcie zalecono choremu, by od czasu do czasu przyjeżdżał w celu poddania się badaniu laryngoskopowemu. To ostatnie w tych rzeczach ma niezmiernie ważne znaczenie: wykazuje ono mianowicie, czy sprawa się rozwija, czy też stoi w miejscu, lub nawet ustępuje, co acz rzadko, jednak się zdarzyć może.

W pierwszym razie częściowe porażenie nerwu zwrotnego, wyrażające się porażeniem mięśnia rozwieracza głośni, *(Posticuslähmung, paralysis postici)*, przechodzi w całkowite *(paralysis n. recurrentis)*, wywołane zwiększonym uciskiem tętniaka na nerw krtaniowy dolny, wskutek czego już nietylko ulegają porażeniu włókna nerwowe, idące do jedynego mięśnia rozwieracza głośni, tj. obrączko-nalewkowego tylnego *(m. crico-arytaenoideus post.)*, lecz i pozostałe włókna, unerwiające mięśnie zwieracze, a przedewszystkiem mięsień strun głosowych *(m. thyreo-arytaenoideus int.)*. Zmiana ta wyrażać się będzie w obrazie laryngoskopowym zmianą położenia strun: mianowicie zamiast środkowego wzgl. fonacyjnego będziemy mieli do czynienia z t. zw. położeniem trupiem strun głosowych *(positio cadaverica)*.

W razie zaś poprawy ruchomość strun, zarówno przy wdechu, jak i fonacyi zbliżać się będzie coraz bardziej do normy, lub jeśli było pierwotnie porażenie całego nerwu — położenie trupie strun głosowych zamieni się na położenie środkowe, jakto mianowicie miało miejsce w przypadku, opisanym przezemnie w pierwszej pracy, gdzie też i ponowne zbadanie promieniami Roentgena wykazało istotnie poprawę (skurczenie się tętniaka aorty, oraz brak w nim tętnienia).

Przypadek więc obecny, jakoteż inne opisane w wyżej przytoczonej mojej pracy, niezbicie stwierdzają ów kapitalny fakt, że przedewszystkiem badanie laryngoskopowe ma pierwszorzędne znaczenie dyagnostyczne, a po części i prognostyczne w tętniakach aoty, oraz że promienie Roentgena w tem cierpieniu mają również ważne znaczenie, potwierdzające wyniki badania krtani.

Obie więc powyższe metody badania niejako się uzupełniają i są niezbędne w rozpoznawaniu i po części rokowaniu przy tętniakach aorty, a zwłaszcza utajonych ich postaciach.

II. O cytotoksynach.

Wykład

Prof. K. Kleckiego

na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 11 grudnia 1901 r.

(Ciąg dalszy).

Z powyższego przedstawienia wynika, że w hemotoksynach swoistych czynnikiem działającym swoiście jest jedynie istota uczulająca, współdziała zaś tutaj ta sama aleksyna, którą zawiera surowica prawidłowa. Doświadczenia Bordeta wskazują, że w odpowiednich warunkach (t. j. po właściwem uczuleniu) ta sama aleksyna działa bakteryobójczo. Jeżeli do ciałek krwi uczulonych (zawieszonych w odpowiedniej surowicy swoistej, ogrzanej do 55° przez $^1/_2$—1 g.) dodać aleksyny (surowicy prawidłowej), następuje rozpuszczenie ciałek (hemoliza); jeżeli w doświadczeniu tem ilość ciałek czerwonych była dostatecznie wielką, to płyn pozostały po odcentryfugowaniu zniszczonych ciałek, płyn, który pierwotnie zawierał aleksynę, po dokonaniu hemolizy dodany do uczulonych bakteryj, np. przecinkowców cholery (zawieszonych w odpowiedniej surowicy swoistej ogrzanej), na rzeczone bakterye zupełnie nie działa — nastąpiło tu bowiem zupełne wyczerpanie aleksyny przez uczulone ciałka czerwone krwi. I odwrotnie, postępując w sposób analogiczny, można wyczerpać w surowicy aleksynę przez uczulone mikroby tak, że płyn pozostały po oddzieleniu szczątków mikrobów nie działa już na ciałka czerwone nawet uczulone. A więc aleksyną, działającą w surowicach ciałkobójczych oraz bakteryobójczych jest jedno i to samo ciało, istniejące już w surowicy prawidłowej danego gatunku zwierzęcia; ale-

ksyny różne spotyka się tylko u zwierząt różnogatunkowych.

Nie wszyscy badacze zgadzają się jednak na to twierdzenie: Ehrlich i Morgenroth, Neisser, Bail, Wassermann i in. sądzą, że nietylko aleksyna surowic swoistych jest różną od aleksyny surowicy prawidłowej danego zwierzęcia, oraz że w rozmaitych surowicach swoistych różne występują aleksyny, ale nawet że w każdej surowicy prawidłowej znachodzi się cały szereg najrozmaitszych aleksyn czyli „komplementów“, które działają w sposób więcej lub mniej swoisty na przeróżne twory. Ehrlich i Morgenroth uważają, że udało im się oddzielić w surowicy prawidłowej kozy aleksynę, działającą na ciałka czerwone królika, od aleksyny, działającej na ciałka czerwone świnki morskiej; wyniki odnośnych doświadczeń można jednak wytłómaczyć równie dobrze przez różną wrażliwość ciałek czerwonych zwierząt różnych gatunków na działanie jednej i tej samej aleksyny, zwłaszcza że w doświadczeniach tych aleksyna w silnem występowała rozcieńczeniu.

Przytoczeni badacze uważają nadto, że owe „komplementy“ czyli aleksyny nie są jedynemi ciałami, które w surowicy prawidłowej działają ciałkobójczo. Zdaniem ich w każdej surowicy prawidłowej obok całego szeregu „ciał dodatkowych“ istnieje drugi szereg ciał swoistych, analogicznych do istot uczulających surowic swoistych, ciał, które Ehrlich nazwał „ciałami pośredniczącemi“ *(Zwischenkörper)*. Podobnie jak działanie właściwe surowic swoistych polega na współdziałaniu aleksyny i swoistej istoty uczulającej, tak samo, zdaniem rzeczonych badaczów, i działanie ciałkobójcze a względnie bakteryobójcze każdej surowicy prawidłowej zależy od współdziałania jednego z wielu, właściwego „komplementu“ oraz odpowiedniego „ciała pośredniczącego.“

Nie mogąc wchodzić na tem miejscu w szczegółowe rozbieranie powyższego zapatrywania, zaznaczę tylko, że przyjmując je, musielibyśmy zgodzić się na to, iż w każdym ustroju prawidłowym istnieje w stanie preformowanym nieskończenie długi szereg ciał swoistych o własnościach skierowanych przeciwko najprzeróżniejszym tworom komórkowym obcym, z któremi w warunkach naturalnych rzeczony ustrój żadnej nie ma styczności.

Reasumując wszystko, cośmy w tym względzie powiedzieli, zaznaczam, że współdziałanie dwu istot, tj. aleksyny i istoty uczulającej jest dowiedzione z wszelką pewnością tylko w odniesieniu do surowic swoistych, a więc i do ciał, które dotychczas głównie nas zajmowały, tj. do hemotoksyn swoistych, otrzymanych przez szczepienie zwierząt krwią równogatunkową.

Przez takie szczepienie powstają zwykle w ustroju i przechodzą do krwi obok swoistych istot hemolitycznych ciała, które sprowadzają wybitną swoistą aglutynacyę takich ciałek czerwonych, jakiemi zwierzę szczepiono. Najczęściej i pod tym względem zachodzi w ustroju szczepionym tylko spotęgowanie własności, istniejącej już w stanie prawidłowym, oraz nadanie jej pewnej, zwykle wybitnej swoistości; zauważę przytem, że i przy uodparnianiu zwierząt na rozmaite zarazki występują zjawiska zupełnie analogiczne pod względem aglutynacyi danych mikrobów przez surowicę ustroju szczepionego. Muszę jednak podnieść, że owe własności aglutynacyjne swoiste występują w surowicy zwierząt szczepionych zupełnie niezależnie od jej własności ciałkobójczych, a względnie bakteryobójczych (a więc i od odporności); każda z tych własności jest zawisłą od powstania w ustroju ciał odrębnych (aglutynin oraz hemotoksyn, względnie istot bakteryobójczych), które ukazują się w surowicy swoistej w różnym czasie po rozpoczęciu szczepienia zwierzęcia (Małkow), a których działanie, nie okazujące żadnego wzajemnego stosunku, zależy od niezbadanych dotychczas właściwości indywidualnych ustroju (Ehrlich).

Hemotoksyny swoiste powstają w organizmie nietylko przez szczepienie całkowitemi ciałkami czerwonemi; otrzymano je również przez szczepienie szkieletami ciałek czerwonych różnogatunkowych, a także surowicą krwi. Schattenfroh podaje, że po szczepieniu podskórnem królików moczem ludzkim oraz moczem kozy, w surowicy ich wystąpiły swoiste hemotoksyny. Co zaś ważniejsza, ciała takie powstają w ustroju nawet wówczas, gdy wprowadza się odpowiedni materyał do przewodu pokarmowego; po karmieniu w ciągu dłuższego czasu szczurów białych krwią końską lub króliczą, w surowicy ich występowały swoiste własności hemolityczne (Metalnikow).

* * *

Gdy przez odpowiednie szczepienie zwierząt otrzymano cały szereg rozmaitych hemotoksyn swoistych, z natury rzeczy nastręczało się pytanie, czy, postępując w sposób analogiczny, nie możnaby otrzymać podobnych ciał swoistych, działających na ciałka białe krwi. Doświadczenia, podjęte w tym kierunku przez Miecznikowa, Bezredkę, Delezenna dały wynik pomyślny: przez szczepienie zwierząt emulsyą ze śledziony lub gruczołów limfatycznych, albo też ciałkami białemi, otrzymanemi ze krwi zwierząt innego gatunku, powstawały w ustroju szczepionym i przechodziły do surowicy swoiste leukocydyny czyli leukotoksyny, które sprowadzały unieruchomienie, aglutynacyę, oraz przemianę na przejrzyste pęcherzyki i rozpuszczanie się ciałek białych tego gatunku, jakich użyto do szczepienia.

W szeregu doświadczeń swoiste własności leukolityczne występowały w surowicy i po szczepieniu zwierząt całkowitą krwią odwłókniona a także i surowicą różnogatunkową.

Jakkolwiek leukotoksyny są ciałami wogóle dość niestałemi, są one dla odpowiedniego ustroju jadowite, niekiedy nawet w bardzo wysokim stopniu; Delezenne np. otrzymał surowicę leukotoksyczną dla psa, której dawka śmiertelna wynosiła 0·4 cm^3 na 1 kg. zwierzęcia. Ten sam badacz wykrył niezmiernie ważną własność leukotoksyny: po wprowadzeniu do ustroju żywego utrudnia ona krzepnięcie krwi *(in vitro* działa leukotoksyna przeciwnie); przytem występuje wówczas zmniejszenie się ilości ciałek białych we krwi, narkoza zwierzęcia, zmniejszenie się ciśnienia krwi — podobnie jak w zatruciu peptonem, który, jak wiadomo, również utrudnia krzepnięcie krwi w ustroju.

Jeśli się zważy, jak wielką doniosłość mają ciałka białe w życiu fizyologicznem, zwłaszcza zaś w stosunkach patologicznych, zrozumiałą jest rzeczą, jak ważnem było poznanie takiego ciała, jakiem jest leukotoksyna, tem więcej, że, jak to wykazał Bezredka, jad ten w pewnych warunkach może sprowadzić nie leukolizę, ale przeciwnie leukocytozę.

* * *

W r. 1899 wyraził Miecznikow przypuszczenie, że zapewne uda się otrzymać swoiste jady, działające na rozmaite komórki. Badania doświadczalne, w części własne po-

szukiwania Miecznikowa słuszność tego przypuszczenia w zupełności stwierdziły.

Z łatwo zrozumiałych względów do badań takich nadawały się przedewszystkiem tę komórki, które po za składnikami krwi spotykamy w ustroju w stanie wolnym, a więc plemniki. Landsteiner, Miecznikow, Moxter, Metalnikow przez szczepienie zwierzętom nasienia różnogatunkowego otrzymali swoiste spermotoksyny. Ciała te działają wogóle słabiej jak np. hemotoksyny, gdyż odpowiednich komórek, t. j. plemników nie niszczą; wywierają one jednak na nie wpływ szkodliwy, w wybitnym stopniu upośledzający ich ruchy. Niekiedy już surowica prawidłowa upośledza w słabym stopniu ruchy plemników różnogatunkowych; przez szczepienie danych plemników zwierzęciu rzeczona własność surowicy potęguje się, a przytem nabiera swoistości.

W surowicy spermotoksycznej, podobnie jak w surowicy hemolitycznej współdziałają aleksyna, oraz swoista istota uczulająca.

Postępując w sposób analogiczny jak z komórkami wolnemi, z komórkami tkanek stałych, t. j. przez szczepienie tych komórek w odpowiednich zawiesinach zwierzętom innego gatunku, otrzymano już dotychczas cały szereg swoistych cytotoksyn, działających szkodliwie na tkanki różnych narządów, a mianowicie:

Przez szczepienie świnkom morskim nabłonka migawkowego, zeskrobanego z tchawicy wołu i zawieszonego w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej, otrzymał v. Dungern t. z. trychotoksynę, czyli epiteliotoksynę, jad, który znosi zrazu ruchy migawek rzeczonych komórek, poczem komórki te przybierają kształt nieprawidłowy, wydłużają się albo też stają się kuliste, beczkowate, zbijają się w kupki i obumierają. Cytotoksyna ta działa w ustroju silniej jak po za ustrojem. Ciało uodparniające na nabłonek znalazł v. Dungern nietylko w samych komórkach nabłonkowych, ale także w ich wytworze — mleku.

Bardzo jadowitą jest hepatotoksyna, powstała przez szczepienie miąższem wątroby ustroju różnogatunkowego (Delezenne); jej dawka śmiertelna wynosi zaledwie parę cm³ na 1 kg. zwierzęcia i zabija już w kilkanaście godzin; po wprowadzeniu przez przewód żółciowy do wątroby działa ona jeszcze silniej: zabija zwierzę już w dawce wynoszącej 1 cm³ na 1 kg. Wprowadzony do ustroju w dawce słabszej, jad ten sprowadza zwyrodnienie tłuszczowe wątroby, podobne do tego, jakie spotykamy w zatruciu fosforem, lub w ostrym żółtym zaniku wątroby; przy badaniu mikroskowem takich wątrób znalazł nadto Delezenne rozszerzenie naczyń krwionośnych i limfatycznych, oraz nacieki drobnokomórkowe. Badanie moczu wskazywało, że w stanie tym zachodzi silna niedomoga czynnościowa wątroby: ilość mocznika była zmniejszona, ilość NH_3 zwiększona, w moczu była leucyna i tyrozyna; występowały również zaburzenia czynności przewodu pokarmowego; gdy stan taki trwał jakiś czas, następowało wyniszczenie ustroju (cachexia); żółtaczki przytem nie było. Po zadaniu zaś odpowiednim zwierzętom hepatotoksyny w wielkiej dawce następowała rozległa nekroza miąższu wątroby, co oczywiście w krótkim czasie sprowadzało zejście śmiertelne.

Przez szczepienie zwierząt zawiesiną miąższu nerkowego różnogatunkowego otrzymał Nefediew swoistą nefrotoksynę, która sprowadzała białkomocz już na drugi dzień po zastrzyknięciu; przy badaniu mikroskopowem nerek zwierząt zatrutych znalazł Nefediew prócz przekrwienia zmiany patologiczne w kłębkach, zwyrodnienie nabłonka cewek krętych i nacieki drobnokomórkowe.

Po nieudanych próbach Surmonta i Carnota otrzymania pankreatotoksyny, Achalme przez szczepienie trzustki psiej do mięśnia piersiowego gęsi sprowadził wybitne wzmożenie się własności antytryptycznych ich surowicy. Działająca tu cytotoksyna przyspiesza zarazem wydzielanie pankreatyny przez komórki trzustki, działa więc zarazem tryptogenetycznie.

Suprarenotoksyna (Bigart i Bernard), stosunkowo jadowita, sprowadza zmiany patologiczne w nadnerczach; istota rdzenna nadnerczy ulega odbarwieniu (u świnek morskich), niekiedy nawet rozpływa się.

W końcu przytoczę trzy cytotoksyny, otrzymane przez Delezenna, t. j. sialotoksynę, upośledzającą czynność komórek ślinianek, tyreotoksynę oraz neurotoksynę.

Neurotoksyna, otrzymana przez szczepienie śródmózgowe kaczkom zawiesiny mózgu, móżdżku, rdzenia przedłużowego i rdzenia kręgowego psa, odznacza się bardzo znaczną jadowitością: surowica neurotoksyczna, wstrzyknięta do mózgu psa w dawce 0.3—0.4 cm³ na 1 kg. zwierzęcia, zabija zwierzę wśród gwałtownych objawów już w ciągu kilku minut; śmierć następuje tu wskutek porażenia oddechania. (Pies znosi wstrzyknięcie do mózgu surowicy kaczki normalnej w dawce do 0.8 cm³ na 1 kg. bez objawów patologicznych; fizyologicznego rozczynu soli kuchennej można wstrzyknąć psu do mózgu 2 cm³ na 1 kg., nie wywołując przez to żadnych zaburzeń.). Słabe dawki neurotoksyny (0.1 cm³ na 1 kg.) sprowadzają u psa napady pobudzenia, jako to chód niepewny, drgawki, szczekanie konwulsyjne, przykurczenia głowy lub szczęki dolnej; przytem występują zaburzenia czucia, odruchów, oddechania, czynności serca, ślinienie i polyurya. Na działanie tej cytotoksyny okazują zwierzęta starsze większą wrażliwość, jak zwierzęta młode.

Neurotoksyna Centanniego (z barana dla królików) zabijała króliki po wprowadzeniu do mózgu $^1/_3$ cm³ suro- w ciągu 48 godzin. Komórki ośrodków nerwowych zwierząt zatrutych okazywały zmiany patologiczne, jakoto wakuolizacyę, chromatolizę i t. d.

Jakkolwiek badania dotychczasowe nad cytotoksynami działającemi na komórki tkanek stałych nie są ani tak rozległe, ani tak ścisłe, jak te, w których zajmowano się hemotoksynami, to jednak już dzisiaj wynika z nich fakt niewątpliwy, że ustrój wyższy reaguje w bardzo znamienny sposób nietylko na wprowadzone doń, szkodliwie nań działające mikroby chorobotwórcze, ale że podobna reakcya występuje w ustroju po dostaniu się do jego soków tworów komórkowych nawet zupełnie niewinnych, jak n. p. nabłonka migawkowego z dróg oddechowych, ale różnogatunkowych, a więc dla danego ustroju obcych. W obydwu przypadkach reakcya ustroju polega na wytwarzaniu ciał swoistych, upośledzających, a względnie niszczących dane obce twory. Przytem reakcya ta jest tem silniejszą, innemi słowy wytworzone cytotoksyny są tem bardziej jadowite, im

dalej w szeregu zoologicznym od danego ustroju stoi to zwierzę, którego komórkami ustrój szczepiono.

* * *

Przy dalszych poszukiwaniach nad cytotoksynami okazało się, że owa wrażliwość ustroju na elementy obce jest jeszcze dalej posuniętą, bo już nietylko na wprowadzenie komórek, pochodzących ze zwierzęcia innego gatunku, ale na komórki innego indywiduum tego samego gatunku reaguje niekiedy ustrój przez wytwarzanie istot, na wprowadzone komórki szkodliwie działających.

Ehrlich i Morgenroth stwierdzili, że przez szczepienie kozy ciałkami czerwonemi innej kozy surowica kozy szczepionej może nabrać własności rozpuszczania ciałek czerwonych drugiej kozy; jad, który tu w surowicy występuje, nazwali Ehrlich i Morgenroth izolizyną.

Izolizyna może jednak powstać w ustroju i przez rozpad i resorbcyę jego własnych ciałek czerwonych: w doświadczeniach Ascoliego własności izolityczne surowicy występowały u królików po wstrzyknięciu im własnej ich krwi odwłóknionej i zmieszanej z wodą przekroploną. Tem się tłomaczy, że już w stanie prawidłowym surowica okazuje niekiedy własności izolityczne, wprawdzie w niezmiernie słabym stopniu; w różnych zaś chorobach, połączonych ze wzmożonym rozpadem ciałek krwi, własności te mogą się spotęgować (Maragliano).

Podobnie jak przy powstawaniu w ustroju hemotoksyn powstają zazwyczaj zarazem mniej lub więcej swoiste aglutyniny, tak samo przy powstawaniu izolizyn powstają zazwyczaj zarazem t. z izoaglutyniny, t. j. ciała, sprowadzające aglutynacyę odpowiednich elementów innego osobnika tego samego gatunku.

W przypadku duru brzusznego, w którym surowica była izolityczną, Ascoli stwierdził, że analogicznie z innemi hemotoksynami, współdziałają tu istota uczulająca oraz aleksyna.

Jeszcze ciekawszą, jak sprawa izolizyn, jest kwestya, czy w ustroju wskutek rozpadu i rezorbcyi własnych jego elementów mogą powstawać ciała, działające szkodliwie na podobne prawidłowe elementy tego samego ustroju. Ehrlich i Morgenroth przez szczepienie zwierząt własną ich krwią analogicznej z izolizyną autolizyny nie otrzymali; natomiast Metalnikow przez wstrzykiwanie do brzucha świnkom morskim własnego ich nasienia sprowadził wystąpienie w ich surowicy własności autospermotoksycznych, wyraźnie się ujawniających w działaniu na plemniki tego samego zwierzęcia *in vitro*. Atoli nie jest jeszcze rzeczą rozstrzygniętą, czy autospermotoksyna, czy też jakakolwiek inna autotoksyna może powstać i działać w samym ustroju *in vivo*; rozwiązanie tej kwestyi w przyszłości oczywiście będzie miało pierwszorzędną doniosłość. (C. d. n.).

III. Organizacya desinfekcyi w miastach większych.

Napisał

Dr. Leonard Bier.

(Dokończenie).

Zachodzić może jeszcze pytanie, ilu funkcyonaryuszów dla desinfekcyi potrzebuje miasto? Potrzebę tę obliczyć należy według liczby zapotrzebowań urzędowych i prywatnych i ilości potrzebnego na desinfekcyę czasu. Do odkażenia pokoju średnich rozmiarów i nie wielkiej ilości sprzętów potrzeba przy stosowaniu formaliny na odpowiednie przygotowanie pokoju i następowe odkażenie do 3 godzin. Jeden urzędnik od desinfekcyi z pomocnikiem wykona zatem dziennie 3—4 desinfekcyi przy odległościach niezbyt wielkich. W razie potrzeby uzupełnienia desinfekcyi formalinowej odkażaniem parą potrzebny jest 3-ci służący, który zabiera z domu rzeczy do desinfektora parowego, tam je odkaża i napowrót do odkażonego już mieszkania odwozi. Przy obsłudze wozu konnej 1 służący wyrówna przy przyrządzie parowym większym obok maszynisty 2—3 parom służby pełniącej funkcyę w mieszkaniach.

Zaprowadzenie dobrze zorganizowanej i wyćwiczonej służby desinfekcyjnej przyczyni się bez wątpienia do zwiększenia liczby desinfekcyj mieszkań, jednak tylko pośród ludności więcej uświadomionej w sprawach higieny i nie żałującej kosztów, których zwrotu oczywiście miasto żądać musi za udzielenie służby i zużycie przyrządów. Ludności takiej jak wiadomo nie wiele. Bezpłatnie oddanie ze strony miasta zakładu desinfekcyjnego i służby do użytku publiczności zapewne zwiększyłoby jeszcze liczbę desinfekcyj dokładnie wykonanych, mimo to pozostałaby w mieście większość mieszkań nie odkażonych zupełnie, lub niedostatecznie, gdyby desinfekcyę po chorobach zakaźnych zostawiono do woli publiczności, a to z powodu nieświadomości i niewiary w jej wartość w szerokich warstwach ludności. W celu przeprowadzenia desinfekcyi po wszystkich przypadkach chorób zakaźnych, należałoby na wzór wielu miast niemieckich wydać miejscowe rozporządzenie, zobowiązujące głowy gospodarstw oddzielnych, właścicieli i zarządców domów do przeprowadzenia odkażenia po chorobach zakaźnych wydarzających się w ich gospodarstwie, względnie w ich domu, a do wykonania desinfekcyi przeznaczyć wyłącznie służbę miejską. Obowiązkowa ta desinfekcya musiałaby być oczywiście bezpłatną dla ludności niezamożnej. Choroby, po których według przytoczonego rozporządzenia miałaby być wykonaną desinfekcya mieszkań, podzielićby należało na kategorye, z których pierwszą stanowiłyby choroby obowiązujące do desinfekcyi: dżuma, cholera, ospa, płonica, dur plamisty, brzuszny, błonica, i śmiertelne wypadki gruźlicy płucnej [3]). Dołączyćby do nich można zapalenie opon mózgordzeniowych. Do kategoryi drugiej zaliczyćby należało: odrę, czerwonkę złośliwą i gorączkę pologową. W tych chorobach, jak również w niekończącej się śmiertelnie gruźlicy płucnej, możnaby desinfekcyę pozostawić do woli publiczności, zalecić ją, a tylko w wyjątkowych przypadkach mógłby lekarz miejski zarządzić odkażenie obowiązkowe. Zarządzenie wykonawcze, oddzielne ogłoszenia dla lekarzy i pouczające objaśnienia dla szerszego ogółu, musiałyby nastąpić po ogłoszeniu takiego rozporządzenia miejscowego, do którego wydania ze strony miasta istnieje podstawa prawna w ustawie o organizacyi publicznej służby zdrowia z r. 1870 § 4 a).

Aby jednak rozporządzenie to mogło istotnie przyczynić się do przytłumienia chorób zakaźnych, potrzeba, by prócz wzorowo zorganizowanej służby desinfekcyjnej i reszty urządzeń i przyborów do desinfekcyi, uskuteczniono jeszcze

[3]) Wobec tego, że obowiązujące dotychczas przepisy o donoszeniu o chorobach zakaźnych nie obejmują gruźlicy, obowiązkową desinfekcyę po gruzlicy ograniczyćby trzeba jedynie do przypadków śmiertelnych.

inne urządzenie, po części niezbędne dla prawidłowego wykonania takiego rozporządzenia.

Jednym z najważniejszych warunków, aby desinfekcya mieszkań powstrzymała szerzenie się chorób zakaźnych, jest, aby dokonano jej w odpowiednim czasie, nie przed ukończeniem choroby, aby raz odkażone mieszkanie nie uległo ponownemu zakażeniu. Jeżeli chory zmarł lub przeniósł się do szpitala, określenie czasu desinfekcyi nie przedstawia trudności; natomiast w większości przypadków, gdy chory pozostaje w mieszkaniu, określenie to nie zawsze jest łatwe. Co do niektórych chorób, których zarazków dotychczas nie znamy, wskaże nam doświadczenie, kiedy chory przestaje być w okresie powrotu do zdrowia zakaźnym; — dla płonicy przyjmujemy 6 tygodni. Nie zawsze jednak, jak wiadomo, wystarczy na ukończenie choroby 6 tygodni; w przypadkach o przebiegu ciężkim i z powikłaniami dopiero po ukończeniu całej choroby byłaby wskazaną desinfekcya mieszkania. Co do 2 innych chorób: błonicy i cholery, to wiadomo, że zarazki ich przechowują się w wydzielinie ustnej, względnie w kale, jeszcze przez czas dłuższy po wyzdrowieniu. Chcąc ściśle postąpić, należałoby desinfekcyę mieszkań wykonać wtedy, gdy badanie bakteryologiczne wydzielin tych da wynik ujemny. Wynika ztąd potrzeba pracowni bakteryologicznej miejskiej, którąby badania te wykonywała dla lekarzy, oczywiście bezpłatnie, oraz przygotowywała naczynia, odpowiednie do celów powyższych. Potrzebę takiej pracowni uzasadnia nie tylko wzgląd na określenie terminu desinfekcyi, na ścisłą jej kontrolę, ale o wiele więcej wzgląd na doniosłość wczesnego rozpoznania wielu chorób zakaźnych, które w badaniu bakteryologicznem tak wielką posiada pomoc, oraz wzgląd na kontrolę jakości wody w miastach, posiadających wodociąg. Jak wielką usługę oddają takie zakłady zdrowiu publicznemu, świadczy ich rozwój w wielu miastach amerykańskich i niemieckich, świadczy znaczenie, jakie im przypisuje rząd i miasta niemieckie, tworząc stacye takie, szczególniej w okolicach więcej nawiedzanych przez choroby zakaźne (Królewiec, Gdańsk, Poznań, Wrocław, Halle). Że naturalnie chorzy ze szpitala powracać winni do domu dopiero wtedy, gdy badanie wykaże, że nie wydzielają już zarazków, rozumie się samo przez się. W tym celu, aby w odpowiednim czasie mogła być wykonana desinfekcya mieszkania, należałoby na lekarzy nałożyć obowiązek donoszenia o ukończeniu choroby. Byłby to wprawdzie nowy ciężar, nałożony ze strony społeczeństwa czy władzy na stan lekarski; zdaje mi się jednak, że przy tem poświęceniu, jakie jeszcze ciągle wyróżnia świat lekarski w obec innych zawodów i przy jak największem ułatwieniu tego zadania ze strony miasta, ten nowy obowiązek nie byłby dla lekarzy bardzo trudny.

Faktem jest, że obowiązek donoszenia o chorobach zakaźnych przez lekarzy nie zawsze jest wypełniany. Brak pod ręką kartek odpowiednich, potrzeba posełania po nie do najbliższej apteki, konieczność przesyłania ich do magistratu, a nadto skutek doniesienia taki, że ze strony magistratu prawie żadnej nie ma na to reakcyi, ani w postaci odwiedzenia chorego przez lekarza miejskiego celem przekonania się, czy odosobnienie chorego dostateczne, ani następowej desinfekcyi mieszkania, — sprawia, że bardzo wielu lekarzy nie dopełnia tego obowiązku w tem przekonaniu, że spełnienie jego nie przyniesie korzyści ani otoczeniu chorego, ani współmieszkańcom domu, a co najwyżej, że przyczyni się ono tylko do statystyki, służącej do zadośćuczynienia obowiązkom w obec władz wyższych, a nie zużytkowywanej dla poprawy miejscowych stosunków zdrowotnych. Można być przekonanym, że w razie czynnej akcyi przy zwalczaniu chorób nagminnych ze strony do tego powołanych władz, lekarze nie uchylą się od tego nowego obowiązku. Ułatwienia w tym celu potrzebne wyobrażam sobie w formie zaprowadzenia podwójnych kartek pocztowych, ułożonych w bloczki. Jedna część kartki służyłaby do doniesienia o pojawieniu się choroby, druga o ukończeniu i czasie stosownym dla desinfekcyi. Wobec znaczenia, jakie posiada donoszenie o chorobach zakaźnych dla ich tłumienia, spodziewaćby się należało, że możnaby osiągnąć osobną ustawą państwową jeżeli nie zupełne, to częściowe zwolnienie od opłaty pocztowej. Po za chorymi, którzy pozostają w stałej opiece lekarskiej, istnieje jednak jeszcze znaczniejsza liczba takich, których lekarz nie obserwuje do końca choroby. Tych oczywiście, o ileby nie udali się do szpitala, należałoby poddać dozorowi przez lekarza miejskiego; gdyby zaś okazało się to zbyt uciążliwem, — dozorowi niższej służby sanitarnej, coś w rodzaju angielskich „inspector of nuissances", którzyby nie tylko prowadzili wykaz chorych zakaźnych, ale i odwiedzali ich w odpowiednim czasie w celu określenia czasu ukończenia choroby. Potrzeba niższej służby sanitarnej, pełniącej w znacznej części policyę zdrowia, kontrolę nad produktami spożywczemi higieną mieszkań i t. d. odczuwa się w większych miastach. Wiele miast niemieckich i francuskich wprowadziło już u siebie tę znakomitą instytucyę z wybornym skutkiem. Może zaprowadzenie komisarzy targowych w większych miastach, odpowiadających wymaganiom najwyższej Rady zdrowia z r. 1897 [4]), będzie u nas pierwszym krokiem na polu wzorowej organizacyi służby zdrowia, za którym i inne kategorye niższej służby sanitarnej wejdą w życie, przynajmniej po większych miastach.

Na jeden jeszcze punkt ważny dla organizacyi desinfekcyi mieszkań, jeżeli ma ona istotnie przyczyniać się do tłumienia chorób zakaźnych, zwrócić pragnę uwagę. Pośród mieszkań zakażonych napotyka się zawsze pewną liczbę mieszkań małych ludności uboższej, złożonych z jednego pokoju, czasem obok tego i kuchni. Aby ludzie ci na czas wykonania desinfekcyi, udając się do apartamentów innych, np. do znajomych, nie roznosili zarazy przez ubranie, którego dla braku drugiego zmienić nie są w stanie, należałoby ich przenieść na 4—5 godzin do jakiegoś budynku izolacyjnego, ubranie zaś ich poddać w tym czasie odkażeniu parą, zastępując je innem, coś może w rodzaju chałatów szpitalnych, ułatwić im zadanie, a często i skłonić w tym czasie do kąpieli we wzorowo pod względem czystości urządzonej łaźni, względnie wannach. Osoby takie musiałyby być w tym czasie żywione kosztem miasta. Takie przymusowe przeniesienie z mieszkania wskazanemby jednak było głównie w chorobach więcej niebezpiecznych, n. p. ospie, cholerze i t. d. W innych chorobach wśród ludności uboższej należałoby dążyć do przeniesienia jak najspieszniejszego chorych do szpitala chorób zakaźnych, obok którego mógłby być umieszczony taki oddział izolacyjny dla zdrowych na

---

[4]) Oesterr. Sanitätswesen 1897. Dodatek do Nr. 42.

czas desinfekcyi ich mieszkań. Wczesnem oddzieleniem chorych, zapewnieniem im dobrej opieki, lepszej, aniżeli w domu mieć mogą, uniknie się bądź co bądź surowych, bo wkraczających znacznie w wolność osobistą zarządzeń, delożowania zdrowych na czas desinfekcyi, a nawet w niejednym przypadku uchyli się wogóle potrzebę odkażania mieszkania. Przy organizacyi wzorowej desinfekcyi należy mieć na oku urządzenie i takiego pawilonu dla zdrowych.

Tak przedstawia się z mniejszemi lub większemi odmianami organizacya desinfekcyi mieszkań po chorobach zakaźnych w wielu miastach niemieckich i angielskich, które bądź z osobistego zwiedzenia ich urządzeń higienicznych, bądź z opisów tych urządzeń poznać miałem sposobność. Ile w naszych warunkach z tych środków organizacyjnych da się w czyn wprowadzić, zależeć będzie przedewszystkiem od zrozumienia doniosłości sprawy desinfekcyi mieszkań śród organów zarządów miejskich i wysokości funduszów na ten cel uchwalonych. Zestawiając w szereg żądania na ten cel, jak po sobie następować winny, na pierwszem miejscu wymienić należy zorganizowanie wzorowej służby desinfekcyjnej, oraz zakupno potrzebnych przyrządów i przyborów; dalej budowę pawilonu izolacyjnego dla chorych zakaźnych, urządzenie w większych miastach pracowni bakteryologicznej, a następnie zaprowadzenie przymusu desinfekcyi mieszkań dla głów rodzin i zarządców domów, oraz obowiązku donoszenia o ukończeniu choroby dla lekarzy.

IV. Z oddziału chorób wewnętrznych prof. Dra Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

O działaniu płynnego wyciągu kaktusa wielkolistnego.

Podał

Dr. Tadeusz Żeleński.

(Dokończenie).

Najlepsze wyniki leczenia otrzymaliśmy, podając wyciąg kaktusa w przebiegu niewyrównanych wad zastawkowych aorty. Pod tym względem spostrzeżenia nasze zgadzają się w zupełności z twierdzeniem Myersa i Wilcoxa, którzy uważają kaktus za środek niemal swoisty w wadach zastawkowych aorty, tak jak naparstnicę w wadach zastawki dwudzielnej. Chorzy, dotknięci niewyrównaną wadą zastawkową aorty z bardzo znaczną dusznością, niemiarowem tętnem, obrzękami kończyn, przesiękiem do jamy brzusznej, opuszczali szpital z czynnością serca zupełnie wyrównaną, bez śladu obrzęków. Zmniejszenie się rozstrzeni serca można było przedmiotowo wypukiem stwierdzić. Naturalnie przy niewłaściwym trybie życia poprawa ta nie mogła być trwałą i chory, wróciwszy na kilka tygodni do swojej pracy zawodowej, znowu wśród takich samych objawów musiał szukać pomocy w szpitalu.

Gorsze znacznie wyniki dało nam podawanie kaktusa w niewyrównanych wadach zastawki dwudzielnej. Duszność wprawdzie na czas jakiś się zmniejsza, ilość moczu na dobę się podnosi, zupełnego jednak wyrównania czynności krążenia przy podawaniu wyłącznem kaktusa nie mogliśmy osiągnąć w naszych przypadkach (co prawda bardzo daleko posuniętych). Natomiast bardzo dobre usługi może nam tu oddawać kaktus podczas przerw w podawaniu naparstnicy.

Dobre wyniki otrzymaliśmy, stosując kaktus w przebiegu długotrwałych wysięków opłucnowych, w przypadkach, gdzie wessanie było leniwe, tętno licho napięte, a tony serca dość głuche. Ilość moczu powiększała się szybko i przebieg chłonienia wysięku postępował żwawiej. Linia sfigmograficzna okazywała wybitne podniesienie się fal tętna.

Również w przebiegu ostrych chorób zakaźnych z objawami słabnącej czynności serca wyciąg kaktusowy oddawał nam dobre usługi. Ścisła, krytyczna ocena tych właśnie przypadków jest dla łatwo zrozumianych przyczyn bardzo trudna; zawsze jednak dało się przedmiotowo stwierdzić wybitne polepszenie czynności serca. Na obrazie sfigmograficznym fale tętna były wydatniejsze, a zarazem regularniejsze. Zwłaszcza jeden przypadek szczęśliwie przebytego, ciężkiego astenicznego zapalenia płuc u siedmdziesięcioletniego starca z daleko posuniętą miażdżycą tętnic zdaje się niewątpliwie przemawiać za skutecznością wyciągu kaktusa. (Podczas całego przebiegu choroby jako jedyny środek, pobudzający czynność serca, podawaliśmy wyciąg kaktusa wielkolistnego i to w ilości 25 kropel 5 razy dziennie).

Co się tyczy ilości, w jakich wyciąg płynny kaktusa wielkolistnego podawać należy, to doświadczenia te doprowadziły nas do przekonania, że jeżeli lek ten ma działać skutecznie, to dawki powinny być znacznie wyższe od obecnie stosowanych. Według przyjętego zwyczaju przepisuje się kaktus od 5 do 15 kropel trzy razy dziennie. Otóż ilość ta jest stanowczo za mała. Kaktus należy podawać w ilości przynajmniej po 30 kropel trzy razy dziennie, a jak to udowadniają niżej przytoczone historye chorób, można zupełnie bezkarnie dojść i do wyższych dawek. Podawać można kaktus w wodzie lub winie, smak jego nie sprawia chorym przykrości.

Nie chcąc zajmować zbyt wiele miejsca załączaniem całego materyału naszych doświadczeń, ograniczam się do przytoczenia kilku różnorodnych historyj chorób, wcale nie wybierając samych najpomyślniej leczonych przypadków.

I) Przypadek dotyczy chorego z niedomykalnością zastawki tętnicy głównej i zwężeniem ujścia tętniczego lewego w okresie niewyrównania.

A. K. służący, liczący lat 38, przybył do szpitala w dniu 19-go kwietnia 1901 r. z powodu osłabienia, znacznej duszności i bicia serca, występującego przy miernem nawet zmęczeniu. Stan ten ma trwać od niedawna. Chory używał napojów wyskokowych; do nadużycia w tym kierunku się nie przyznaje. Sinica warg i nosa; kończyny miernie obrzękłe, w jamie brzusznej płyn wolny, brzeg dolny wątroby 2 ctm. nad pępkiem; śledziona macalna, w płucach rozległy nieżyt. Uderzenie koniuszka sercowego w 5. międzyżebrzu, 3 ctm. na zewnątrz od linii sutkowej. Stłumienie od linii mostkowej lewej przekracza na zewnątrz linię sutkową. Tony bardzo głuche, nad tętnicą główną oba szmery. T. 84, niezupełnie miarowe, od czasu do czasu przepuszczające; tętnica sprychowa szeroka, dość napięta. Tętnienie na grzbiecie stopy wyraźne. Mocz kwaśny, bez białka, chlorki prawidłowe.

Po kilkodniowem spostrzeganiu, podczas którego podawano choremu wyłącznie leki obojętne, poczęto stosować wyciąg kaktusa, przechodząc szybko od 15 kropel 3 razy dziennie aż do 30 kropel 4 razy dziennie i tej dawki używano już stale przez czas pobytu chorego w szpitalu. Pierwszym objawem było zwiększenie się ilości moczu. Ilość ta, przedtem rzadko dochodząca do 900 grm. na dobę, obecnie waha się między 1400 a 1700. Duszność stopniowo się zmniejsza, sinica ustępuje; tętno pod względem częstości nie przedstawia stałej zmiany, natomiast staje się zupełnie miarowem. Po dwóch tygodniach regularnego podawania wyciągu kaktusa można było wypukiem stwierdzić zmniejszenie się stłumienia serca, które obecnie nie dochodzi do linii sutkowej lewej. Wszelkich ubocznych objawów brak; łaknienie

dobre; podmiotowo chory czuje się znacznie lepiej. Dn. 24 maja chory opuszcza szpital bez śladu obrzęku na stopach i puchliny brzucha.

W przypadku tym zatem, stosując wyłącznie wyciąg kaktusa wielkolistnego, osiągnęliśmy w sposób zupełnie oczywisty w przeciągu niespełna miesiąca wyrównanie podwójnej wady zastawkowej aorty. Wiadomo, że wady zastawkowe aorty, gdy już z powodu znużenia lewej komórki przejdą w okres niewyrównania, przedstawiają dla leczenia znaczne trudności: skutek to zatem bardzo świetny i zachęcający.

II). Przypadek drugi, dotyczący chorego z niedomykalnością zastawki dwudzielnej w okresie niewyrównania, przedstawia wyniki leczenia znacznie gorsze. Przypadek to bardzo rozpaczliwy, z bardzo wielkim przerostem serca i bardzo znaczną puchliną ogólną; przytaczamy go głównie dla tego, aby przedstawić, w jak bardzo znacznych dawkach i jak długo możemy wyciąg kaktusa podawać bez objawów zatrucia, bez działania zbiorowego i bez wszelkich objawów ubocznych.

J. S., liczący lat 18, przybył dnia 19 kwietnia 1901 r. Od niespełna roku dotknięty jest obrzękiem stóp i puchliną brzucha, nadto zauważył guz w podżebrzu prawem. Przy silniejszych ruchach doznaje uczucia mdłości. Cierpi na silny kaszel. W płucach rozległy nieżyt, plwociny śluzowe, pieniste; wątroba na 6 ctm. niżej łuku żebrowego, macalna W moczu, oddziałującym kwaśno, śladzik białka. Uderzenie koniuszkowe widzialne i słabo macalne w 7 międzyżebrzu w linii pachowej środkowej. Silne rozlane tętnienie serca i silne tętnienie naczyń szyjnych. Stłumienie serca sięga ku górze do górnego brzegu 3-go żebra, na prawo przekracza na 2 ctm. linię mostkową prawą, na lewo dochodzi do pachowej środkowej. Nad koniuszkiem serca silny szmer skurczowy. Tętno 120, miernie napięte, niezupełnie miarowe.

W kilka dni po przyjęciu do szpitala zaczęliśmy podawać choremu wyciąg kaktusa, począwszy od 20 kropel 3 razy dziennie i używaliśmy go przez przeciąg sześciu tygodni, stopniowo zwiększając dawkę tak, iż pod koniec swego pobytu w szpitalu chory brał 4 razy dziennie po 85 kropel. Przez cały ten czas chory raz tylko doświadczał przemijających nudności; zresztą łaknienie zachowane i trawienie zupełnie dobre. Gdy jednego dnia dla próby zamiast zwykłych dawek kaktusa podaliśmy choremu *t-ra strophanti*, dostał natychmiast bardzo silnych nudności i wymiotów, trwających przez cały dzień. Ostateczny wynik leczenia był nieszczególny; osiągnęliśmy wprawdzie znaczne chwilowe polepszenie, ilość moczu się zwiększyła, tętno stało się spokojniejszem i regularniejszem; trwałej jednak poprawy nie udało się uzyskać; niemiarowość tętna i duszność znowu wróciły i gdy chory dnia 3-go czerwca na własne żądanie szpital opuszczał, puchlina brzucha i obrzęki stóp były znowu bardzo znaczne.

III). U chorego trzeciego mieliśmy do czynienia z niedomykalnością zastawek aorty w okresie niewyrównania, powikłaną z ciężkiem cierpieniem nerkowem.

Chory *A. B.* z Okocimia, liczący lat 27, piwowar, przybył do szpitala dnia 3-go maja 1901 r. Przed pięcioma miesiącami spostrzegł obrzęki stóp i odtąd cierpi na duszność i napady bicia serca. Cała tkanka podskórna znacznie obrzękła, kończyny dolne i górne ciastowate, na twarzy sinica, obustronny przesięk opłucnowy, puchlina brzucha. Stłumienie serca bardzo znaczne, na prawo przekracza na 3 ctm. linię środkową ciała, na lewo na 2 ctm. linię sutkową. Uderzenie koniuszka serca słabo macalne na 3 ctm. zewnątrz linii sutkowej w 5-em i 6-tem międzyżebrzu. Nad aortą przyciszony szmer rozkurczowy. T. 106, dość dobrze napięte, regularne. Mocz oddziałuje alkalicznie. Białka 0·86%, pojedyncze wałeczki ziarniste, liczne ciałka krwi czerwone, liczne ciałka białe i komórki przybłonkowe. W pierwszych dniach pobytu chorego w szpitalu przed podaniem leków ilość moczu bardzo skąpa, waha się między 400 a 800 ctm. na dobę. Choremu rozpoczęliśmy podawać wyciąg kaktusa, zaczynając od 25 kropel 3 razy dziennie i podawaliśmy go przez dni dziesięć, dochodząc do 40 kropel 4 razy dziennie. Przez ten czas ilość moczu znakomicie się podniosła; od dnia 7 do 9 maja wynosi 1700 ctm. na dobę, w następnych dniach 1400—1550. Łaknienie dobre, nieco odbijania. Obrzęki zmniejszyły się bardzo znacznie, przeguby rąk, przedtem bezkształtne i ciastowato okrągłe, obecnie zupełnie wolne. Granica serca na lewo sięga do linii sutkowej (14 maja). Podmiotowo stan znacznie lepszy. Powtórne badanie moczu, przedsięwzięte dnia 15 maja, wykazało oddziaływanie słabo kwaśne, białka 0·8%, badanie mikroskopowe jak poprzednio.

D. 16 maja począł chory oddawać mocz krwawy, ilość moczu nagle się zmniejszyła, jako też wystąpiły lekkie objawy mocznicy. Wobec tego przestaliśmy na razie podawać wyciąg kaktusa i zastosowaliśmy odpowiednie leczenie.

IV) Przypadek czwarty dotyczy młodego 19-letniego służącego, *J. K.*, który dnia 26 lutego przybył do szpitala z objawami lewostronnego wysięku opłucnowego. Wysięk ten pomimo wypuszczenia płynu w ilości około 1500 ctm i pomimo długotrwałego leczenia, utrzymuje się prawie bez zmiany. Ciepłota wieczorna 38°—38·5°. Tętno 96—108, bardzo licho napięte, tony serca bardzo ciche. Po dwóch miesiącach bezskutecznego leczenia chorego w szpitalu spróbowaliśmy od dnia 27 kwietnia podawać mu wyciąg kaktusa. Już po kilku dniach ilość moczu znacznie się powiększyła, a obraz sfigmograficzny wykazał podniesienie fali tętna. Podawaliśmy choremu przez miesiąc wyciąg kaktusa 4 razy dziennie po 35 kropel. Przez ten czas odgłos wypukowy po stronie lewej stopniowo wyjaśniał, szmery oddechowe stały się wyraźniejsze. Ciepłota wieczorna od dnia 2 maja nie przekraczała 37·5°. Dnia 25 maja chory szpital opuścił ze śladem zaledwo wysięku opłucnowego.

W końcu parę słów o fizycznych własnościach w mowie będącego leku. Wyciąg kaktusa wielkolistnego jest to płyn barwy jasnozielonej, o charakterystycznym zapachu roślinnym i dość przyjemnym słodkawym smaku. Po dłuższem odstaniu barwa staje się ciemniejszą i nabiera odcienia oliwkowo-żółtego. Skutecznego składnika kaktusa dotychczas z wszelką pewnością uzyskać się nie dało. Substancye, mające być skutecznym alkaloidem kaktusa (*cactina, cactin*) otrzymywano dotąd w tak małych ilościach, że dokładniejsze ich zbadanie chemiczne było niemożliwe. Według Wilcoxa roślina ta nie posiada ani alkaloidu, ani glikozydu. Oprócz wyciągu płynnego kaktusa istnieje w handlu nalewka kaktusa wielkolistnego, znacznie mniej pewna co do działania, a która pod względem siły stoi do wyciągu w stosunku mniej więcej jak 1 : 3. Cena 1 grm. wyciągu = 10 halerzy; 1 grm. nalewki 3 halerze.

V. Wyciągi.

Baumgärtner. **Chirurgiczne usunięcie paznogcia.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 7). Sposób Dupuytrena usuwania paznogcia, bądź z powodu zmian w nim samym, bądź też z powodu spraw zapalnych w otoczeniu, daje powód do kilkutygodniowego gojenia się, a czasem także kończy się niepomyślnie z powodu zniszczenia, jakie się sprawia w łożysku paznogcia przez wyrwanie go. Autor przy tym zabiegu oszczędza łożysko, a sposób jego oparty na gruntownej znajomości histologii paznogcia i praktykowany przez autora z bardzo dobrymi wynikami przeszło dwadzieścia lat, skraca przebieg gojenia do 4—7 dni. Odsuwa się najpierw fałd skóry na paznogciu aż poza paznogieć, od wolnego końca którego wbija się rodzaj lancecika z końcem nieco zaokrąglonym, i poruszając nim delikatnie z boku na bok, oddziela się w całości paznogieć od łożyska, przyczem zostają oszczędzone naczynia krwionośne łożyska, co w procesie gojenia się odgrywa bardzo ważną rolę. W miejsce odjętego paznogcia kładzie się kawałeczek cynfolii lub gutaperki odpowiedniej wielkości, by uchronić warstwę śluzową łożyska od przyczepienia nitek gazy. Po trzech dniach zmienia się opatrunek, a po siedmiu jest świeży paznogieć. Autor posługuje się w celu znieczulenia chlorkiem etylu i ma dobre wyniki nietylko w przypadkach wrośnięcia, ale także zaniku, lub przerostu paznogcia. *B. Żmigród.*

Reichard. **Przywrócenie czynności mięśni przez przeszczepianie ścięgien.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 7). Autor zastanawia się nad znaczeniem przeszczepiania ścięgien i mięśni (na co Drobnik jeden z pierwszych zwrócił uwagę)

przy porażeniach różnego rodzaju i opisuje swój przypadek następujący: u ośmnastoletniego chłopaka, trudniącego się krawiectwem, nastąpiło lewostronne spastyczne porażenie pochodzenia mózgowego, wskutek czego utracił w zupełności władzę zginania palca dużego. Autor zeszył ścięgno naprężacza palca wielkiego ze zginaczem i doprowadził do tego, że chłopak nietylko może zginać teraz palec duży, ale i szyć, czego przedtem nie potrafił. Metodzie tej przeszczepiania ścięgien rokuje autor wielką przyszłość w chirurgii, a szczególniej w ortopedyi. *B. Żmigród.*

Riedinger. **O dobrowolnem zwichnięciu ramienia.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1902, Nr. 10). Fuhr w pracy swej z 1892 roku mógł przytoczyć tylko nieliczne przypadki dobrowolnego zwichnięcia. Ten rodzaj zwichnięcia musimy ściśle odróżniać od zwichnień nawykowych. Zwichnięcie dobrowolne występuje zawsze z wolą osobnika, jedynie siłą pewnych mięśni; zwichnięcie nawykowe powstaje przy wykonywaniu pewnych ruchów. Dobrowolne zwichnięcie nie powstaje nigdy bez wiedzy; znane są przypadki, gdzie osobnik mógł wykonywać ciężką pracę fizyczną, nigdy jednak zwichnięcie przy pracy nie wystąpiło. Człowiek, posiadający zdolność wywoływania dobrowolnie zwichnięcia, umie też je i wprawiać. Przyczyna tego zjawiska nie jest dostatecznie znana; najczęściej osobnik taki przebywa zwichnięcie urazowe i następnie przez ćwiczenie wykształca w sobie zdolność wywoływania tego zwichnięcia. Przykład Macleoda, atlety amerykańskiego, który przytacza Fuhr, brzmi jako osobliwość: atleta ten przez 26-letnie ćwiczenie nauczył się wywoływać zwichnięcie we wszystkich prawie stawach. W większości stawów były to zwichnięcia niezupełne, jedynie w stawach biodrowych było ono zupełne. W jednym przypadku, który podaje Fuhr, był przerost mięśnia podłopatkowego (znaczne odstawanie łopatki); zwichnięcie następowało ku tyłowi, przyczem szczególnie silnie kurczyły się mięśnie przerośnięte. Ciekawy przypadek podaje Parona, gdzie dziewczyna 17-letnia od lat ośmiu mogła dobrowolnie wywoływać zwichnięcie ramienia. Chora ta ciężko pracowała w polu bez jakichkolwiek dolegliwości. W ostatnich czasach wystąpiły nieznaczne bóle w stawie barkowym. Parona odsłonił staw barkowy cięciem od tyłu; okazało się, że tylna część torebki stawowej była w postaci worka wypuklona; Parona otworzył torebkę, lecz w stawie żadnych nieprawidłowości nie znalazł; torebkę zwężono kilku szwami po odpowiedniem wycięciu. Po roku stwierdzono, że dziewczyna ta więcej dobrowolnie wywoływać zwichnięcia nie mogła.

Autor podaje przypadek, gdzie 11-letni chłopiec mógł dobrowolnie wywoływać zwichnięcie w stawie barkowym i w stawie między obojczykiem a mostkiem po obydwóch stronach. Chłopiec ten przed trzema laty po raz pierwszy zwrócił uwagę, że mu się coś w stawie barkowym lewym przesunęło. Zwichnięcie w stawach barkowych było niezupełne i mógł je wykonywać ku tyłowi i dołowi i ku przodowi. Przy wykonywaniu zwichnięcia ku tyłowi i dołowi widać było silny skurcz mięśnia nadramiennego i nadłopatkowego. Zwichnięcie w stawie między obojczykiem a mostkiem wykonywał, odrzucając silnie kończynę ku tyłowi, a potem ku przodowi. R. przypuszcza, że w przypadkach dobrowolnego zwichnięcia pewną rolę odgrywa i usposobienie wrodzone. *Dr. Teofil Zalewski.*

S. Monrad. **O stosowaniu surowego mleka w wyniszczeniu niemowlęcem** (*atrophia infantilis*) **i w przewlekłym nieżycie żołądka i jelit u oseskόw.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 1902, styczeń). Autor, nie występując bynajmniej zasadniczo przeciw karmieniu mlekiem, wyjaławianem sposobem Soxleta, przedstawia szereg przypadków, w których podawanie mleka surowego dało znakomite wyniki i wprost ocaliło dzieci od śmierci z wyniszczenia. Przypadki te dotyczyły dzieci, u których w przebiegu sztucznego karmienia mlekiem wyjałowionem wytworzył się przewlekły nieżyt żołądka i jelit, nie dający się usunąć ani podawaniem sztucznych środków odżywczych, ani też stosowaniem różnorodnych sposobów leczenia. Wymioty i biegunka trwały bez przerwy; ważenie wykazywało prawie ciągły ubytek, a wyniszczenie doszło do bardzo wysokiego stopnia. W tym rozpaczliwym okresie rozpoczęto karmienie mlekiem surowem. Pomyślny skutek był zadziwiająco szybki. Wymioty ustały prawie równocześnie ze zmianą karmienia; po kilku dniach można było stwierdzić przybytek na wadze i poprawę ogólnego stanu. Autor streszcza praktyczną stronę tej sprawy w odpowiedziach na trzy pytania: 1. w jakich przypadkach należy podawać oseskom mleko surowe? 2. w jaki sposób należy to karmienie przeprowadzić? 3. jakie niebezpieczeństwa związane są z tym sposobem żywienia?

Na pytanie pierwsze, wobec niewielkiej ilości doświadczeń, jaką dotąd rozporządzamy, ścisła i wyczerpująca odpowiedź jest niemożliwa. Jak zawsze, gdy chodzi o sztuczne żywienie oseskόw, tak i tu należy wystrzegać się szematu i o ile możności indywidualizować. Dzieciom zdrowym, które karmione Soxletowskiem mlekiem dobrze się rozwijają i okazują przybytek na wadze, mleka surowego podawać nie należy, jak również nie nadaje się ono w ostrych nieżytach przewodu pokarmowego. Natomiast przewlekły nieżyt przewodu pokarmowego, zwłaszcza z objawami żołądkowymi, z wymiotami, opierającymi się wszelkim sposobom leczenia, stanowi istotne wskazanie dla żywienia mlekiem surowem. Drugiem wskazaniem jest t. zw. wyniszczenie dziecięce (*atrophia infantilis*); i tu jednak nie należy stosować mleka surowego pierwej, zanim długotrwałe próby nie przekonają nas, że ani przegotowanem, ani wyjałowionem mlekiem nie jesteśmy w stanie polepszyć odżywienia dziecka, ani uzyskać przybytku na wadze.

Drugie pytanie dotyczy sposobu przygotowania surowego mleka. Mleko otrzymane o ile możności nie od jednej krowy, lecz z ogólnej ilości wydojonego mleka, należy natychmiast ochłodzić (poniżej 5° C.), i w tej ciepłocie aż do czasu karmienia zachować. Czystość naczyń ma być jak najdokładniejsza; jak najmniej niepotrzebnego przelewania. Najlepiej podzielić mleko odrazu na tyle flaszeczek, ile razy dziecko w przeciągu 24 godzin ma być karmione. Przed samem użyciem jedną flaszeczkę z mlekiem ogrzewa się. Rozcieńczać należy w tym samym stosunku, co mleko wyjałowione; w niektórych przypadkach dobrze jest podawać małemi dawkami mleko nierozcieńczone, a po każdej dawce nieco przegotowanej wody do popicia.

Co do niebezpieczeństw grożących dziecku, to autor przypisuje mniejsze znaczenie możliwości zakażenia gruźliczego, niż niebezpieczeństwom grożącym od innych drobnoustrojów (*bacterium coli* itd.). Jak najdokładniejsza czystość przy dojeniu winna być zachowaną. Ogon, wymiona i uda krowy powinny być krótko ostrzyżone; wymiona i ręce ludzi dojących dokładnie obmyte mydłem. Po wydojeniu należy mleko przecedzić przez metalowe sito przykryte czystem płótnem i natychmiast oziębić do 5° C.

Co się tyczy strony teoretycznej tej kwestyi, to autor, omówiwszy cały szereg spornych poglądów na wartość odżywczą mleka wyjałowionego i surowego, czyni następujące przypuszczenie na poparcie swoich klinicznych spostrzeżeń. Wyjałowienie mleka, niszcząc drobnoustroje szkodliwe dla organizmu, zabija również i te, których działanie przyczynia się w jelitach do trawienia pokarmów. Być może, że pomocnicze to działanie, bez którego mogą się obejść dzieci zdrowe, jest niezbędnem dla dzieci słabych i wyniszczonych. Według zdania prof. Medina zawierać ma surowe mleko jakąś dziś bliżej nieznaną substancyę, działającą jako antytoksyna. *Dr. T. Żeleński.*

Sieber-Szumowa. **Zaczyny utleniające.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 10). Szumowa badała wpływ nadtlenków nieorganicznych i zaczynów utleniających na toksyny i na abrynę. W tym celu brała na pewną oznaczoną ilość nadtlenku wapniowego, lub nadtlenku wodoru (H^2O^2) różne ilości toksyn, obliczając według dawek śmiertelnych. Toksyny tężca, błonicy i abrynę w ilości od 10 do 1000 — 5000-krotnych dawek śmiertelnych wlewano do probówek wyjałowionych, następnie dodawano do każdej probówki 0,5—1 ctm. sz. nadtlenku wodoru (H^2O^2) lub 0,5 nadtlenku wapniowego. Otrzymane mięszanki wstawiano do termostatu na 10 minut do 24 godzin. Treść każdej probówki po upływie pewnego czasu wstrzykiwano podskórnie świnkom morskim. Okazało się, że roztwór nadtlenku wodoru, zawierający w 0,5 ctm. sz. 0,01 grm. nadtlenku wodoru, zniszczył w ciągu 10—15 sekund w ciepłocie 37,5° C. od 10 do 100-krotną śmiertelną dawkę abryny i 600-krotną śmiertelną dawkę toksyn błoniczych i tężcowych; nadtlenek wapniowy w ilości 0,5 grm. niszczył w tychże warunkach do 5000-krotną dawkę śmiertelną abryny i 1000-krotną dawkę śmiertelną toksyn błonicy i tężca. Doświadczenia te wykazują, że nadtlenki wapniowy i wodoru odznaczają się nadzwyczaj silną zdolnością rozkładania abryny i toksyn. Zaczyny utleniające, które używała S. do badań, otrzymano 1) ze śledziony cieląt i świń; 2) z włóknika krwi młodych cieląt; 3) z włóknika krwi koni, uodpornionych przeciw błonicy, łańcuszkowcom i gronkowcom, i 4) ze ślinianek przyusznych psów, cieląt i wołów. Zajmującą jest ta okoliczność, że zaczyny utleniające otrzymywała S. stale tylko ze krwi tych koni, które były uodpornione; w krwi zaś koni nieuodpornionych zaczyny utleniające udało się zaledwie wykryć u trzech z 10-ciu badanych. Doświadczenia nad wpływem tych zaczynów na abrynę i toksyny były przeprowadzone takim samym sposobem, jak i z nadtlenkami. Okazało się, że najsilniej ulega niszczącemu działaniu zaczynu utleniającego toksyna błonicza, następnie toksyna tężcowa; na abrynę zaś zaczyny utleniające nie wpływają zupełnie. Podobnież zachowywał się i zaczyn utleniający, otrzymany przez S. z rośliny *scorzonera hyspanica*, więc pochodzenia roślinnego; i ten zaczyn nie obniżał własności trujących abryny. Ta jednak okoliczność nie może być uważaną za dowód słabszej zdolności utleniającej zaczynów w porównaniu

z nadtlenkami; przyczyny — zdaniem S. należy szukać w budowie abryny. Wobec tego, że zaczyny utleniające są bardzo rozpowszechnione w ustrojach zwierzęcych i roślinnych, taka zdolność ich energicznego niszczenia toksyn świadczy, że substancye te odgrywają ważną rolę w życiu ustroju. *Witold Orłowski.*

S. Mutermilch. **Własności chemiczne i morfologiczne wysięków tłuszczowych.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). Płyny o wejrzeniu mlecznem, znajdowane niekiedy w jamach surowiczych, mogą mieć różne przyczyny, być różnego pochodzenia i różnej natury: 1° mogą to być wylewy mlecza wskutek naruszenia ścian przewodu piersiowego lub ucisku na niego przez guzy; 2° mogą to być stłuszczone wysięki natury najczęściej nowotworowej, lub stłuszczone komórki śródbłonkowe; 3° płyny mleczne mogą pochodzić ze stłuszczonych wysięków ropnych (bardzo rzadko); 4° wreszcie możliwem jest powstawanie wysięków o charakterze tłuszczowym wskutek tłuszczycy krwi (*lipaemia*); dotychczas notowano jeden podobny przypadak (Popham). Dodać należy, że spotyka się czasem płyny mleczne, nietłuszczowe, zawdzięczające swoje charakterystyczne wejrzenie nie substancyom tłuszczowym, lecz innym (lecytyna według Michaliego i Mattiroliego). Przy różniczkowaniu wszystkich tych płynów przedewszystkiem rozstrzygnąć należy, czy dany płyn należy do rzędu t. zw. tłuszczowych, tj. czy jest zawiesiną tłuszczową. Odpowiednie próby chemiczne i mikrochemiczne dają w tej mierze dostateczne wyjaśnienie. Jeżeli powyższe próby wypadną na korzyść natury tłuszczowej płynu, to następne zadanie polegać musi na rozpoznaniu różniczkowem pomiędzy płynem mleczowym i wysiękiem stłuszczonym. Płyny mleczowe charakteryzują się przedewszystkiem obecnością licznych, drobniutkich ziarenek tłuszczowych, obdarzonych ruchem drobinowym, natomiast w wysiękach stłuszczonych ziarenka tłuszczowe są większe, przyczem często tworzą skupienia charakterystyczne w postaci kul ziarenkowatych. Co się tyczy pierwiastków komórkowych, to zaznaczyć należy, że ilość ich jest skąpa w płynach mleczowych, obfita zaś w wysiękach tłuszczowych. Dalej ważną rolę odgrywa jakość pierwiastków komórkowych: limfocyty znajdować będziemy w płynach mleczowych, a wielojądrzaste neutrofile w wysiękach stłuszczonych, obok których mogą być zwyrodniałe komórki nowotworowe, jeżeli oczywiście wysięk jest na tle nowotworowem. W jednym przypadku znaleziono w płynie mleczowym, wypuszczonym z jamy otrzewnowej, liczne nitkowce (*filaria sanguinis*). W badaniu chemicznem określanie ilościowe białka i cukru jest bez znaczenia, oznaczanie zaś tłuszczu ma doniosłość pierwszorzędną. Większe ilości tłuszczu przemawiają za naturą mleczową, jak również szybkie odnawianie się płynu z taką samą dużą ilością tłuszczu. Doniosłe znaczenie ma przechodzenie tłuszczów, umyślnie podanych w pokarmach, do płynu w jamie surowiczej; — wynik dodatni stanowczo przemawia za naturą mleczową. *Z. Czaplicki.*

Audard. **La maladie de Riga.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, luty, 1902). Cierpienie to, szczególnie we Włoszech spostrzegano u osesków, polega na wytwarzaniu się w okolicy więzadełka języka bujającej narośli owrzodziałej, pokrytej wypociną błoniczą. Nadano mu najrozmaitsze nazwy, a szczególnie w ostatnich czasach opisywano *production sublinguale, ulceration papillomateuse du frein de la langue, subglossite diphteroide, maladie de Fede* itp. Jestto choroba pojawiająca się we wczesnem dzieciństwie; Riga spostrzegał ją już u dziecka dziesięciotygodniowego, najczęściej jednak występuje między 9-tym a 15-tym miesiącem życia, szczególnie w rodzinach uboższych. Sprawa zaraźliwości nie jest jasną. Powstawaniu owrzodzenia sprzyja wyrzynanie się siekaczy. Co się tyczy patogenezy, to istnieją trzy główne zapatrywania: Fede uważa tę sprawę za miejscową, przypadkową; Pianese za część zakażenia ogólnego, wrodzonego i dziedzicznego; wreszcie Lombardi łączy te dwie teorye i powiada, że jeżeli narośl powstaje skutkiem drażnienia mechanicznego, to jest ona dobrotliwą; jeżeli zaś powstaje samoistnie, to jest objawem zakażenia ogólnego, a w takim razie jest złośliwą i dziedziczną. Badania autora wykazały, że narośl ta przedstawia się jako przewlekły przerost błony śluzowej z owrzodzeniem w samym środku; badania bakteryologiczne nie dają wyniku rozstrzygającego. Klinicznie odróżnia A. dwa rodzaje przypadków: 1) jedne z cierpieniem miejscowem, inne 2) z ciężkimi objawami ogólnymi, wśród których owrzodzenie pod językiem stanowi główną cechę. Cierpienie to trwa od 15-tu dni do 20-tu miesięcy i w lżejszych przypadkach samoistnie się goi. Leczenie polega na pędzlowaniu nastojem jodowym lub lapisem dwa razy tygodniowo, względnie na wycięciu narośli. *Jan Landau.*

Dr. A. Hildebrandt. **Spostrzeżenia nad działaniem broni palnej ręcznej z wojny Boerów 1899—1900.** (*Archiv Langenbecka* T. 65, Z. 3). Wedle statystyki zebranej w szpitalach „Czerwonego Krzyża" większość zranień stanowią postrzały z broni palnej ręcznej, gdyż zaledwie 21·3% przypada na zranienia pociskami z dział. Rozporządzając przeto obfitym materyałem statystycznym, który H. wszechstronnie i szczegółowo opracował, dochodzi on w końcu do następnych ogólnych wniosków: 1) ilość ranionych i zabitych mimo wprowadzenia nowej broni w przyszłych wojnach bynajmniej się nie zwiększy, lecz raczej zmniejszy; 2) miejsca dla pierwszego opatrunku powinny być oddalone od pola walki na 2000 mtr.; 3) pierwszy opatrunek powinien być zupełnie suchy, mniejsza o to, czy aseptyczny lub antyseptyczny; 4) na placu pierwszego opatrunku wolno wykonywać operacye tylko najkonieczniejsze; w pierwszym rzędzie mówi autor o laparotomii przy objawach gwałtownego krwotoku w jamie brzusznej i przy nie ulegających wątpliwości przedziurawieniach przewodu pokarmowego; w drugim rzędzie wspomina o trepanacyi przy drążących ranach czaszki, gdy objawy ucisku mózgu nagle poczynają się wzmagać; 5) wobec ran postrzałowych zachowywać należy się o ile możności wyczekująco, chyba, że pewne ścisłe wskazania nakłonią do czynnej interwencyi; doświadczenie wykazało, że przepisu tego trzymać się można ściśle nawet wobec ran drążących czaszki; 6) wreszcie występuje autor przeciwko zarzutom zawodowców, którzy twierdzą, że postrzały obecnej „humanitarnej" broni, nie koniecznie pociągają za sobą niezdolność ranionego do dalszej walki, jak to dawniej bywało; H. bowiem stwierdził kilkakrotnie, że w odpowiednich warunkach zdolność do walki ranionego mniej zależała od rodzaju anatomicznego rany, niż od jego stanu psychicznego. *Herman.*

Darier. **Dionina i jej zastosowanie w terapii ocznej.** (*Die ophtalmologische Klinik* 1902, Nr. 4). Dionina działa w pierwszym rzędzie jako lek, sprowadzający bezbolesność przy wszystkich cierpieniach oka, połączonych z bólem. Jest również środkiem nasennym. Działanie to dioniny łatwo wytłómaczyć, gdyż jest ona przetworem pochodnym morfiny, dostaje się zapomocą przestworów chłonnych do ośrodków i w przeciwieństwie do kokainy nie działa znieczulająco na zakończenia nerwów czuciowych, lecz na ośrodki psychomotoryczne. Jest dalej środkiem przeciwgnilnym, sprowadza rozszerzenie źrenicy i działa wreszcie jako środek limfopędny, gdyż podrażnia śródbłonek naczyń włosowatych spojówki. Autor używa jej w 1—2% rozczynie we wszystkich cierpieniach ócz połączonych z bólem, a więc w zapaleniu tęczówki, ciałka rzęskowego, przy wrzodach i zapaleniach rogówki i w jaskrze, dalej w przypadkach, gdzie idzie o szybkie wessanie wypociny zapalnej. *Dr. August Dybuś-Jaworski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska.

Posiedzenie Rady honorowej Izby lek. zach. gal. w dniu 19 listopada 1901 r. Obecni: Dr. Dr. Łazarski, Poniklo, Kohn Trzebicky. Sprawę przeciw Drowi T. uchwalono na razie odroczyć. Przeciw Drowi M. uchwalono rozpisać rozprawę na dzień 10 grudnia i wezwać do niej Dra P., jako świadka. Sprawę przeciw Drowi B. uchwalono zaniechać, a odpis listu burmistrza miasta R. przesłać Drowi L. Nadto uchwalono zaniechać sprawę przeciw Drom K. i D., poruszoną pismem c. k. Prokuratoryi w R.

Posiedzenie Rady honorowej Izby lek. zach. gal. w dniu 11 lutego 1902 r. Obecni: Dr. Dr. Łazarski, Poniklo, Kohn, Trzebicky. Odbyła się rozprawa przeciw Drowi G. o wystawienie fałszywego świadectwa lekarskiego pewnemu robotnikowi. Sprawa została przekazaną Izbie pismem Sądu w P. Referent Dr. Trzebicky. Obwiniony staje do rozprawy osobiście wraz z dwoma mężami zaufania, Drami H. i W. Po przedstawieniu sprawy przez referenta i wystosowaniu przez niego i Dra Kohna szeregu pytań do obwinionego, jak niemniej po ostatecznej obronie obwinionego, nastąpiła dłuższa narada, poczem uznano Dra G. większością 3 głosów przeciw jednemu winnym uchybienia godności stanu lekarskiego przez wystawienie fałszywego świadectwa i wymierzono mu karę 150 K. Sprawę przeciw Drowi M., poruszoną pismem Dra P., uchwalono zaniechać.

Posiedzenie Rady honorowej Izby lek. zach. gal. w dniu 21 stycznia 1902 r. Obecni wszyscy członkowie. Uchwalono, na wniosek referenta po zbadaniu aktów sprawy karnej przeciw Drowi B., rozpisać przeciw niemu rozprawę. W sprawie przeciw Drowi S., poruszonej pismem pewnego zarządu dóbr, uchwalono zażądać wyjaśnień od Dra

S. Pismo Dra L. postanowiono przesłać Drowi R., aby dał na nie odpowiedź. Dra B. uchwalono zawezwać do wytłómaczenia się z czynionych mu zarzutów. Dr. Poniklo zawiadamia, że udało mu się polubownie załatwić spór między Drami G. i G.

Posiedzenie Rady honorowej Izby lek. zach. gal w dniu 25 lutego 1902 r. Obecni: Dr. Dr. Łazarski, Poniklo, Kohn, Trzebicky. Przeciw Drowi B. odbyła się rozprawa w jego nieobecności, gdyż przysłał list usprawiedliwiający. W myśl wniosku referenta uznano podsądnego jednogłośnie winnym uchybienia godności stanu lekarskiego przez nieodpowiednie zachowanie się wobec chorej i jej męża. W głosowaniu uchwalono udzielić Drowi B. nagany. Drugi wniosek o wymierzenie kary pieniężnej upadł. Przeciw Drowi L. uchwalono wdrożyć śledztwo i wezwać go celem przesłuchania. Dra S. postanowiono wezwać do udzielenia wyjaśnień w sprawie wytoczonej przeciw niemu przez pewną kobietę. Sprawę Dra S. z Z. złożono *ad acta* po przeczytaniu jego odpowiedzi na wystosowane do niego pismo.

Posiedzenie Rady honorowej Izby lek. zach. gal. w dniu 29 kwietnia 1902 r. Obecni: Dr. Dr. Łazarski, Poniklo, Trzebicky, Walczyński. Sprawę przeciw Drowi S. zaniechano. Przewodniczący zawiadamia, że Namiestnictwo zniosło wyrok przeciw Drowi G. z P. i poleciło przeprowadzić nową rozprawę. Na wniosek Dra Trzebickyego uchwalono sprawę przekazać nowo wybrać się mającej Radzie honorowej.

Posiedzenie Izby lekarskiej zach. gal. odbyte w dniu 21 grudnia 1901 r. Obecni: Dr. Dr. Łazarski, Bujniewicz, Ćwiklicer, Fleszar, Kohn, Łodziński, Poniklo, Trzebicky, Walczyński. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto. Przewodniczący zdał sprawę z czynności Wydziału, Rady honorowej i Wiecu Izb. Izba uchwaliła upoważnić Wydział do pozostawienia aktów, otrzymanych od gremium chirurgicznego, w archiwum miejskiem, jednakże z zastrzeżeniem prawa własności dla Izby. Uchwalono, że ustanowienie lekarzy szkolnych na razie przynajmniej w większych miastach jest potrzebne i wielce korzystne. Trzem Izbom pełniącym na razie obowiązki Wydziału Izb. uchwalono wyrazić podziękowanie. Skarbnik przedłożył tymczasowe zamknięcie rachunków. Do komisyi szkontrującej wybrano Drów Dietziusza i Gawlika. Na rok 1902 ustanowiono wkładkę 12 K. W sprawie partactwa uprawianego przez techników dentystycznych uchwalono wystąpić energicznie drogą Izby zarządzającej. W sprawie zaś ordynowania przez aptekarzy uchwalono udać się do gremium aptekarskiego z przedstawieniem, że podobna ordynacya nie jest stosowną, a gdyby takie przedstawienie nie odniosło skutku, udać się do Izby zarządzającej. W myśl wniosku Dra Ćwiklicera postanowiono o odezwie do gremium aptekarskiego uwiadomić p. protomedyka. Uchwalono starać się o utworzenie przy sądach osobnych, należycie urządzonych sal dla badań sądowo-lekarskich. W sprawie poruszonej przez Towarzystwo samopomocy lekarzy, dotyczącej zakazu praktykowania lekarzy cywilnych przedlitawskich w Węgrzech poza pasem granicznym 5-kilometrowym, uchwalono drogą Izby zarządzającej udać się do Rady Państwa celem osiągnięcia porozumienia między Przed- i Zalitawią, pozwalającego na praktykę lekarską wzajemną bez względu na granicę między obydwoma częściami monarchii. Uchwalono wszelkie świadectwa dla użytku towarzystw ubezpieczeń wystawiać wyłącznie na żądanie samych towarzystw. Sprawę ubliżającej czasami kontroli czynności lekarskich przez zwierzchności gminne, poruszoną przez Dra Łodzińskiego, odesłano do Wydziału.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie budowy schroniska na 500 umysłowo-chorych.

(Uchwała krajowej Rady zdrowia według referatu Dra ***Wiktora Opolskiego,*** c. k. radcy Rządu).

(Ciąg dalszy).

Przechodzimy teraz do bliższego określenia pawilonów pod względem ich przeznaczenia dla pewnych stanów chorobowych i dla pewnej ich kategoryi.

Z góry zaznaczyć należy, że tu nie możemy pójść ściśle za wzorem zakładów, które w centralnem ognisku, składającem się z samych pawilonów, pomieszczają chorych uleczalnych i nieuleczalnych według zasady, o której właśnie była mowa.

Takie różniczkowanie daje się z łatwością przeprowadzić w zakładzie z góry obmyślonym na modłę systemu pawilonowego, a zatem w zakładzie o samych pawilonach. My jednak musimy się z tem liczyć, że dla mężczyzn i dla niewiast będziemy mieć tylko po trzy pawilony i że w nich znaleźć powinno miejsce 500 osób, przeważnie lub wyłącznie z ostremi zmianami chorobowemi. Chcąc dla tych chorych wystawić większą ilość mniejszych pawilonów, utkniemy na trudności w pokryciu budżetowem, które niewątpliwie przekroczyłoby kwotę, preliminowaną na ten cel przez Wydział krajowy. Jeśli przeto zatrzymamy się przy projekcie zasadniczym Wydziału krajowego, to jest budowaniu 3 pawilonów dla mężczyzn po 73 chorych w jednym pawilonie, nadto pawilonu robotniczego dla 30 chorych i 3 pawilonów dla kobiet po 83 chorych w jednym pawilonie, to w razie przyjęcia naszej myśli trzeba będzie rozważyć, jakie kategorye i grupy chorych wypadnie w każdym z nich pomieścić, oraz jaki należy zrobić podział chorych psychopatologiczny. Uwzględniając zatem same przypadki ostre, to jest świeże zachorowania, podzielimy je na grupy, następujące:

1. Obłąkani spokojni z przygnębieniem umysłowem, o rozmaitej postaci i rozmaitem nasileniu.

2. Obłąkani spokojni z podnieceniem umysłowem, posiadający świadomość w stopniu, który dopuszcza zrozumienie karności, przestrzeganej rygorem zakładowym.

3. Obłąkani niespokojni z tłem przygnębienia lub podniecenia umysłowego.

4. Obłąkani, którzy wprawdzie należą do 1. grupy, ale z przyczyn psychicznych potrzebują troskliwego dozoru' gdy np. zostają pod wpływem myśli samobójczych, albo popędu do uszkodzenia siebie samych, lub gdy się trzyma ich w łóżku.

5. Obłąkani, należący do 2., względnie do 3. grupy, którzy również potrzebują troskliwszego nadzoru, naruszając w wyższym stopniu spokój z powodu przewrotnego usposobienia, lub gdy pod wpływem przewrotnego popędu płciowego zachowują się nieobyczajnie.

6. Obłąkani, dotknięci szałem.

7. Obłąkani, chorzy cieleśnie.

8. Wreszcie chorzy, wstępujący w okres wyzdrowienia.

Przy podziale obłąkanych na kategorye i topograficznym rozdziale ich, nie można pominąć towarzyskiego ich położenia i stopnia wykształcenia, a przedewszystkiem nie podobna nie wyróżniać pod względem wygody tych chorych którejkolwiek z powyższych grup, którzy opłacają wyższą klasę utrzymania. Ze względu jednak na okoliczność, że dla powyższych ośmiu grup, licząc dla każdej płci zosobna, mamy właściwie tylko po 3 pawilony, a zatem za mało miejsca do odpowiedniego rozdziału chorych według rodzaju i stanu choroby, byłoby wskazanem umieszczać część chorych grup wzmiankowanych w głównym zakładzie, o ileby to uskutecznić się dało bez uszczerbku dla ich leczenia. Licząc się więc z podobną koniecznością, proponujemy w celu ścisłego kategoryzowania chorych, umieszczanych w pawilonach, aby do czasu, w którym pawilony można już będzie zapełnić samymi ostrymi przypadkami:

a) urządzić w głównym gmachu odpowiedni lokal do przyjmowania chorych świeżo przybyłych, zkąd po zrobionem rozpoznaniu rodzaju ich choroby zostawaliby przydzielani do oddziału z grupą chorych, która odpowiada ich postaci chorobowej;

b) obłąkanych, chorych cieleśnie, na czas trwania ich choroby obłożnej umieszczać w infirmeryi zakładowej głó-

wnego gmachu, gdzieby wspólnie z podobnie chorymi nieuleczalnymi bez szkody dla biegu ich choroby fizycznej, mogli być pielęgnowani i leczeni;

c) dotkniętych szałem ostrym, na czas trwania ich szaleństwa i wzburzenia gwałtownego trzymać i leczyć w istniejącym już pawilonie dla bardzo niespokojnych. Uwzględniając więc, że 30 chorych uleczalnych będzie zatrudnionych w pawilonie roboczym, gdzie będą mieć dla siebie i sypialnie, dalej, że według powyższej dyspozycyi pewna liczba chorych, jakkolwiek zmienna, przebywać będzie bądź w infirmeryi, bądź w pawilonie dla szałowych, można będzie przyjąć za rzecz pewną, że na 250 chorych w każdej seryi pawilonów ubędzie do 50 chorych tak, że na każdy z pawilonów oddziału męzkiego wypadnie równo 67 chorych, zamiast 73. Dla takiej liczby chorych będzie można poczynić stosowniejsze adaptacye w wewnętrznem urządzeniu pawilonów, jakoteż dokładniejszą zaprowadzić i utrzymać kategoryzacyę chorych.

W ten sposób będzie można:

a) normalnych chorych spokojnych 1. i 2. grupy ze skali poprzednio podanej umieścić w jednym pawilonie, każdą grupę w odrębnym poziomie;

b) dla chorych tak normalnych, jak klasowych kwalifikujących się do grupy 3., to jest grupy niespokojnych i dla chorych grupy 4. i 5. przeznaczyć także osobny pawilon, a w nim wydzielić jedną większą salę, możliwie środkową, na infirmeryę dla tych obłąkanych, którzy z powodu psychicznej podniety łóżka nie opuszczają, zarazem i dla chorych podnieconych, ale wolnych od gwałtownych wzburzeń, których leczenie wymaga trzymania ich w łóżku;

c) trzeci i ostatni pawilon należałoby przeznaczyć wyłącznie dla chorych klasowych pierwszych trzech grup i dla ozdrowieńców wszystkich trzech klas, z umieszczeniem każdej z tych kategoryj w oddzielnych, nie łączących się z sobą częściach pawilonu.

Na wypadek pojawienia się jakiejkolwiek ostrej choroby zakaźnej należy w głównym gmachu trzymać do rozporządzenia ubikacyę dokładnie wyłączoną z ruchu i styczności z resztą budynku.

Znanem jest powszechnie, jak dalece doniosłe mają znaczenie stosowne urządzenia techniczne w leczeniu umysłowo chorych.

Każdy pawilon rozkładem, wielkością i wzajemnym stosunkiem topograficznym poszczególnych ubikacyj, zarówno jak i urządzeniem inwentarskiem, powinien być założony i zorganizowany odpowiednio do wymagań leczenia psychicznego, odmiennych pod niejednym względem dla każdej z grup powyższą klasyfikacyą objętych.

O ile obłąkany posiada słabszą świadomość swojego stanu, o tyle mniej dotkliwie odczuwa przymusowy pobyt w obcem miejscu, w obcem otoczeniu. Jeśli więc do tego stworzymy mu jeszcze warunki dla jego zmysłów przyjemniejsze i przyjaźniejsze, zbliżymy go przez to poniekąd do prawidłowych stosunków życiowych. Wtedy łatwiej nabędzie on usposobienia łagodnego i pogodnego, okaże się przystępniejszym, bardziej ufającym radom i zarządzeniom lekarskim. Wszelkie zatem urządzenia wewnętrzne każdego pawilonu zosobna powinny mieć na względzie prócz rodzaju choroby także stopień nastroju psychopatycznego chorych, potrzeby ich codziennego życia, ich nawyknienia towarzyskie.

To też w urządzeniach technicznych należy unikać wszystkiego, coby w umyśle chorego mogło osłabić ufność do personalu obsługującego, lub wzbudzić podejrzenie, że nie zasługuje na zaufanie, że nie można spuścić się na niego.

W warunkach takich obłąkany nie tak łatwo popadnie w rozdrażnienie i w przymus do działania wręcz przeciwnego temu, któremu przez owe zarządzenia starano się zapobiedz.

W dalszym ciągu swojej obywatelskiej usługi krajowa Rada zdrowia nie może pominąć uwag i życzeń w sprawie posługi lekarskiej wogóle, a w zakładzie kulparkowskim w szczególności.

Obsługa lekarska w zakładach dla umysłowo chorych nie powinna być mniejszą, niż w zakładach dla cieleśnie chorych. Psychiatra ma za zadanie, jak już wspomniano, leczyć chorą osobę, a nie chory mózg. Nie ma zwalczać szaleństwa, zadumy, jeno ma leczyć maniaka, melancholika. Postępując z chorym na umyśle według tych samych prawideł, jak z chorym na ciele, musi psychiatra w braku jakichkolwiek specyfików przeciw właściwym zboczeniom umysłu, przejąć się zadaniami leczenia psychicznego, spełniać je z całym wysiłkiem myśli i spostrzegawczego rozumu. Rzeczy tych z książek traktujących o psychopatyi, wyuczyć się nie można, a konieczna zresztą znajomość fizyopsychologii może psychiatrze oddać pomocniczą tylko przysługę. Psychoterapeuta, chcąc skutecznie działać, musi z chorymi obcować. Jasną więc jest rzeczą, że lekarz psychiatrycznego zakładu może tylko przy ograniczonej liczbie chorych z kategoryiu leczalnych, sprostać swojemu zadaniu. Nie mniej wydatnej opieki lekarskiej potrzebują nieuleczalni, tak w wydarzających się chwilach podniecenia psychicznego, jak i w razie zachorowania somatycznego.

Stosunek liczby lekarzy do liczby chorych w austryackich zakładach dla umysłowo chorych, według dat urzędowych z r. 1896, przedstawia się jak następuje.

Jeden lekarz na 170 chorych w Pradze, na 178 w Wiedniu, na 184 w Ybbs, na 215 w Klosterneuburgu, na 228 w Wiederhart, na 249 w Feldhof, na 261 w Wobrzanach, a w Kulparkowie na 285. Stosunek ten w zakładach mniejszych jest o wiele korzystniejszy; utrzymuje się w granicach od 18 chorych (w Hartberg) do 150 (w Krakowie) na jednego lekarza.

W kosztorysie Wydziału krajowego postanowiono pomnożyć liczbę lekarzy w Kulparkowie o dwóch. Normalna liczba łóżek wynosi tam obecnie 660. Dodawszy do tego 500 łóżek w mających się budować pawilonach, otrzymamy 1160 miejsc. Jeżeli zważymy, że normalna liczba chorych, odpowiadająca etatowej liczbie łóżek, zawsze była przekroczoną, a i nadal będzie przewyższać stan normalny, to projektowane przez Wydział krajowy pomnożenie liczby lekarzy o dwóch, nawet bez brania w rachubę spodziewanej nadwyżki 500 chorych pawilonowych jest wobec mnogich zajęć około chorych z ostrymi przypadkami obłąkania, wprost nie wystarczające.

Krajowa Rada zdrowia mniema, że dla każdej grupy nowych pawilonów powinno się przeznaczyć po dwóch lekarzy, to jest jednego na 125 chorych, a dla oddziału nieuleczalnych o normalnej liczbie 660 łóżek 3 lekarzy. Zatem należy etat ściśle lekarski w Kulparkowie podnieść z 4 na 7 lekarzy. Dyrektora nie można zaliczać do etatu lekarzy. Już jako szef administracyjny będzie on miał dużo roboty, musi bowiem czuwać nad prawidłowym biegiem czynności zarządowo-kancelaryjnych i dostosowywać zarządzenia administracyjne i ekonomiczne przedewszystkiem do celów psychoterapeutycznych, a jednocześnie musi też wypełniać liczne obowiązki jako szef lekarski. W tym charakterze potrafi z większą dla zakładu pracować korzyścią, gdy nie obarczony wykonawstwem leczniczem, będzie prowadzić jedynie nadzór czynności lekarskich i gdy dopilnuje ścisłego wykonania swoich zarządzeń higienicznych.

Rada zdrowia czuje się obowiązaną zwrócić przy tej sposobności uwagę na pewne poniżenie stanowiska lekarzy psychiatrycznych Zakładu kulparkowskiego. Tryb życia, jaki muszą prowadzić poza sferą świata normalnego, wymaga słusznie uwzględnienia niejakich udogodnień dla nich. Dostatni byt materyalny i należące się im dogodności powinny zapewnić im żywot zupełnie wolny od trosk i to w tym stopniu, aby każdy z nich w każdej dobie według zajmowanego stanowiska służbowego mógł swobodnie oddawać się świadomej celu i skutecznej pracy.

Niezadowolenie z położenia materyalnego musi zasępić

w nich pogodę umysłu, osłabić chęć i gotowość do poświęcenia się i pełnienia obowiązków z umiłowaniem chorych. oraz zamiłowanie do pracy postępowej, kształcącej ich samych. Wynikiem takiego niezadowolenia nie może być praca płynąca z obywatelskiego poczucia obowiązków zawodowych. Ona musi z czasem zejść do stopnia li formalnego wykonywania przepisów instrukcyi służbowej, do niewolniczego trzymania się litery martwej. Taka praca lekarzom zakładowym nie użyczy bodźca ożywczego, jaki pracownikowi daje zadowolenie, a nie przymus.

Krajowa Rada zdrowia wypowiada te obawy, widząc, że kosztorys, obejmujący budynek pod skromną nazwą „domku“ dla prymaryusza i dla urzędnika ekonomicznego, zatem dla dwóch rodzin, stanąć ma kosztem iście skromnej kwoty 15 tysięcy koron. Poniżenia ich stanowiska służbowego dopatruje Rada zdrowia także dlatego, że istnieje precedens. Wszak dla funkcyonaryuszów administracyjnych, ludzi aczkolwiek zacnych i służbistych, ale jak się zwykle mówi, ludzi bez szkół, pracujących dla zakładu zwykłym szablonem kancelaryjnym, bez wytężania mózgu, wystawiono budynki zdala od gwaru waryatów; a dla lekarzy dano pomieszkania w środku zakładu, zajętego przez setki obłąkanych, przeznaczywszy dla ludzi familijnych zaledwie po parę ubikacyj, jak np.: 1 pokój, 2 pokoiki dla rodziny z 6-ciu osób, lub 2 pokoje dla innej rodziny lekarskiej, składającej się także z 6 osób. (Ciąg dalszy nast.)

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 12 czerwca.

Paryż 29 maja. Setna rocznica założenia internatu lekarskiego w szpitalach paryskich, która odbyła się 24 i 25 maja b. r., wypadła wprost wspaniale. Pięciotysięczny tłum zebrał się w wielkiej sali uroczystościowej w Trocadero. Przewodnictwo w tem zgromadzeniu objął Waldeck-Rousseau, obok którego na estradzie zasiedli obecni profesorowie Wydziału lekarskiego i liczne grono osobistości politycznych, do których należał i zastępca prezydenta Rzeczypospolitej. Pierwszy przemówił prof. Brouardel, przedstawiając stuletnią panoramę dziejów instytucyi internów. Wśród wyliczania byłych internów słyszeliśmy nazwiska ludzi, stanowiących w swoim czasie epokę w nauce, będących chwałą Francyi. Przemówienie swoje zakończył Brouardel zwrotem do internów obecnych, wskazując im punkta oryentacyjne dla ich przyszłego życia i działania. Drugim mówcą był Mourier, dyrektor instytucyi »Assistance publique«, który wymienił usługi, wyświadczone tej instytucyi przez internów i odwrotnie, a w końcu złożył hołd poświęceniu internów w imieniu ubogich, wydziedziczonych i cierpiących. Do hołdu ubogich dorzucił prof. Debove podziękowanie Wydziału lekarskiego, który w swych usiłowaniach nauczania znajduje podporę w instytucyi internów, będącej jednocześnie szkołą dla najlepszych późniejszych sił profesorskich. W imieniu internów z prowincyi przemówił Dr. Hanrot, tłómaczem zaś uczuć internów cudzoziemców był prof. lwowski, Dr. Grzegorz Ziembicki.

Piękna ta mowa w obszerniejszem streszczeniu brzmi jak następuje: »Zwróćmy wzrok nasz wstecz o całe stulecie. Francya po powrocie z pod Marengo skupiała się do chwili dziejowej pod Austerlitzem; podczas tego pokojowego pięciolecia organizacya jej wewnętrzna postępowała krokiem olbrzymim, jak olbrzymem był ten człowiek, który wkrótce miał hetmanić światu. Reforma armii, marynarki, oświaty publicznej i t. d., realizacya najszerzej pomyślanych planów, nie przeszkodziły zaopiekowaniu się najcenniejszym skarbem państwa, zdrowiem publicznem, czego wynikiem było powołanie do życia instytucyi internów, będącej słabą latoroślą w okresie początkowym, dziś zaś dębem stuletnim, którego setną rocznicę właśnie obchodzimy, ramię przy ramieniu francuzi i cudzoziemcy, — wzniosła to i znamienna cecha waszego wielkiego narodu.

Zastępy francuskie na ostrzu bagnetów rozniosły po szerokim świecie deklaracyę praw człowieka: a chociaż na polu bojowem Francya doznała potem pogromu, dla ludów, oczarowanych ideami z r. 1789, pozostała ona paladium cywilizacyi i postępu, pomimo Waterloo i roku 1870. Dumna zasłużenie ze swych instytucyj, ze swych wszechnic i innych szkół wyższych, Francya wspaniałomyślnie przypuściła do nich cudzoziemców, których w samej jednej instytucyi internów było około 200, t. j. 5% ogólnej liczby w ciągu 100 lat ubiegłych. Wielki Francuz, Pasteur, miał prawo wygłosić wzniosłą i iście francuską zasadę: *„La science n'a pas de patrie, l'homme de science en a une“.*

Tę gościnność Francyi w zakresie naukowym należy tem więcej uwydatnić, wieść o niej tem więcej niech rozbrzmiewa między ludami, że z tamtej strony Renu wyrzucono w ostatnich czasach 300 studentów pochodzenia słowiańskiego pod rzekomym pozorem, że są niebezpieczni dla cesarstwa; nadto ci, co dzierżą władzę w ziemiach, które były kolebką naszego narodu, areną naszych dziejów pełnych chwały, tak pojmują i stosują »prawa człowieka«, że za pomocą trzciny narzucają dzieciom szkolnym język i patryotyzm germański, a matki, broniące dzieci przed dzikiem znęcaniem się, skazują na kilkoletnie więzienie. Wiek XX osądzi te potworne czyny rasowej nienawiści.

Francya przyznała nam te same prawa, co własnym synom, nie żądając w zamian daniny krwi: lecz co się tyczy nas, to krew ta szeroką strugą mięszała się z krwią waszą w obronie granic Francyi; nie wspominając już o pierwszem cesarstwie, przytoczę tylko pełne chwały walki w Wogezach, pod Coulmiers i Mans. Lecz my poczuwamy się do długu względem Francyi i podczas pokoju, a od nas samych zależy, jak mamy ten dług spłacać: uważajmy siebie niejako za rozsypanych po szerokim świecie kolonistów wiedzy, pionierów geniuszu narodowego Francuzów i cywilizacyi francuskiej, nie przestając czcić własnej; jak przednie posterunki osłaniajmy opieką wielkie idee Francyi, które w istocie nie są czem innem, jak ideą wolności«.

Mowca w dalszym ciągu składa hołd mistrzom zmarłym, wyraża wdzięczność mistrzom obecnym, pozdrawia internów tegoczesnych, dziękuje stolicy Francyi, a przedewszystkiem i nadewszystko pochyla czoło przed wzniosłym obrazem Francyi, wyrażając życzenie, by krepa, którą ona wiernie zachowuje u drzewca swego sztandaru, raz znikła na wieki.

Przemówienie prof. Ziembickiego, wypowiedziane znakomitą francuzczyzną i z właściwą jemu werwą, wysłuchała pięciotysięczna publiczność w skupieniu i nagrodziła mowcę entuzyastycznymi objawami uniesienia i wdzięczności, graniczącemi z wyjątkową owacyą.

Dzienniki polityczne (Le Gaulois, Le Figaro, Le Matin i inne) i lekarskie (La Presse médicale, Gazette des hôpitaux, Le Progrès médical, Gazette médicale de Paris i t. d.) wyrażają nietylko gorące słowa uznania dla niewątpliwych zalet krasomówczych przemówienia prof. Ziembickiego, ale wypowiadają nie jedną głębszą ogólnoludzką myśl, którą ta znakomita, szczera, z gruntu odczuta i prawdziwa mowa wywołała i do poważniejszego rozmyślania pobudziła.

Po przemówieniu prof. Ziembickiego zabierali jeszcze głos: Durand Fardel i Waldeck-Rousseau.

Obchód setnej rocznicy internatu pozostawił po sobie 2 trwałe pamiątki: medal pamiątkowy i tablicę dla uczczenia pamięci tych internów, którzy znaleźli śmierć, ratując chorych z narażeniem własnego życia.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 4 b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Kader przedstawił rzadkie przypadki chorobowe i obszernie je omówił.

* Dziekan Wydziału lekarskiego U. J. rozpisał konkurs na posadę asystenta przy katedrze chemii lekarskiej z płacą roczną 1400 koron. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 30 czerwca 1902 r.

* Wydział krajowy postanowił przedłożyć W. Sejmowi na najbliższej sesyi projekty do ustaw o nadaniu szpitalom w Gorlicach, Jarosławiu i Krośnie charakteru szpitali powszechnych i publicznych. Również postanowił Wydział krajowy odnieść się do Sejmu o upoważnienie do zaciągnięcia pożyczki dla pokrycia połowy kosztów, potrzebnych na wybudowanie nowego szpitala w Zaleszczykach.

* Nakładem i staraniem »Chemika polskiego« w Warszawie wyszedł »Słowniczek Chemiczny«. (Część I. Związki nieorganiczne). »Słowniczek został ułożony na zasadzie uchwał Akademii Umiejętności w Krakowie. Sprawa ujednostajnienia słownictwa chemicznego, podjęta raz jeszcze przez Sekcyę chemiczną IX-go Zjazdu lekarzy i przyrodn. polskich, spowodowała zwołanie specyalnej komisyi przez Akademię Umiejętności w końcu r. 1900; wzięli w niej udział reprezentanci wszystkich stron interesowanych; Wydział matematyczno-przyrodniczy Akad. Um. rozstrzygnął ostatecznie w r. 1901 sprawę ujednostajnienia słownictwa chemicznego polskiego, czego dotykalnym wynikiem jest właśnie »Słowniczek Chemiczny«, którego wyrazownictwa trzymać się należy w dobrze zrozumianym interesie naukowym i narodowym.

* Między 21 a 28 maja stwierdzono w Galicyi dur osutkowy w następujących powiatach: bohorodczańskim (1 gmina), brodzkim (3 gm.), buczackim (2 gm.), czortkowskim (1 gm.), drohobyckim (1 gm.), horodeńskim (2 gm.), husiatyńskim (1 gm.), jaworowskim (2 gm.), kałuskim (2 gm.), kołomyjskim (1 gm.), mościskim (1 gm.), nadworniańskim (2 gm.), rawskim (2 gm.), stanisławowskim (2 gm.), samborskim (1 gm.), tarnopolskim (3 gm.), tłumackim (3 gm.), wadowickim (1 gm.). Wszystkich przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 146.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa Tydzień XXI (18—24—V). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 16, urodziło się dzieci 53, zmarło osób 53, mianowicie: z gruźlicy 11 (5 zam.), z zapalenia płuc 7 (1 zam.), z błonicy i dławca 2 (1 zam.), z płonicy 4 (2 zam.), z cholery dziecięcej 3 (1 zam.).

Mianowania i odznaczenia. Nadzwyczajni profesorowie: Basch, Monti i Oser w Wiedniu dostali tytuł i charakter profesorów uniwersyteckich.

Nekrologia. W Stanisławowie zakończył życie dr. Jerzy Konkolniak, prymaryusz szpitala powszechnego. Według wiadomości dziennikarskich śmierć miała nastąpić z duru osutkowego, którego nabawił się podczas pełnienia obowiązków zawodu.

Bibliografia:

— *Nowiny lekarskie* Nr. 6. Moraczewski: Znaczenie chemii fizycznej dla medycyny. Herman: O przedoperacyjnem badaniu nerek (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 23. Męczkowski: W sprawie leczenia tężca surowicą. Dydyński: Przyczynek do badań nad przebiegiem niektórych pęczków rdzenia kręgowego (dok.).

— *Przegląd felczerski* Nr. 11. Tchórznicki: Zabawy i gry dzieci w ogrodzie im. Rau, urządzone staraniem warsz. Tow. higienicznego w 1899 i 1901 r. (c. d.). L.: Zapalenie (dok.). B.: O myciu rąk w położnictwie (dok.). Akuszerka: Kilka słów o pomocy akuszeryjnej na prowincyi. R.: Opatrunki.

— *Medycyna* Nr. 23. Goldflam: O pierwszym objawie wiądu i o znaczeniu odruchu ze ścięgna Achillesa. Moraczewski: O wydzielaniu kwasu szczawiowego, indykanu i siarczanów związanych w cukrzycy pod wpływem żywienia (dok.). F. Arnstein: O działaniu wody Kissingen przy piciu jej domowem.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 23. Pitha: O abdominalnich operacich fibromyomů děložnich (dok.). Kopfstein: Operace při chorobách orgánů močových, provedené v letech 1897 až 1901 ve veřejné všeobecné nemocnici cis. Frant. Jos. I ve Mladé Boleslavi (c. d.).

— *La Presse medicale* Nr. 44. Jayle: Uniwersytet w Strasburgu. Nicolle i Hebert: O zapaleniach gardła, wywołanych prątkiem Friedländera.

— 45. Broca: Przepuklina uwięźnięta u dziecka. Eskat: Przytwierdzenie cewnika załogowego *(sonde à demeure)*.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 23. Infeld: Krwotok do spoidła mózgowego. Przyczynek do sprawy pojmowania objawów histerycznych. Hödlmoser: Przyczynek do klinicznego poznania objawów nerwowych duru brzusznego. Ludwig: O cieplicy w Töplitz koło Rudolfswerth w Krainie. Schlagenhaufer: O znajdowaniu się przybłonka kosmówki i o bujaniu rodzaju zaśniadu groniastego w potworniakach *(Teratoma)* (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 23. Benedikt: Röntgenografia na usługach chorób czaszki i mózgu, oraz sądowej medycyny. Niedner: O tamowaniu krwi w krwotoku płucnym. Bendix i Bickel: Przyczynek do etyologii zapalenia gardła w durze. Bach: O metodzie badania źrenicy. Schirmer: Jeszcze o metodzie badania źrenicy. Rosin: Etyologia cukrzycy na podstawie najnowszych badań (dok.). Zaudy: Pozorne znikanie zaburzeń przemiany materyi w końcowym okresie cukrzycy.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 22. Fleiner: O leczeniu wrzodu żołądka. Nebelthau: Przyczynek doświadczalny do nauki o wytwarzaniu się cukru w ustroju dotkniętym cukrzycą. Kaes: Nowe spostrzeżenia przy barwieniu metodą Weigerta. Linder: »O nasale Dysmenorrhoe«. Rullmann: O wyosobnionym z plwociny, streptotryksie chorobotwórczym. Pfeiffer: O szybkiej metodzie badania siły światła w szkołach, biurach i warsztatach. Jorns: Ostra niewydolność serca, jako następstwo wypadku. Kusterman: Nowe narzędzie do wstrzykiwań kamfory i morfiny. Büdingen: Przyrząd do mierzenia objętości klatki piersiowej. Nowa próba płuena.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 22. Veit: O białkomoczu w ciąży. Sobernheim: Nowe doświadczenia ze szczepieniem ochronnem przeciw wąglikowi. Sommerfeld i Röder: O analizie osmotycznej moczu osesków przy rozmaitych metodach żywienia. Elsner: Jeszcze o szmerze pluskającym. Fraenkel: O postaciach ostrych gruźlicy płuc (dok.). Boehr: O leczeniu chorób serca w zdrojowisku Kreuznach (dok.).

Redakcya otrzymała. Słowniczek chemiczny (wydany przez »Redakcyę Chemika polskiego«). Bregman: Leczenie pijaków i walka z alkoholizmem. Semerad: Slovanská bibliografie lékařská, a Revue.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 18 czerwca, o godz. 6-tej wieczorem *w sali wykładowej kliniki chorób wewnętrznych (ul. Kopernika, 15)* posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Edward Korczyński przedstawi wnioski, dotyczące ochrony i popierania krajowych zdrojowisk i przetworów zdrojowych; 2) kol. Kędzior poda treść swej rozprawy „O leczeniu błednicy“; 3) odbędą się demonstracye ciekawszych przypadków chorobowych.

W celu omówienia wyborów do Izby lekarskiej, Wydział Towarz. Samopomocy zaprasza wszystkich lekarzy, zamieszkałych w Krakowie (także i niecziłonków „Samopomocy“) na zgromadzenie, które odbędzie się w niedzielę d. 15 b. m. o godz. 12-tej w sali Kopernika *(Collegium novum)*.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

KONKURS. Z powodu opróżnienia posady lekarza samoistnie ordynującego przy szpitalu fundacyi ś. p. Anny ks Lotharyńskiej w Krakowcu — Wydział powiatowy w Jaworowie, rozpisuje niniejszym ponowny konkurs w celu obsadzenia prowizorycznej posady ordynującego lekarza przy rzeczonym szpitalu z płacą roczną w kwocie 1040 Koron pod następującymi warunkami: 1) prawo obywatelstwa austryackiego, 2) dyplom doktora wszechnauk lekarskich, 3) nieprzekroczony 40 rok życia i nieskazitelność charakteru, 4) znajomość języków krajowych. Pierwszeństwo będą mieli ci kandydaci, którzy wykażą się kilkuletnią praktyką przy szpitalu powszechnym, jak niemniej praktyką w dziale chirurgii. Podania mają być wniesione do dnia 17 lipca b. r.

Spis p. p. lekarzy w czasie sezonu 1902 w c. k. Zakładzie zdrojowym w Krynicy ordynujących: 1) Dr. Aronsohn Julian, 2) Dr. Ashkenazy Zygmunt, 3) Dr. Cercha Maksymilian, 4) Dr. Dębicki Klemens, 5) Dr. Ebers Henryk, 6) Dr. Glücksmann Leon, 7) Dr. Kmietowicz Franciszek, 8) Dr. Kopff Leon, 9) Dr. Lorentski Andrzej, 10) Dr. Piotrowski Sewryn, 11) Dr. Skórczewski Bolesław, 12) Dr. Tyszecki Teofil 13) Dr. Wąsowicz Dunin Zygmunt, 14) Dr. Zarzycki Emanuel, 15) Dr. Grabowicz Władysław.

Rok XLI. Kraków, 21 Czerwca 1902. Nr. 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. lwowskiego Prof. Dra Marsa.

Ciąża, poród i połóg u osób obarczonych wadą serca*).

Skreślił
Dr. Rudolf Brejter,
asystent kliniki.

Pierwszy Hecker w Niemczech zwrócił uwagę na wpływ ciąży na wady serca, opisując dokładnie dwa spostrzegane przypadki.

W roku 1871 okazuje się znana praca Spiegelberga: *„Ueber Complicationen des Puerperiums mit chronischen Herzkrankheiten“*, — która dała bodźca badaczom niemieckim, francuskim i angielskim do ściślejszych poszukiwań i wypowiedzenia swych zapatrywań. Spotykamy się tu z nazwiskami Fritscha, Löhleina, Ahlfelda, Berry-Harta, Macdonalda, Poraka, Petera, Winkla, — później występuje Leyden, Schlayer i cały szereg młodszych autorów, ogłaszających swe prace w tym kierunku, tak treści teoretycznej, jak i kazuistycznej, przyłączając się do zapatrywań i hipotez mniej lub więcej nadających się do wytłómaczenia przebiegu przypadków przez siebie spostrzeganych.

Przeglądając statystyki różnych autorów, mimowoli uderza nas niestosunek odsetka śmiertelności u pojedynczych autorów.

I tak, gdy jedni podają przypadki kończące się najczęściej śmiercią, — drudzy znowu przytaczają takie, kończące się przeważnie pomyślnie, choć nie brak i tu przypadków bardzo ciężkich. Również uderzyć nas musi, iż statystyki, pochodzące z klinik lub publicznych zakładów położniczych są nierównie lepsze pod względem zejścia, niż statystyki autorów czerpiących swój materyał z praktyki prywatnej, lub zakładów prywatnych.

A przecież zdawałoby się na pozór, iż stosunek powinien być wręcz przeciwny. W klinikach bowiem i w zakładach położniczych klientela rekrutuje się przeważnie z kobiet klas najniższych, zmuszonych ciężko pracować i wyniszczonych fizycznie; — powtóre kobiety te udają się do lekarza wtedy, gdy stan ich zdrowia już jest znacznie zagrożony.

Jess wyraża przypuszczenie, iż wprawdzie kobiety, szukające pomocy w klinikach, należą do klasy ciężko pracującej i żyjącej w warunkach niekorzystnych, — lecz właśnie dlatego u kobiet tych serce, przyzwyczajone do pracy większej — może łatwiej zadość uczynić zwiększonym wymaganiom. Może też przypuszczenie to jest i słuszne.

*) Odczyt, wygłoszony dnia 2-go maja 1902 roku w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem.

Przyczynę tej różnicy poglądów upatrywać należy w tem, iż w klinikach i zakładach położniczych z całego zgłaszającego się materyału rodzących i ciężarnych, przypadki z wadami serca, nawet choćby te nie manifestowały się najmniejszym objawem niedomogi, notowane są często w protokołach i służą za materyał do obliczeń statystycznych, podczas gdy przypadki z praktyki prywatnej, lub zakładów prywatnych są zwykle cięższe, gdyż do cięższych zwykle lekarza wzywają i bywają one opisywane jako przypadki kazuistyczne. Przypadki te nie mogą służyć absolutnie za podstawę obliczeń odsetkowych śmiertelności; — znacznie większa bowiem ilość przypadków lżejszych zostaje nieuwzględnioną zupełnie; po największej części osoby te rodzą bez pomocy lekarza.

Do jak zaś sprzecznych wyników dochodzi się, obliczając śmiertelność na podstawie w ten sposób zebranych przypadków i wyciągając z niej odpowiednie wnioski, — mogą posłużyć np. prace Wessnera. Autor ten, zebrawszy z piśmiennictwa pojedyncze przypadki kazuistyczne, znalazł na 77 przypadków 38 śmierci, t. j. 49·3% — podczas gdy ten sam autor, badając w klinice berneńskiej 25 przypadków ciąży, powikłanej wadami serca, znalazł śmiertelność wynoszącą zaledwie 4%. Skutek tego jest ten, iż tak pod względem terapii, jakoteż rokowania, niema jedności w poglądach — i często spotykamy się z wprost przeciwnemi zapatrywaniami autorów. I tak Spiegelberg, Berry-Hart, Peter, Schlayer rokują bezwzględnie źle i odradzają małżeństwo w każdym przypadku wady serca; Wessner, Winkel, Kleinwächter, Viney, Schneider, Müller, Schauta, nie widzą takiego niebezpieczeństwa; Fehling jest zdania, iż ciąża podobnie wpływa na serce chore, jak ruch, jaki wykonuje osobnik z wadą serca, idąc pod górę; nie brak również i umiarkowanych, jak Leyden, Jess, Jaworski i inni. Statystyka, którą zebrałem w klinice położniczo-ginekologicznej lwowskiej, rozciąga się na okres przeszło dwóch lat.

Statystykę z roku pierwszego i połowy drugiego oparłem na klinicznych historyach chorób, — przez pół roku zaś badałem sam wszystkie zgłaszające ciężarne i rodzące w kierunku wad serca i u tych starałem się śledzić wszystkie momenta ciąży, porodu i połogu, zwracając szczególniejszą uwagę na zachowanie się i zmiany w układzie krwionośnym. Chcąc zatem mieć pogląd na stosunek spostrzeganych wogóle przypadków wad serca, należy w ten sposób postępować przez pewien dłuższy czas. W tym celu, badając systematycznie przez $^1/_2$ roku wszystkie przypadki, szukające pomocy w klinice, znalazłem na 431 rodzących i ciężarnych, 19 z wadami serca. Nie od rzeczy będzie, jeżeli najpierw, nim przystąpię do szczegółowej statystyki naszej i porównam ją ze statystyką

innych autorów, roztrząsnę pytania przedwstępne, a mianowicie tyczące się przerostu mięśnia sercowego podczas ciąży, dalej wpływ ciąży, porodu i połogu na układ krwionośny w stanie fizyologicznym i wśród wad serca, — a po skreśleniu zapatrywań na te zagadnienia, przystąpię dopiero do statystyki szczegółowej i do terapii, zastósowanej w klinice lwowskiej.

Sprawa przerostu mięśnia sercowego podczas ciąży do dnia dzisiejszego nie jest wyjaśniona — i obraca się w świecie mniej lub więcej udatnych teoryj.

Larcher (1828) był pierwszy, który ten temat poruszył; według niego ściana lewego przedsionka zyskuje podczas ciąży $^1/_4$—$^1/_3$ swej grubości prawidłowej. Twierdzenie swoje popiera wynikami 130 sekcyj u położnic, zmarłych na zakażenie połogowe. Cały szereg autorów popiera wywody Larchera. Bolt i Duroiziez, mierząc i ważąc serca zmarłych ciężarnych i położnic, przychodzą do tych samych wyników; prawie wszyscy autorzy francuzcy z małymi wyjątkami są zwolennikami teoryi przerostu serca u ciężarnych, w myśl wywodów Larchera; — wielu badaczy przyjmuje jako dowód przerostu serca zwiększenie granic wypukowych podczas ciąży; — Doroiziez utrzymuje, iż można opukiwaniem stwierdzić przerost najprzód przedsionka lewego, który wcześniej występuje, następnie zaś prawego. Wielka część autorów niemieckich, angielskich i polskich, jak Spiegelberg, Macdonald, Charpentier, Peacock, w nowszych czasach Jaworski i Guérard przyjmują przerost serca podczas ciąży, — lecz nie w myśl Larchera, ale w znacznie mniejszym stopniu.

W nowszych czasach Dreysel na podstawie swych badań przychodzi do wniosku, iż na 1 klg. przybytku wagi ciała u ciężarnych wypada 0·44 grm. wagi serca. Müller zaś, uznając nieznaczne powiększenie serca u ciężarnych, nie kładzie go na karb zwiększonych oporów w krążeniu, czyli zwiększonej pracy serca podczas ciąży, lecz szuka przyczyny: *„in Massenzunahme des schwangeren Körpers überhaupt;“* ... — to jednak nie zgadza się z naszemi zapatrywaniami, gdyż mięsień sercowy, jak wogóle każdy mięsień, li tylko skutkiem zwiększonej pracy przerastać może.

Jednym z pierwszych przeciwników teoryi przerostu serca u ciężarnych był Fritsch, który doszedł do tego wniosku na mocy wyniku 14 sekcyj u położnic, u których nie był w możności wykazać ani przerostu mięśnia sercowego, ani nawet żadnych pozostałości zwyrodniałych, jakoto komórek stłuszczonych lub barwika.

Chcąc zaś dać wyraz swoim zapatrywaniom, użył wyrażenia Corvisarta: „aneurysma passivum“ i dodał jeszcze „minimum“, by w ten sposób uniknąć zarzutu, iż jest zwolennikiem rzeczywistego, choćby minimalnego przerostu mięśnia sercowego u ciężarnych. Löhlein na mocy materyału sekcyjnego, do którego używał li tylko zdrowe ciężarne, względnie rodzące, zmarłe skutkiem pęknięcia macicy, — również dochodzi do tych samych wyników i wprost zaprzecza istnieniu rzeczywistego przerostu serca w myśl Spiegelberga. Za Löhleinem poszli: Schlayer, Wessner, Lwoff, Fellner i cały szereg młodszych autorów.

Po większej części autorowie ci, opierając się przeważnie na wynikach sekcyjnych, są zwolennikami rozszerzenia *(dilatatio)* serca podczas ciąży.

Stłumienie serca podczas ciąży w przeważnej liczbie przypadków wyraźnie jest większe. Lwoff, a za nim Fellner podają, iż wymiar serca w IV. przetworze międzyżebrowym zwiększa się w *maximum* swej rozciągłości o połowę (10 ctm.) w stosunku do serca nieciężarnej; — ku górze zaś według Fellnera granica stłumienia serca jest najwybitniejsza, — różnica bowiem może dochodzić do dwóch centymetrów. Badając wielką liczbę ciężarnych w tym kierunku, zauważyć muszę, iż nigdy nie znalazłem u zdrowych ciężarnych tak znacznie zwiększonych granic stłumienia serca. U wielkiej liczby ciężarnych udało się mi stwierdzić opukiwaniem zaledwie nieznacznie zwiększone granice, a tylko może w $^1/_4$ części przypadków badanych wydawały mi się granice już to zupełnie prawidłowe, już to niemożebnem było oznaczyć, czy stłumienie w odpowiednim przypadku było prawidłowe, czy też nieznacznie zwiększone. Powodem tego są niekorzystne warunki wypukowe. U pierwiastek bowiem młodych, u których piersi są jędrne i obejmujące większą przestrzeń sąsiednią, — dalej u kobiet z obfitą podściółką tłuszczową w okolicy sutka, — dokładne opukiwanie granic serca jest nader trudne tak, iż nieznacznych różnic stwierdzić nie jesteśmy w możności.

Pomijając jednak powyższe przypadki, a zastanawiając się nad przypadkami, nadającymi się do dokładnego oznaczenia granic serca, nie mogę pominąć milczeniem spostrzeżenia, które mimowoli wpadło mi w oko. Nieraz zdarzało mi się przy powtórnem kontrolowaniu granic stłumienia serca po jakimś czasie, iż granice te nie zgadzały się z granicami wypukowemi, jakie znalazłem przy pierwszem badaniu, — a mianowicie, iż granice te nieznacznie się zwiększyły, lub zmniejszyły. Śledząc zatem baczniej i rozważając ściślej wszystkie czynniki, przyszedłem do przekonania, iż u ciężarnych w 9-tym miesiącu księżycowym granice serca są nieznacznie większe, niż granice w miesiącu 10-tym lub 8-mym.

Na 25 przypadków ciężarnych, u których dokładne opukiwanie było możebne i przy pomocy ile możności jak najsubtelniejszych mierzeń granic serca, udało mi się wykazać w czterech przypadkach, iż granice serca w 9-tym miesiącu ciąży są nieznacznie większe od granic w 10-tym miesiącu księżycowym. W innych przypadkach z powodu bądź trudności w opukiwaniu nieznacznych różnic stłumienia serca, bądź też może z powodu ogólnych trudności, jakie przedstawiają usadowienie, rozwój, zbitość i osadzenie sutków u kobiet, spotęgowane jeszcze czynnością gruczołu piersiowego u ciężarnych, różnic w stłumieniu pomimo kilkakrotnych badań już to wykazać mi się nie udało, już to nie byłem ich zupełnie pewny. Różnicę zaś tę w stłumieniu granic serca przypisać mogę li tylko wpływowi wysokości dna macicy, która w 9-tym miesiącu sięga prawie do wyrostka mieczykowatego, w 10-tym zaś znacznie ku dołowi zstępuje. Na podstawie tych wyników wypukowych skłonny jestem do przyjęcia twierdzenia Gerharda, Letullea i Friedreicha, iż zwiększenie stłumienia serca u ciężarnych zdrowych, jeśli wogóle opukiwaniem wykazać się daje, polega częściowo na przemieszczeniu serca skutkiem rozwoju ciężarnej macicy i przybliżeniu go do ścian klatki piersiowej *(apression)*. To samo również można z łatwością stwierdzić przy dużych guzach w jamie brzusznej, jakoteż przy wodnej puchlinie znacznego stopnia. W przypadkach tych nietylko granica górna stłumienia serca jest wyżej przemieszczona,

lecz wogóle stłumienie jest badalne na większej przestrzeni, co można stwierdzić, badając przed i po operacyi. W kilka do kilkunastu godzin po operacyi można stwierdzić, iż wymiary serca odpowiadają prawidłowym.

Różnice te miałem sposobność badać w dość znacznej liczbie przypadków guzów jamy brzusznej, zwłaszcza dużych torbieli jajnikowych, jakoteż guzów złośliwych, połączonych ze znaczną ilością wolnego płynu w jamie brzusznej.

Przeciwnicy teoryi „apresyi“ serca przytaczają fakt, mający obalać przytoczone wyżej zapatrywanie, a mianowicie, iż uderzenie koniuszka serca znajduje się podczas ciąży prawie w miejscu prawidłowem, — li tylko nieznaczne przesunięcie ku górze, nie odpowiadające zupełnie przesunięciu górnej granicy stłumienia, stwierdzić można, — również i przemieszczenia koniuszkowego uderzenia serca bardziej na zewnątrz nigdy nie spostrzegano.

Twierdzenia te jednak niczego nie dowodzą, — owszem przemawiają nawet częściowo za „apresyą“.

Oś serca podłużna przebiega od tyłu z góry i od strony prawej — ku przodowi, dołowi i ku stronie lewej, — przecinając pod pewnym kątem oś ciała; — skutkiem zaś ucisku macicy ciężarnej na przeponę serce zostaje nie przesunięte ku górze, lecz oś jego bardziej wyprostowuje się, czyli, — że oś serca przecina pod mniejszym kątem oś ciała, niż w warunkach zwykłych. Z tego powodu serce przednią swą ścianą bardziej przylega do klatki piersiowej, wskutek czego powstają większe granice wypukowe i cięższe warunki dla serca w wykonywaniu pojedynczych ewolucyj.

Najlepszym tego przykładem jest ciężki przypadek wady serca wśród ciąży u pierwiastki, opisany przez prof. Marsa, którego słowa pozwolę sobie przytoczyć:

„W niniejszym przypadku zwracają uwagę objawy ze strony serca podczas ciąży, a mianowicie objawy, które groźnie występowały, ustąpiły w 9. miesiącu księżycowym, gdy główka wstąpiła do jamy miednicy“. — Wyżej zaś czytamy:... „poczem szybko w miarę obniżania się dna macicy, pacyentka miała się coraz to lepiej.“ — Przypadek ten jest najwymowniejszym dowodem wpływu wysokości dna macicy na serce, czyli innemi słowy: gdy serce zostało uwolnione od ucisku macicy ciężarnej, mogło wówczas pomimo wady wykonywać swą pracę prawidłowo. Spostrzeżenia podobnego w piśmiennictwie nie udało mi się znaleść. (C. d. n.).

II. Leczenie trądzika pospolitego *(acne vulgaris)* w świetle krytyki.

Podał

Dr. Zygmunt Steuermark,

kierownik oddz. dermatologicznego szpitala izr. w Krakowie.

Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Tow. dermatologicznego w Krakowie w dniu 20 kwietnia 1902 roku.

Racyonalne leczenie trądzika pospolitego, jak wogóle każdej choroby skórnej, powinno się opierać na ścisłych podstawach anatomo-patologicznych; wszelkie zatem wskazania i przeciwwskazania, co do wyboru środków leczniczych i metod ich zastosowania, powinny z naturalną koniecznością wypływać z tych właśnie wskazówek anatomopatologicznych.

Że jednak w tym kierunku odnośnie do leczenia trądzika pospolitego bardzo wiele grzechów popełniają nietylko lekarze praktycy, ale i zawodowi dermatolodzy, świadczy najwymowniej ta okoliczność, że jeszcze ciągle choroba ta jest uważana za prawdziwy *crux medicorum* i ciągle jeszcze przemysł farmako-chemiczny zasypuje pracownie dermatologiczne całą lawiną coraz to nowszych leków, stosowanych z jednakowem niepowodzeniem, a to głównie dlatego, że środki te usuwają tylko pojedyncze objawy trądzika, jak n. p. „hiperkeratozę“, a nie uwzględniają całości obrazu, która stanowi tło anatomiczne choroby.

W roku 1880 ogłosił Unna w „Archiwie Virchowa“ pracę p. t. „*Woraus besteht der schwarze Punkt der Comedonen*“, w której wykazał, że dotychczasowe tłómaczenie, jakoby wągry były wynikiem nagromadzenia się łoju w gruczołach łojowych i ich przewodach wyprowadzających z następowem osadzeniem się pyłu atmosferycznego na szczycie wągra, czyli jego głowie, jest błędne, nie odpowiada bowiem wynikom badania anatomicznego, według których wągr składa się głównie z komórek zrogowaciałych przyskórka, a tylko w wągrach starszych te zrogowaciałe komórki naskórkowe stanowią jakoby manszet dla komórek łojowych. Te czopy komórek zrogowaciałych, zatykające przewody torebek i gruczołów łojowych, są znowu częściowym objawem ogólnej hiperkeratozy, rozgrywającej się na pewnej przestrzeni skóry, która przenosząc się na ujścia torebek i gruczołów łojowych i rozwijając się wśród nich, sprowadza powstanie wągrów.

Ta ogólna hiperkeratoza jest więc niejako pierwszym aktem wstępnym tych zmian, które następowo spostrzegamy śród gruczołów.

Obok tych zrogowaciałych komórek naskórka, obok łoju zawierającego w starych wągrach kryształki cholestearyny, leucyny i tyrozyny, trzecim składnikiem wągrów są drobnoustroje, a mianowicie: 1) nużeniec ludzki *(demodex folliculorum)*, który częstokroć, jednakowoż niestale, w ilości nieraz 3 i 4 indywiduów zamieszkuje pojedyńcze wągry,— jego rola patogenetyczna nie jest udowodniona. 2) prątek drobny *(microbacillus)*, opisany poraz pierwszy przez Menahema Hodarę i Unnę *(Über die bacteriologische Diagnose der Acne-Monatshefte f. pract. Dermatologie z r. 1894)*, a później znaleziony przez Sabourauda w gruczołach dotkniętych łojotokiem oleistym *(seborrhoea oleosa)*, jeden z najmniejszych wogóle znanych prątków, a zarazem jedyny, stale w wągrach się znajdujący, usadowiony mianowicie w ich warstwach głębszych, a nigdy na szczycie wągra. 3) Wreszcie obok tych dwóch wspomnianych pasorzytów istnieją jeszcze w wągrach prątki, opisane przez Malasseza, niepatogenetyczne, które znajdują się również w łoju gruczołów zdrowych, usadowione w powierzchownej części wągrów, oraz koki niepatogenetyczne.

Zatem w budowę wągra wchodzą trzy składniki: 1) komórki naskórkowe zrogowaciałe, 2) tłuszcz i 3) drobnoustroje. Zkąd pochodzi ciemny punkt na szczycie wągra? Jak to wykazał Unna *(l. c.)* jest on produktem odtlenienia keratyny, tworzącej osłonkę komórek warstwy rogowej skóry, (jak wiadomo komórka warstwy rogowej składa się z osłonki keratynowej i tłuszczu przyskórkowego, znajdującego się wewnątrz osłonki), a nie domieszki pyłu atmosferycznego; udowadnia to twierdzenie tem, że ciemne zabarwienie nie występuje często w warstwach najbardziej powierzchownych wągra, które przedewszystkiem są wystawione na działanie

pyłu atmosferycznego, lecz zajmuje warstwy głębiej położone; powtóre, że nie daje się zmyć nawet po dodaniu alkaliów, które powinnyby ten zabrudzony tłuszcz zmydlić i tem samem uczynić go rozpuszczalnym; tymczasem przeciwnie, pod wpływem alkaliów i w ogólności pod wpływem środków odtleniających, jak siarka, kwas salicylowy, naftol β, pyrogallol, smoła, wyskok mydlany, resorcyna i ichtyol, ten punkt ciemny na szczycie wągra tem wybitniej występuje, a natomiast pod wpływem środków silnie utleniających, jak n. p. kwas azotowy, octowy, woda utleniona i chlorowa, niknie.

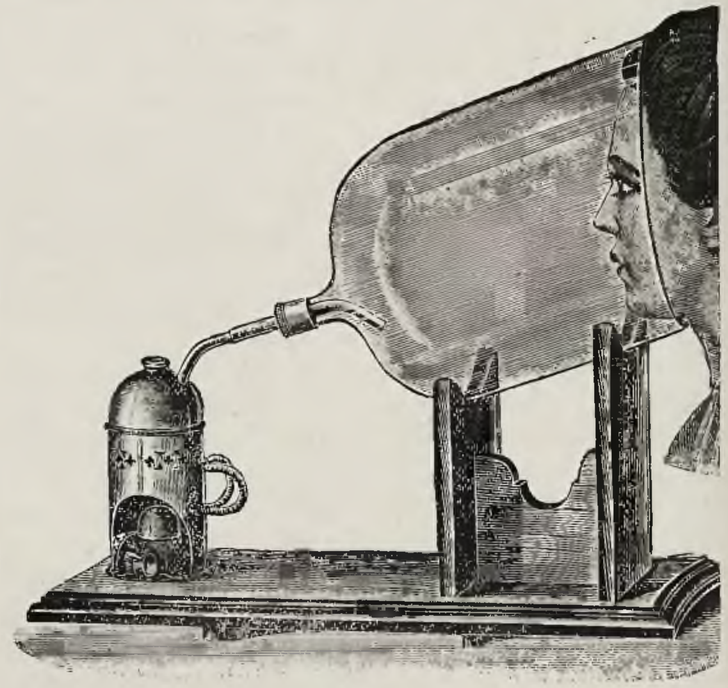
Na tych pewnikach anatomicznych, które przytoczyłem dla zrozumienia całego leczenia racyonalnego, można zbudować dopiero pojedyncze wskazania i przeciwwskazania.

I tak, pierwsza bardzo ważna zasada dla leczenia trądzika pospolitego polega na wykluczeniu: wszelkich alkaliów i środków odtleniających (redukujących), jak kwas salicylowy, siarka, naftol β, pyrogallol, smoła, wyskok mydlany, resorcyna i ichtyol, również i mydła, o ile nie są nadtłuszczone. Środki te wprawdzie usuwają przy odpowiedniej metodzie zastosowania hiperkeratozę, działają więc na jeden tylko objaw trądzika, ale z drugiej strony, ułatwiając odtlenianie keratyny, wytwarzają zabarwienie rogowe *(Hornfarbe)*, a tem samem tem wybitniej pod ich wpływem występują ciemne punkty na szczycie wągrów. Niestety, ta tak ważna zasada bywa wprost pomijana, a nawet w myśl tej błędnej zasady, że wągr składa się wyłącznie z tłuszczu, właśnie alkalia i mydła alkaliczne dla zmydlenia tego tłuszczu na wielką skalę bywają stosowane i w tym kierunku wysila się przemysł farmakochemiczny nad tworzeniem coraz to nowszych przetworów stosowanych w najrozmaitszych postaciach, które wszystkie razem do celu nie prowadzą, lecz przeciwnie szkodzą. W miejsce środków odtleniających powinny być stosowane przetwory utleniające, jak n. p. kwas octowy, który najłatwiej te ciemne, szpecące punkta usuwa i w tym celu kosmetyka posługuje się t. zw. octami toaletowymi.

Drugiem wkazaniem jest działanie w celu usunięcia hiperkeratozy skóry; cel ten osiągnąć się daje w dwojaki sposób: 1) na drodze mechanicznej zapomocą zwykłej wody gorącej lub tak zwanych środków polerujących skórę, jak n. p. nadtłuszczone mydło marmurowe Beiersdorfa lub Schleicha; 2) na drodze chemicznej zapomocą środków keratolitycznych. Dla wygodnego stosowania gorącej wody w celu mechanicznego usunięcia zrogowaciałych mas naskórkowych nadaje się bardzo przyrząd pomysłu Saalfelda, demonstrowany na posiedzeniu Towarzystwa dermatologicznego w Berlinie w sierpniu 1898 r. Przyrząd ten (uproszczony) [1]) składa się z dwóch części: kociołka Papina, który jest zbiornikiem dla wody ogrzewanej z dołu za pomocą lampki spirytusowej; kociołek ten za pomocą poziomo biegnącej rurki połączony jest z kloszem szklanym, przeznaczonym dla twarzy. Para wodna, wytwarzana w kociołku, dostaje się za pomocą rurki do klosza i tutaj, działając na twarz, rozmiękcza skórę i ułatwia znacznie działanie zabiegu następnego, t. j. miesięnia, na skuteczność którego w leczeniu trądzika pospolitego zwrócił pierwszy uwagę prof. Pospiełow z Moskwy.

[1]) Bardzo wygodne a zarazem i tanie przyrządy do kąpieli parowych twarzy, oraz przyrządy do miesienia twarzy. wyrabia firma H. Simons w Berlinie (Potsdamerstrasse 1 A).

Pod wpływem kąpieli parowej, którą należy stosować przez 20 – 30 minut, skóra ulega tak znacznemu rozmiękczeniu, że następowe miesienie wygniata całe masy łoju i komórek przyskórkowych z gruczołów skóry, a twarz powleka się jak gdyby warstwą sera. Wreszcie, gdy skóra pod wpływem kąpieli parowej i miesienia w ten sposób zostanie rozmiękczoną i oczyszczoną, torebki częściowo odczopowane,



Ryc. I.

stosuje się wspomniane octy toaletowe dla usunięcia drogą chemiczną ciemnych punktów w pozostałych wągrach.

Drugi sposób usunięcia hiperkeratozy, jak to wyżej wspomniałem, stanowi droga chemiczna za pomocą środków keratolitycznych, które Unna dzieli na 3 grupy:

1) Keratolityczne w ścisłem słowa znaczeniu: są to w pierwszym rzędzie alkalia, pod wpływem których osłonka keratynowa się rozpuszcza, a tłuszcz komórek naskórkowych



Ryc. II.

zmydla się, zkąd przy obecności wody powstaje z warstwy rogowej masa śluzowa, — wreszcie siarkowodór i wielosiarczki potasowe, wapniowe i barowe, które posiadają wybitną zdolność rozpuszczania keratyny i bywają używane w tym celu, jako składniki środków, pozbawiających włosów (depilacyjnych). Grupa ta jednak w leczeniu trądzika pospolitego nie może mieć zastosowania praktycznego, gdyż usuwa wprawdzie hiperkeratozę, ale jak to wyżej wspomniałem, czyni punkta ciemne wągrów przez odtlenienie keratyny jeszcze ciemniejszymi. Jedynem alkalium, które działa keratolitycznie, a zarazem nie odtleniająco, lecz przeciwnie, silnie utleniająco na komórki rogowe, jest Na_2O_2 — *natrium superoxydatum*, które

Unna zastosował do fabrykacyi mydła, złożonego z 3 części *paraffinum liquidum* i 7 części *sapo medicatus*.

Mydło to stosuje się w lekkich przypadkach raz na dzień, w cięższych 3 razy dziennie w ten sposób, iż za pomocą szpatułki drewnianej rozsmarowuje się je (mydło to ma zbitość maści) na waciku mokrym, którym następnie trze się po twarzy i nosie tak długo, aż wystąpi lekkie pieczenie; wtedy zmywa się twarz obfitą ilością wody, najlepiej ciepłej, wreszcie wciera się następowo odrobinę jakiegoś obojętnego tłuszczu (n. p. *unguentum emolliens)* dla zmydlenia resztek alkalium, które mogło pozostać po obmyciu twarzy i zadziałać zbyt silnie keratolitycznie. Zaczynamy od 10%, a nawet 20% mydła, stosownie do przepisu Unny, a następnie przechodzimy do 5—$2^1/_2$%. Pod wpływem tego mydła najłatwiej i najprędzej jesteśmy w stanie przeciwdziałać z jednej strony hiperkeratozie, a z drugiej odbarwić i wybielić ciemne punkty na szczycie wągrów. Mydło to należy przechowywać w suchem miejscu, gdyż rozkłada się pod wpływem wilgoci, dlatego też zapomocą szpatułki powinno się je rozsmarować na mokrym waciku, a nie nabierać wacikiem, wreszcie nie mięszać z tłuszczami, które ulegają natychmiastowemu zmydleniu, ani nie rozcierać z gliceryną, następuje bowiem wybuch.

2) Druga grupa środków keratolitycznych t. zw. *„lepismatica“*, jak kwas salicylowy i resorcyna, są to środki złuszczające, które posiadają własność tworzenia połączeń chemicznych z keratyną, przez co powstaje błona biała, sama oddzielająca się od pozostałej w głębi warstwy rogowej, na którą środki te już nie zadziałały. Te dwa środki powinny być stosowane tylko w silnem stężeniu, n. p. jako ciasto (pasta) resorcynowe 50% lub plaster resorcynowy *(Guttaperchapflastermull)*, który stosujemy w ten sposób, że przygotowujemy skrawki plastra, których obrysy odpowiadają obrysom pojedyńczych części twarzy, nalepiamy następnie na miejsca chore (plastry Beiersdorfa przylepiają się bez wszelkiego ogrzewania); plaster taki leży 24 godzin, poczem zdejmuje się go, resztki masy plastrowej przylepione do skóry zmywamy benzyną i na następne 24 godzin przylepiamy nowy plaster; w ten sposób po 3—5 dniach powierzchowna warstwa skóry zsycha się i można zapomocą szczypczyków zdjęć ją z twarzy, jak rękawiczkę z ręki. Skóra t. zw. „nowa“ jest różowa, gładka, wolna od wągrów, a dalsze leczenie powinno polegać na zapobieżeniu nawrotom choroby sposobami lżejszymi i wygodniejszymi, o których wyżej mówiłem. Metodę tę stosuje się tylko w przypadkach cięższych i uporczywych trądzika pospolitego i *acne rosacaea pustulosa*.

Wreszcie trzecia grupa środków keratolitycznych są to leki wstrzymujące zrogowacenie, a zatem *„antikeratoplastica“*, środki utleniające, jak woda utleniona, nadmanganezyan potasowy i t. d.

Tyle o leczeniu trądzika wągrowatego. Wiadomo, że rozszerzone przez wągry gruczoły łojowe są kryjówką dla drobnoustrojów ropnych, dzięki którym wytwarza się ropienie wewnątrz gruczołów i w ich obwodzie, zkąd powstaje typ drugi: trądzik krostkowaty *(acne pustulosa)*.

Leczenie tej postaci trądzika opierać się będzie na tych samych zasadach, co trądzika pospolitego; guzki w samym początku, zanim uległy zropieniu, pędzlujemy nalewką jodową, przez co niekiedy udaje się ropienie wstrzymać; gdy to niemożliwe, przyspieszamy je za pomocą gorących okładów lub kąpieli parowych w przyrządzie Saalfelda lub Simonsa. Te guzki, które wymagają zabiegu chirurgicznego, leczymy chirurgicznie.

W końcu chciałbym dodać słów kilka o leczeniu wewnętrznem, na które autorowie francuscy tak wielki kładą nacisk. Jestto faktem, spostrzeganym przez każdego dermatologa, że częstokroć u dziewcząt i kobiet, dotkniętych trądzikiem pospolitym, istnieją równocześnie nieprawidłowości w miesiączkowaniu, jak brak miesiączki, miesiączkowanie dolegliwe lub niedostateczne, a pacyentki nieraz same utrzymują, że przed mającą wystąpić miesiączką następują świeże wybuchy trądzika; ten sam wpływ został stwierdzony i dla ciąży; z drugiej strony mnożą się obecnie w piśmiennictwie dermatologicznem spostrzeżenia, że u osób, dotkniętych trądzikiem, prawie stale występuje indykanurya, objaw świadczący o fermentacyi w jelitach, przy której substancye toksyczne ulegają wessaniu do krwi, a wydzielając się także i przez gruczoły łojowe, wywołują zmiany jakościowe w łoju skórnym, wobec czego wytwarza się podłoże dla następowego działania drobnoustrojów, o których wyżej wspomniałem. (Thibierge). Na 23 przypadków trądzika, które w ostatnim czasie miałem w leczeniu, stale w każdym przypadku mogłem wykazać indykanuryę. Ztąd wskazania lecznicze, jakie podają autorowie francuscy, są następujące: uregulowanie dyety, z której wykreślamy wszelkie potrawy trudnostrawne, a łatwo fermentujące: jak ryby, raki, homary, ostrygi, wszelkie konserwy, kiełbasy, sery, dziczyzna, tłuszcze, mięsiwa i ryby wędzone, marynaty, kapusta, a wreszcie i napoje wyskokowe; natomiast dla usunięcia zalegających mas kałowych w jelitach i następowych fermentacyj podajemy od czasu do czasu środki przeczyszczające, najlepiej mineralne.

Piśmiennictwo. 1) Unna: Woraus besteht der schwarze Punkt der Comedonen? (Virchows Archiv 1880). 2) Unna: Allgemeine Therapie der Hautkrankheiten 3) Menahem Hodara: Über die bacteriologische Diagnose der Acne (Monatshefte für pract. Dermatologie 1894 T. XVIII). 4) Unna: Natronsuperoxydseife (Monatshefte f pract. Derm 1899 T. XXIX). 5) Besnier, Brocq et Jacquet: La pratique dermatologique. Praca Thibierge: Acné. 6) Gaucher: Traité des maladies de la Peau 7) Leistikow: Spezielle Therapie der Hautkrankheiten. 8) Jarisch: Die Hautkrankheiten.

III. O cytotoksynach.

Wykład

Prof. K. Kleckiego

na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 11 grudnia 1901 r.

(Ciąg dalszy)

Jak to już wyżej zaznaczyłem, ze wszystkich znanych cytotoksyn najlepiej zbadane są dotychczas hemotoksyny; to też przy badaniu tych właśnie jadów poznano niektóre szczegóły, których stwierdzenie dla innych ciał pokrewnych jest jeszcze rzeczą przyszłości. Jednym z takich szczegółów, i to bardzo ważnych, jest to, że sposób działania hemotoksyny na odpowiednie ciałka jest zupełnie zależny od dawki, w jakiej ją zastosowano: hemotoksyna, która w pewnej dawce niszczy dane ciałka, zastosowana w dawkach niezmiernie małych, działa wręcz przeciwnie, t. j. pobudza je do żywszej regeneracyi. Podobne spostrzeżenia poczyniono także nad leukotoksyną oraz neurotoksyną.

Rzeczone działanie hemotoksyny nie jest bynajmniej

jakiemś zjawiskiem zupełnie oderwanem; przeciwnie, zjawisk analogicznych spotykamy w przyrodzie bardzo wiele: wiadomo np., że takie antyseptyki jak sublimat, arszenik, jod, które, działając w pewnych dawkach, powstrzymują fermentacyę alkoholową, dodane w bardzo małej ilości do cieczy fermentującej, wspierają i pobudzają fermentacyę; wszak stosujemy w lecznictwie cały szereg ciał, które działają wręcz przeciwnie, zależnie od dawki, w jakiej je do ustroju wprowadzono; zresztą w całej przyrodzie spotykamy liczne przykłady, wskazujące, że jeden i ten sam bodziec, działający na materyę żywą, może, zależnie od swego natężenia, sprowadzić skutki wręcz odmienne.

Po za znaczeniem teoretycznem, stwierdzenie rzeczonego zjawiska dla hemotoksyny jest ważnem z tego względu, że daje ono nam do ręki sposób, za pomocą którego możemy na tak ważne dla ustroju komórki, jakiemi są ciałka czerwone krwi, wywierać wpływ, tak często niezmiernie pożądany.

* * *

Jakkolwiek cytotoksyn, podobnie zresztą jak istot bakteryobójczych, lub antytoksyn, dotychczas jako ciał chemicznych nie wyodrębniono, a poznaje się ich obecność jedynie z działania fizyologicznego zawierających je surowic, było rzeczą możliwą, manipulując takiemi surowicami, wykonać dalszy szereg doświadczeń biologicznych, które miały jeszcze bardziej rozszerzyć zakres naszych wiadomości o swoistych odczynach ustroju wyższego.

Posługując się tą samą zapożyczoną z bakteryologii metodą, którą stosowano przy otrzymywaniu cytotoksyn, t. j. przez szczepienie zwierząt surowicami cytotoksycznemi, otrzymano szereg ciał nowych, odpowiednim cytotoksynom przeciwdziałających; takich antycytotoksyn otrzymano dotychczas już kilka, a mianowicie antyhemotoksynę czyli antylizynę (Bordet, Ehrlich i Morgenroth), antyleukotoksynę (Bezredka), antyspermotoksynę (Miecznikow), antyhepatotoksynę (Delezenne), oraz antyneurotoksynę (Centanni).

Ze wszystkich powyższych ciał najlepiej poznaną jest dotychczas antyhemotoksyna, czyli antylizyna. Przy bliższem badaniu własności antylitycznych surowicy okazało się, że nietylko u zwierząt szczepionych, ale i w surowicy prawidłowej, zupełnie tak samo, jak występują niekiedy hemotoksyny, mogą również istnieć i antylizyny: np. w surowicy prawidłowego królika znajduje się antylizyna, przeciwdziałająca działaniu hemolitycznemu surowicy psa na ciałka czerwone królika (Ascoli i Riva); podobnie w surowicy prawidłowego konia istnieje antylizyna przeciwdziałająca hemolizynom, wytwarzanym przez prątki tężca oraz gronkowce (Ehrlich). Atoli własności antylityczne surowicy zwierząt szczepionych są bez porównania wybitniejsze, jak te, które występują w surowicy prawidłowej. Przez odpowiednie doświadczenia stwierdzono, że przy działaniu antyhemotoksyny oraz antyspermotoksyny współdziałają podobnie jak i w cytotoksynach dwa ciała: jedno przeciwdziałające aleksynie, czyli antyaleksyna, oraz drugie, przeciwdziałające istocie uczulającej, i że pierwsze z tych ciał działa wogóle silniej, jak drugie. Antyaleksyny, powstałe w ustroju przez szczepienie surowicy (zawierającej aleksynę), są swoiste (Wassermann); swoistość ich nie jest jednak bezwzględną (Bordet).

Ponieważ surowice antyhemolityczne zawierają antyaleksynę, tj. ciało przeciwdziałające aleksynie danego zwierzęcia, która stanowi także o własnościach bakteryobójczych jego surowicy, rzeczone surowice prócz działania antyhemolitycznego upośledzają, a względnie znoszą własności bakteryobójcze surowicy danego zwierzęcia. Jak wiadomo, aleksyna znajduje się w każdej surowicy prawidłowej, to też przez szczepienie zwierząt taką surowicą różnogatunkową można otrzymać w ich surowicy odpowiednią antyaleksynę. Ciało to powstaje również przez szczepienie ciałkami białemi (Donath i Landsteiner). Jest to rzecz ważna z tego względu, że możność eksperymentowania z tem ciałem, które neutralizuje aleksynę, działając na nią według wszelkiego prawdopodobieństwa bezpośrednio (Bordet), poniekąd już się przyczyniła (patrz doświadczenia Wassermanna), a w przyszłości zapewne w jeszcze większym stopniu się przyczyni do wyświetlenia wielu ciemnych punktów w nauce o odporności.

W surowicy antyhemotoksycznej obok ciał właściwych, t. j. antyaleksyny, oraz ciała przeciwdziałającego istocie uczulającej, powstałych w ustroju wskutek szczepienia, istnieje składnik surowicy normalnej — aleksyna. Wobec tego, że antyaleksyna bezwzględnie swoistą nie jest, aleksyna osłabia jej działanie; to też jeżeli przez ogrzanie do 55^0 w ciągu $^1/_2$—1 godziny zniszczymy w surowicy antyhemotoksycznej aleksynę, działanie antylityczne takiej surowicy znacznie się przez to wzmaga.

Jak to już wyżej zaznaczyłem, przez szczepienie zwierząt ciałkami czerwonemi różnogatunkowemi powstają w ustroju i przechodzą do surowicy obok hemotoksyn mniej lub więcej swoiste aglutyniny; tak samo przez szczepienie surowicy hemotoksycznej wytwarzają się w ustroju szczepionym obok swoistych antyhemotoksyn ciała, przeciwdziałające tym aglutyninom, t. j. odpowiednie antyaglutyniny.

Przez szczepienie odpowiedniej surowicy hemolitycznej otrzymano nietylko antylizyny, przeciwdziałające swoistym hemotoksynom, powstałym przez wprowadzanie do ustroju krwi różnogatunkowej, czyli t. zw. antyheterolizyny, ale i ciała przeciwdziałające izolizynom, czyli t. zw. antyizolizyny.

W końcu muszę podnieść jeszcze jeden ważny szczegół, tyczący się antyhemotoksyn: ciała te obok własności przeciwdziałania fizyologicznego odpowiedniej hemotoksynie mają jeszcze tę znamienną własność, że zarówno w odpowiedniej surowicy hemolitycznej, jakoteż w surowicy prawidłowej danego zwierzęcia sprowadzają straty.

* * *

Z niniejszego przedstawienia wynika, że swoiste cytotoksyny, o których była mowa, powstają w ustroju przez szczepienie obcemi komórkami różnogatunkowemi (a względnie cząstkami takich komórek, np. szkieletami ciałek czerwonych, zawiesiną zmiażdżonych przez rozcieranie tkanek), a nawet jednogatunkowemi (izolizyny); antylizyny zaś wytwarzają się nie przez wprowadzanie do ustroju pierwiastków ukształtowanych, a przez szczepienie samymi produktami komórek obcych, zawartemi w surowicy krwi. Okoliczność ta świadczy, że w ustroju wyższym powstają swoiste ciała antagonistyczne jako odczyn nietylko na wprowadzenie doń obcych komórek, ale i wytworów takich komórek. Do tego rzędu

zjawisk należy występowanie swoistych własności hemolitycznych w surowicy zwierząt, szczepionych wysiękiem zapalnym różnogatunkowym, z którego usunięto wszystkie składniki upostaciowane, lub też moczem, zawierającym białko.

Że białko obcego gatunku nie jest dla ustroju ciałem obojętnem, ale że sprowadza ono w ustroju wybitny odczyn, wynika z całego szeregu doświadczeń, w których stwierdzono, że przez szczepienie ustroju białkiem różnogatunkowem występuje w surowicy zwierzęcia szczepionego własność sprowadzania w rozczynie danego białka strątu; odczyn ten jest przytem zawsze mniej lub więcej swoisty, niekiedy zaś swoistość odczynu jest nawet bardzo silnie zaznaczona. Powyższe zjawisko, na które pierwszy Bordet zwrócił uwagę, tłomaczy się przez powstawanie w ustroju pod wpływem szczepienia pewnych, dotychczas bliżej nieznanych ciał swoistych, które nazwano precypitynami.

Przez szczepienie zwierząt, najczęściej królików, białkiem kurzem (Uhlenhuth), mlekiem kobiecem, krowiem i koziem (Bordet, Wassermann, Schütze), hemoglobiną różnogatunkową, peptonem (Myers, Geret) otrzymano cały szereg precypityn. Swoistość tych precypityn nie zawsze jest bezwzględną: np. surowica strącająca z rozczynu białko kurze, strąca zarazem białko jaja gołębiego; wogóle jednak swoistość precypityn, otrzymanych przez szczepienie białka zwierzęcego, jest dosyć silnie zaznaczona; okoliczność ta świadczy, że rozmaite białka pochodzenia zwierzęcego różnią się między sobą dosyć zasadniczo. Precypityny otrzymano również przez szczepienie zwierząt białkiem roślinnem z pszenicy, żyta, jęczmienia, grochu i owsa (Kowarski); okazało się przytem, że swoistość tych precypityn jest znacznie słabszą, jak tych, które strącają białka zwierzęce, a więc że białka rzeczonych zbóż są bardziej do siebie zbliżone, jak białka zwierząt nawet dosyć pokrewnych gatunków. Precypityny zwierzęce białek roślinnych i odwrotnie precypityny roślinne białek zwierzęcych z rozczynu nigdy nie strącają; polega to na znacznej różnicy, jaka zachodzi pomiędzy białkami pochodzenia zwierzęcego, a roślinnego.

Swoistość precypityny, otrzymanej przez szczepienie zwierząt białkiem ludzkiem, jest bardzo wybitna; ciało to strąca z rozczynu zarówno białko ludzkie pochodzące ze krwi, jakoteż pochodzące z moczu, nasienia lub wykrztusiny ropnej (Uhlenhuth).

Podobnie jak hemotoksyny (Metalnikow) i swoiste precypityny mogą powstać w ustroju nietylko po szeregu injekcyj danego białka pod skórę lub do brzucha, ale i po wewnętrznem podawaniu go w ciągu dłuższego czasu; a więc nawet takie zmiany, jakim ulegają obce komórki lub obce białko w przewodzie pokarmowym, nie przeszkadzają wystąpieniu w ustroju swoistego odczynu.

Swoista precypitacya istot białkowych przez surowicę zwierząt szczepionych danem białkiem, nie stanowi, podobnie jak powstawanie w ustroju cytotoksyn, zjawiska odrębnego; znamy bowiem w bakteryologii zjawisko zupełnie tego samego rzędu: jak to wykazał Czystowicz, potem Kraus i in., surowica zwierząt uodpornionych na pewne mikroby, we filtrowanej hodowli bulionowej danych mikrobów, a więc w rozczynie ich wytworów, sprowadza strąt w wysokim stopniu swoisty. Wielu bakteryologów sądzi, że powstawanie owych strątów swoistych jest w ścisłym związku ze sprawą aglutynacyi mikrobów w stanach zakaźnych.

Ciekawe zjawisko, polegające zdaniem Camusa również na swoistej precypitacyi, wykazali Bordet i Gengou: przez kilkakrotne szczepienie świnki morskiej surowicą krwi lub osoczem królika, jej surowica nabiera własności przeciwdziałania krzepnięciu krwi; swoistość tego odczynu jest przytem dosyć znaczna. Według Camus'a wytwarza się tu pod wpływem szczepienia swoiste ciało, strącające fibrynogen. Bordet i Gengou tłomaczą jednak powyższe zjawisko odmiennie, a mianowicie przez wytworzenie się w danych warunkach ciała, które przeciwdziała fermentowi włóknikowemu, który, podobnie jak i aleksyna, u zwierząt rozmaitego gatunku nie jest ciałem identycznem i dlatego może sprowadzić w ustroju obcym odczyn swoisty. Według tego tłomaczenia istotą działającą w danem zjawisku byłby więc antyferment włóknikowy, ciało analogiczne z innemi antyfermentami, jakie w ostatnich czasach w surowicy zwierząt, szczepionych fermentami, sztucznie otrzymano. W szeregu badań doświadczalnych stwierdzono bowiem, że, podobnie jak możemy uodpornić zwierzę na różne mikroby, obce komórki ustrojów wyższych, nawet jednogatunkowych, na białka jadowite, czyli toksalbuminy np. (abrynę, rycynę, jad węży), a na białka obce niejadowite sprowadzić w ustroju znamienny odczyn, tak samo można uodpornić zwierzę i na różne fermenty przez pobudzenie ustroju do wytworzenia odpowiednich ciał swoistych, danym fermentom przeciwdziałających: przez szczepienie odpowiednimi fermentami uodporniono zwierzęta na emulsynę (Hildebrandt), chymozynę (Morgenroth, Briot), oraz trypsynę (v. Dungern, Achalme), która, jak wiadomo, poza przewodem pokarmowym sprowadza w tkankach zmiany patologiczne.

* * *

Z całokształtu badań, których wyniki starałem się przedstawić w niniejszym wykładzie, wypływają dwa ze stanowiska biologii niezmiernie doniosłe fakty: raz, że zarówno komórki, jakoteż niektóre ich pochodne, głównie białkowe, różnych zwierząt (poniekąd i roślin) okazują pewną odrębność gatunkową, czyli swoistość, oraz że swoistość ta jest bardzo daleko posuniętą, skoro analogiczne składniki tworów pod względem gatunku bliskich, mogą sprowadzić odmienną reakcyę fizyologiczną; powtóre, że ustrój wyższy jest niezmiernie czuły na dostanie się do jego soków elementów obcych, skoro jego komórki reagują w charakterystyczny i to swoisty sposób nawet na takie elementy, które, jak uczy doświadczenie, nie mogą na nie działać silnie, ani szkodliwie, jednem słowem na elementy niewinne, pozornie nawet zupełnie obojętne; fakt ten wskazuje, jak silną musi być reakcya, (ewentualnie obrona) ustroju wówczas, gdy na jego komórki zadziałają elementy obce o własnościach antykomórkowych, np. mikroby chorobotwórcze.

* * *

Jakkolwiek badania nad swoistemi cytotoksynami, oraz ciałami pokrewnemi, datują od bardzo niedawnego czasu, niektóre tych badań wyniki, jakem to już na wstępie zaznaczył, znalazły już dzisiaj pewne zastosowanie w nauce i praktyce.

Przy badaniu swoistego odczynu, jaki sprowadzają w ustroju komórki, a względnie białko różnogatunkowe, okazało się, że odczyn ten występuje tem wybitniej, im bardziej różnią się zwierzęta do doświadczenia użyte pod względem

gatunku; przeto ze stopnia rzeczonego odczynu, ewentualnie z jego braku można wnosić o stopniu pokrewieństwa danych ustrojów w szeregu zoologicznym. Według Friedenthala ustrój małp wyższych, jakoto szympansa, orangutana, który na krew małp niższych reaguje, — na krew ludzką nie reaguje zupełnie; zachodziłaby więc pod tym względem większa różnica pomiędzy ustrojem różnych gatunków małp, jak pomiędzy ustrojem małp wyższych a człowieka, których krew pod względem fizyologicznym byłaby zupełnie identyczną, tak że transfuzya krwi ludzkiej małpom wyższym stanowiłaby dla tych zwierząt zabieg zupełnie obojętny.

Swoistość odczynu, występującego w ustroju, zaszczepionego komórkami obcemi, czy białkiem różnogatunkowem, wyzyskano już praktycznie w medycynie sądowej, gdzie jako czuły i pewny sposób rozpoznawania krwi ludzkiej już dzisiaj zasłużone święci tryumfy. Królik zaszczepiony krwią ludzką (również moczem ludzkim, białko zawierającym, lub wysiękiem np. opłucnowym) daje surowicę, która w cieczy, ślad białka ludzkiego zawierającej, sprowadza charakterystyczne zmętnienie, a względnie strąt. W roztworze białka żadnego zwierzęcia (za wyjątkiem małp wyższych) surowica taka rzeczonego odczynu nie daje (Uhlenhuth, Wassermann i Schütze, Stern, Martens, Dieudonné, Ogier, Ziemke, Szyrokich). U nas ma tę zasługę kol. prof. Sieradzki ze Lwowa, że, o ile mi wiadomo, pierwszy w tym kierunku przeprowadził badania i potwierdził wyniki poprzednich badaczów na tem polu; i w krakowskim zakładzie medycyny sądowej kol. prof. Wachholza metoda ta jest stosowana przy badaniu sądowo-lekarskiem.

Obok wybitnej czułości i swoistości powyższego odczynu, niezmiernie ważną dla medycyny sądowej zaletą jest jego stałość: nietylko bowiem we krwi świeżej, ale w wyciągach ze śladów krwawych na najrozmaitszym materyale, ze śladów zachowanych w ciągu kilku, a nawet kilkunastu lat i to w różnych warunkach, wreszcie w wyciągach z plam krwawych, na które działano różnemi chemikaliami, jakoto mydłem, boraksem, karbolem, sublimatem, i t. d. surowica swoista charakterystyczny odczyn zawsze sprowadza. Jasną jest rzeczą, że posiadając szereg zwierząt, zaszczepionych krwią, albo białkiem zwierząt różnych gatunków, a względnie ich surowice, określić można nietylko, czy dany ślad krwawy powstał ze krwi ludzkiej, czy też zwierzęcej, ale w tym ostatnim przypadku, z jakiego zwierzęcia badana krew pochodzi.

Ponieważ zwierzę, szczepione mlekiem pewnego gatunku, daje surowicę, która sprowadza powstanie swoistego strątu tylko w takiem mleku, jakiem szczepiono, (lactoserum) można łatwo, posiadając odpowiednie surowice, wykazać zafałszowanie danego mleka mlekiem innego gatunku.

Wybitna swoistość odczynu, występującego w ustroju zwierząt, szczepionych mlekiem kobiecem, świadczy o wysokiej swoistości materyału, którym szczepiono, a więc w tym wypadku kazeiny ludzkiej; okoliczność ta tłomaczy poniekąd fakt, dawno w praktyce lekarskiej stwierdzony, że prawdziwie dobrego surogatu pokarmu kobiecego niema, i wskazuje, że go być nie może.

W zupełnie podobny sposób, jak zafałszowanie mleka, a więc zapomocą odczynu swoistego z odpowiedniemi surowicami zwierząt szczepionych, można wykazywać w preparatach z mięsa siekanego zafałszowania mięsem różnych zwierząt (Uhlenhuth).

Reakcya surowicy zwierząt, szczepionych białkiem różnego pochodzenia, z odpowiedniem białkiem w roztworze jest tak czułą, że przy odróżnianiu białek w ogólności nieocenione oddaje usługi: rzeczona reakcya fizyologiczna jest bowiem znacznie czulszą od wszelkich reakcyj chemicznych, a w wielu przypadkach, w których badanie chemiczne zupełnie zawodzi, odczyn swoisty surowicy, pochodzenie danego białka wyraźnie wskazuje (Uhlenhuth).

Surowice zwierząt, szczepionych fermentami, a więc zawierające antyfermenty, np. antychymozynę, doskonale nadają się do ilościowego oznaczania odpowiednich fermentów; według Morgenrotha oznaczenia wykonane tym sposobem są znacznie dokładniejsze od oznaczeń wykonanych wszelkiemi innemi sposobami, jakimi dotychczas się posługiwano. (Dokończenie nastąpi).

IV. Wyciągi.

Lenzmann. **Dalsze uwagi nad przewlekłem zapaleniem wyrostka robaczkowego.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift* Nr. 15, 1902). Nie rzadko pojawiają się przypadki zapaleń wyrostka robaczkowego, nie przebiegające wśród znanych objawów, ani nie okazujące nic znamiennego, — chwilami jednak cechują się takiemi przypadłościami, które raczej za wszystkiem innem przemawiają (kamica żółciowa, wrzód żołądkowy, histerya i t. d.), ale nie za zapaleniem wyrostka robaczkowego. Słusznie określił Ewald podobne przypadki mianem „appendicitis larvata“, a więc „utajone“, nie dlatego, by się nie dały rozpoznać, lecz że przebiegają wśród niezwykłych i nieuchwytnych objawów chorobowych. Autor opisuje dwa takie przypadki, w których uciekł się do wycięcia wyrostka robaczkowego — i to z pomyślnym skutkiem; — ze stanowiska anatomo-patologicznego należałoby je nazwać krwotocznem przewlekłem zapaleniem wyrostka. Wprawdzie przewlekłe trwanie cierpienia nie przedstawiało dla chorych żadnego niebezpieczeństwa, atoli i tutaj były tego rodzaju objawy, że żadną miarą nie zwracały uwagi na zajęcie wyrostka. W obydwóch tych przypadkach rozwinęła się choroba po porodzie, względnie połogu, który też zdaniem autora był okolicznością sprzyjającą; — im bowiem łatwiej dostać się może czynnik chorobotwórczy z jelita do wyrostków, i im trudniej ten ostatni z najazdu uwolnić się może, tem pewniej rozwinie się cierpienie. Otóż takie warunki wytwarzają się skutkiem ciąży: ciężarna macica wypiera stopniowo jelita na boki, przyczem wyrostek robaczkowy może zostać zagięty, względnie załamany, i mniej lub więcej niezdolny do usunięcia swej treści, której zastój daje pierwszą podwalinę do rozwoju choroby. Że wśród takich okoliczności nie powstają poważniejsze zmiany chorobowe, tłomaczy się większym dopływem krwi — wśród ciąży — do narządów rodnych, a po części i do wyrostka robaczkowego, skutkiem czego zwiększa się jego odporność, utrudniająca rozwój cięższego cierpienia. Rozpoznanie przewlekłego zapalenia wyrostka jest łatwe, jeśli się uda wybadać przez powłoki brzuszne wyrostek w kształcie zgrubiałego twardego postronka, przyczem chory odczuwa taką samą bolesność, jaka go przedtem bez badania kilkakrotnie już nagabywała. W każdym razie należy nadto wykluczyć inne cierpienia, jak kamicę żółciową, kolkę nerkową, nerwowe kurcze żołądka, wrzód żołądka i t. p., u kobiet zaś należy starannie zbadać cały narząd rodny, by przypadkiem nie wziąść chorobowo zgrubiałej trąbki za wyrostek robaczkowy. Leczenie polega z jednej strony na stosowaniu ciepłych okładów na okolicę kiszki ślepej, w przeważającej jednak liczbie przypadków jest wskazane usunięcie wyrostka robaczkowego. *Dr. Pisek* (Podgórze).

M. J. Knapp. **Oznaczanie granicy żołądka bez pomocy przyrządów.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1902, 1-go maja). Proste opukiwanie żołądka zwykle nie wystarcza do dokładnego oznaczenia granic tego narządu. Jako środek pomocniczy najczęściej stosowane bywa sztuczne nadymanie żołądka zapomocą wdmuchiwania powietrza, lub też podawania na wewnątrz mięszaniny burzącej. Pierwszy z tych sposobów ma tę niedogodność, że zmienia prawidłowe położenie narządu; drugi jest bardzo niepewny, gdyż podając mięszaninę burzącą, raz rozdymamy żołądek za mało, innym znów razem za dużo. Trzeci wreszcie sposób, t. j. prześwietlanie żołądka, również nie jest wolny od zarzutów i zresztą jest dostępny prawie tylko w klinikach.

Dr. Knapp, lekarz austryacko-węgierskiego szpitala w Nowym Yorku, podaje sposób, zapomocą którego prostem oglądaniem możemy oznaczyć dolną granicę żołądka, w przypadkach zaś obniżenia żołądka również małą jego krzywiznę, i to bez względu na grubość podściółki tłuszczowej brzucha. Chory, ułożony na grzbiecie z obnażonym brzuchem, winien spokojnie oddychać. Lekarz staje bądź to w głowach łóżka, bądź też z boku w pewnem oddaleniu od okolicy żołądka; następnie zniża się tak, żeby oczy jego znajdowały się na poziomie brzucha chorego i śledzi ruchy oddechowe. Przy każdym wdechu rysuje się na ścianie brzucha bardzo delikatna linia, odpowiadająca dużej krzywiznie żołądka. Linię tę zaznaczmy ołówkiem. Jeśli teraz położymy na brzuchu palec średni i wskazujący tak, ażeby linia wypadła pomiędzy nimi i następnie oba palce naprzemian lekko opukujemy, słyszymy wyraźną różnicę w wypuku, gdyż jeden palec spoczywa nad żołądkiem, a drugi nad jelitem grubem. Aby różnicę tę uczynić jeszcze wyraźniejszą, wystarcza wprowadzić do jelita grubego nieco powietrza. *Dr. T. Żeleński.*

Prof. Sellheim. **Zasady i niebezpieczeństwo leczenia poronień.** (*Münchener med. Wochs.* 1902, Nr. 10). Opisawszy przypadek, w którym lekarz, chcąc zapomocą szczypczyków Wintera opróżnić jamę macicy przy poronieniu, przedziurawił dno jej i wyciągnął przed srom znaczną część jelita grubego, — zastanawia się S. nad zasadą postępowania lekarza praktycznego przy poronieniach, będących w toku. Zasadniczo powinno ono być wyczekujące, a działać należy tylko w przypadkach znacznej utraty krwi, zatrzymania się resztek jaja płodowego i zakażenia. Krwotok, wskazujący na poronienie niezupełne, należy leczyć doszczętnem opróżnieniem macicy. Uskuteczniamy to palcem, jeśli trzeba w uśpieniu, w razie niedrożności szyjki dla palca tamponadą jamy macicy, szyjki i pochwy; przytem należy chwytać gazę warstwami tak, aby one pokrywały końce szczypczyków, nadto należy się wystrzegać szybkiego i forsownego wpychania. O ile zatrzymały się w macicy resztki jaja płodowego, oceniamy to przez oględziny części już wydalonej i przez badanie skombinowane macicy — nigdy zgłębnikiem, gdyż sposób to niepewny i niebezpieczny. Pozostałości większe staramy się wydostać palcem lub kornzangą, zawsze jednak pod kontrolą palca, nigdy zaś na ślepo. Również nie należy nigdy takiej macicy skrobać, gdyż jest ona jeszcze nie dobrze zwinięta. Przy zatrzymaniu resztek błon można skrobać, gdyż wtedy jest macica już lepiej zwinięta, twardsza. Trzeciem wreszcie powikłaniem jest zakażenie (cuchnące odchody, gorączka). W tych przypadkach należy najprzód opróżnić macicę palcem, wyjątkowo tylko kornzangą, za żadną cenę nie wolno skrobać, gdyż łatwo sprowadzić zakażenie ogólne; następnie należy przedsięwziąść bardzo dokładną desinfekcyę jamy macicy. W przypadkach przedziurawienia macicy należy zaprzestać wszelkich dalszych rękoczynów i chorą natychmiast odesłać do kliniki, lub też zażądać odpowiedniej pomocy innych kolegów. Chora, o której wyżej była mowa, opuściła klinikę wyleczona.

Dr. E. Ehrenpreis.

Bonder. **Przypadek prawie zupełnego braku mięśnia kapturowego.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1902, Nr. 10). Wrodzone braki mięśni górnej kończyny, jakoteż ich zanik wskutek chorób układu nerwowego, nie są rzadkością; co do mięśnia kapturowego jednak, to wiadomości nasze są skąpe. B. opisuje przypadek 14-letniej dziewczyny, która zgłosiła się do polikliniki lipskiej ze skrzywieniem kręgosłupa ku stronie lewej w dolnej części szyjnej i górnej piersiowej I. stopnia. W przypadku tym stwierdzono zupełny prawie brak mięśnia kapturowego lewego, tylko bardzo nieliczne włókna, przyczepiające się do dolnego kąta łopatki, były zachowane, co stwierdzono prądem elektrycznym; zresztą nigdzie nie otrzymano żadnego odczynu. Inne mięśnie zmian nie okazywały, z wyjątkiem mięśnia podnoszącego łopatkę, który był przyrośnięty. Cała kończyna lewa wraz z łopatką była przesunięta ku przodowi. Ruchy czynne były możliwe we wszystkich kierunkach bez jakiegokolwiek upośledzenia. Z powodu zupełnego braku jakichkolwiek zmian w układzie nerwowym B. przyjmuje tutaj sprawę czysto mięśniową i uważa ją za nieprawidłowy rozrost mięśniowy; przypadek ten odpowiadałby może tej formie, która występuje w wieku dojrzewania i częściej u dziewcząt. Forma ta najczęściej zajmuje kilka mięśni, trzebaby więc przyjąć, że w tym przypadku sprawa zakończyła się wcześniej. B. podaje, że chora przed pięciu laty była w poliklinice wskutek „złego trzymania się“; wtedy braku mięśnia kapturowego nie zauważono. *Dr. Teofil Zalewski.*

Tewelos. **Przypadek wola korzenia języka.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 8). Wól korzenia języka należy do rzadkości, gdyż dotychczas znanych jest tylko 18 przypadków. W przypadku Tewelesa okolica kości gnykowej była znacznie wypuklona, palcem zaś można było na korzeniu języka wybadać okrągły guz ograniczony, o powierzchni gładkiej, niebolesny, przyczem ruchomość języka była utrzymaną, a gruczoły nie powiększone. Rozpoznał go i operował Gersuny. Przypadek ten tem się różni od innych, że badanie mikroskopowe guza wyciętego nie wykazywało koloidu, a nadto i nieco odmiennym sposobem operowania. Gersuny bowiem przez mocne wyciągnięcie języka rozszerzył sobie pole operacyjne, a równocześnie ucisnął w ten sposób naczynia krwionośne, przez co tracheotomia „prewentywna“ lub resekcya szczęki dolnej stają się zbędnemi. *B. Żmigród.*

Dr. C. Ghillini i Ing. S. Canevazzi. **O stosunkach statycznych kości udowej.** (*Archiv Langenbecka* 1902, T. 65, Z. IV). Autorowie, polemizując z Bährem, który ogłosił pracę p. t. „Der Oberschenkelknochen als statisches Problem“, przechodzą do umówienia etyologii i terapii skrzywień w ogólności. Przypominają, że t. zw. zniekształtnienia statyczne zależeć mogą 1) od zmian w kościach, lub też 2) od zmian odżywczych i tonicznych ścięgien, torebek stawowych i mięśni. W każdym przypadku należy zdać sobie dokładnie sprawę, z którym czynnikiem etyologicznym mamy do czynienia. W pierwszym razie zwrócimy nasze usiłowania lecznicze przedewszystkiem na kość, w drugim starać się będziemy o podniesienie ogólnego odżywienia; miejscowo zastosujemy mięsienie, kąpiele, elektryzowanie, albo też starać się będziemy przyrządami ortopedycznymi podtrzymywać część nienormalnie obciążoną i wspierać osłabioną siłę mięśni. *Herman.*

Gaszyński. **Kilka słów o leczeniu drgawek porodowych z przytoczeniem panujących teoryj o samozatruciu.** (*Medycyna*, Nr. 13 i 14, 1902). Z całego szeregu przytoczonych teoryj wynika, że dawniej usiłowano przyczynę drgawek porodowych odnieść do zmian anatomo-patologicznych; tymczasem obecnie niepodzielnie panują teorye samozatrucia. Jako jednostkę chorobową Schmorl wyosobnił rzucawkę porodową. Według niego choroba ta polega na wieloogniskowych zakrzepach z następczemi zmianami w nerkach, wątrobie, mózgu, płucach i sercu; dzieci, zrodzone z matek, które uległy drgawkom, okazują te same zmiany. W leczeniu zapobiegawczem pierwsze miejsce zajmuje zniesienie nadmiernej pobudliwości układu nerwowego, do czego najlepiej zmierzają dyeta roślinno-mleczna, mierny ruch na świeżem powietrzu, spokój psychiczny i środki krzepiące ustrój. Jak długo trwają zmiany anatomiczne po przebytych drgawkach, dotychczasowe piśmiennictwo naukowe nie wyjaśnia. W trzech przypadkach autora morfologiczne części znikały z moczu już po 2—3 tygodniach, natomiast białkomocz trwał do czterech miesięcy. Drugi poród po drgawkach powinien być najwcześniej po upływie 2—3 lat. W leczeniu samego napadu starać się trzeba przedewszystkiem poród ukończyć, by usunąć źródło toksyn; dalej dbać o dowóz tlenu, wzmocnienie serca i zapewnienie spokoju. Autor jest zdecydowanym przeciwnikiem morfiny. Wskazanem jest również uwolnienie ustroju od krążących we krwi toksyn (puszczenie krwi, przepłókanie ustroju fizyologicznym rozczynem soli). *Z. Czaplicki.*

I. Świętochowski. **Przyczynek do nauki o migrenie.** (*Księga Jubileuszowa T. Dunina*). Z pośród wielorakich objawów w czasie napadu migreny najstalej występowały u 13-tu chorych, spostrzeganych przez autora, bóle głowy i zaburzenia żołądkowe. Ani zwiastuny, zwłaszcza wzrokowe (parestezye wzroku, słuchu, smaku etc.), ani umiejscowienie bólu nie dadzą się ująć w jakąś regułę. Wymioty sprawiały chorym znaczną ulgę. Kilkakrotnie dokonane badania treści żołądkowej w czasie napadu pozwoliły autorowi stwierdzić nadkwaśność. Przepłókanie żołądka w czasie napadu skracało go i łagodziło w bardzo wybitnej mierze. Autor widział dobre wyniki lecznicze przy stosowaniu dyety przeważnie białkowej, t. j. z możliwem ograniczeniem tłuszczów i innych węglowodanów. Z ośmiu chorych, poddanych tej dyecie, pięciu przez cały czas spostrzegania (1—2 lat) nie miało ani jednego napadu, a dwóch miewało napady znacznie rzadsze. Otrzymane wyniki nie skłaniają autora do łączenia całej etyologii migreny wyłącznie z zaburzeniami żołądka, jednakże pomijanie żołądka przy rozważaniu migreny, jak to czyni Moebius, wydaje mu się poglądem krańcowym i niesłusznym. *Dr. Z. Czaplicki.*

Astros (Marsylia) **Zapalenie szpiku kostnego u dzieci poniżej trzech miesięcy życia i jego możliwe następstwa.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, listopad, 1901). Na podstawie 11-tu spostrzeganych przypadków czyni autor następujące wnioski: najczęściej dotknięta jest kość udowa; cierpienie może być wrodzone, najczęściej dotyczy dzieci osłabionych. Drobnoustroje, powodujące chorobę, dostają się przez skórę, pępek, narząd oddechowy i przewód pokarmowy. Często postacie ostre są dobrotliwe i ulegają wyleczeniu, podobnie jak się to zdarza w przypadkach przewlekłych. Przyłączające się do cierpienia tego choroby, jak: krzywicę, kurcz głośni uważa autor za następstwa, względnie powikłania tej choroby. *Jan Landau.*

Rahn. **Tracheotomia i intubacya w błonicy.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 1902, luty). Autor stara się ściśle ograniczyć zakres tych dwóch zabiegów, przyczem tracheotomii pierwotnej zakreśla szersze pole, niż wielu dzisiejszych pedyatrów, hołdujących bezwzględnie intubacyi. Zdaniem autora w przypadkach wahającego się wskazania lepiej odrazu przystąpić do tracheotomii, niż zwlekając pogarszać jej warunki; lepiej o jedną tracheotomię za wiele, niż za mało. Opierając się na materyale, spostrzeganym w klinice Soltmanna w Lipsku, jak również na piśmiennictwie z tego zakresu, zbiera autor wskazania do tracheotomii pierwotnej w następujących punktach:

1) Dzieci poniżej 18 miesięcy z objawami świeżej krzywicy. U dzieci takich następuje bardzo często nagła i bardzo silna duszność z powodu zatkania głośni nasadą języka, zatem bezpieczniej natychmiast przystąpić do tracheotomii; 2) przypadki wybitnego zapadu lub agonii; 3) owrzodzenia gardzieli połączone z rozpadem w przebiegu błonicy posoczniczej; w obu tych przypadkach wszelkie próby intubacyi są bezwarunkowo przeciwwskazane; 4) równocześnie istniejąca „duszność połykowa“ (przerost migdałków i wyrośli gruczolakowych), lub obrzęk przedsionka krtani; 5) kurczowe lub mechaniczne przeszkody w świetle krtani, stawiające opór wprowadzeniu tubusa. Do tych przypadków zaliczyć należy skurcz głośni, częsty u dzieci krzywiczych i obrzęk zapalny krtani, w przebiegu którego — jeżeli przemocą wprowadzimy tubus — łatwo wystąpić mogą odleżyny krtani; 6) zewnętrznie widzialny obrzęk szyi, lub odma podskórna szyi; 7) dające się stwierdzić powikłanie ścieśnienia światła oskrzeli (bardzo trudne do wykazania; w tym przypadku wskazana jest tracheotomia, gdyż jedynie tą drogą możliwe jest usunięcie błon wyścielających oskrzela); 8) przypadki, w których duszność nie ustępuje po intubacyi. (Tu trzeba zwrócić uwagę na kilka możliwości, zanim się przystąpi do tracheotomii. Niekiedy tubus jest za wązki, a po wprowadzeniu szerszego duszność ustaje. Dalej może się zdarzyć duszność z powodu wtłoczenia nagłośni przy niezręcznem intubowaniu).

Wskazania do tracheotomii następowej są według Rahna następujące: 1) jeżeli tubus pozostaje już kilka dni w krtani, a pomimo tego po czwartej ekstubacyi występuje natychmiastowa duszność; 2) jeżeli nastąpi zatkanie tubusa przez błony, a możemy przypuszczać, że jeszcze więcej strzępów błon znajduje się w oskrzelach; 3) jeżeli tworzą się ropnie przed- lub okołokrtaniowe, choćiażby nie dawały podmiotowych objawów; 4) jeżeli dziecko nie znosi obecnie tubusa, okazuje uczucie bólu, jest niespokojne i pomimo czujnego nadzoru tubus wyciąga, lub stara się wyciągnąć; 5) jeżeli możemy przypuszczać lub wykazać przerost grasicy lub gruczołów oskrzelowych (gruźlica); 6) jeżeli występują nowe zaciągania, a stan nie poprawia się pomimo dokonanej ekstubacyi; 7) jeżeli dostateczne żywienie dziecka jest uniemożliwione; 8) jeżeli u dzieci niżej dwóch lat pomimo dwukrotnej ekstubacyi w przeciągu 5—6 dni występuje natychmiastowa duszność. (U dzieci poniżej lat dwóch prawie bez wyjątku intubacya albo ma skutek natychmiastowy, albo też nie osiąga żadnego).

Napozór mogłoby się zdawać, że autor bardzo mało pole zakreśla intubacyi. Tak jednak nie jest, gdyż wszystkie powyżej wyliczone przypadki stanowią bardzo mały odsetek w porównaniu do dużej liczby tych, gdzie intubacya oddaje nam znakomite usługi. Zasady intubacyi są według Rahna następujące: 1) intubacya powinna być dokonana jak najwcześniej; 2) przed wykonaniem intubacyi należy rozważyć i wykluczyć wszystkie wskazania do tracheotomii; 3) przy każdej intubacyi powinni być obecni lekarze pomocnicy, mogący asystować w razie zachodzącej potrzeby tracheotomii, do której wszystko powinno być przygotowane (O'Dwyer); 4) tak po intubacyi, jak po tracheotomii należy dziecko, o ile ogólny stan na to pozwala (zapalenie płuc w okresie nacieku, jak również zapad stanowią przeciwwskazanie), umieścić w pokoju, w którym powietrze jest nasycone parą wodną; 5) intubacya powinna o ile możności być dokonaną za jednorazowem wprowadzeniem tubusa; 6) numer wielkości tubusa nie powinien być za mały; 7) przed wykonaniem ekstubacyi należy również rozważyć wszystkie wskazania; 8) przed ekstubacyą dziecko powinno otrzymać dużą dawkę bromu (Soltmann); 9) przy ekstubowaniu wszystko powinno być przygotowane do nowej intubacyi.

Kiedy należy ekstubować? Ścisłych bezwarunkowych wskazań w tym kierunku nie da się nakreślić; natomiast istnieje szereg wskazówek pozwalających nam w przybliżeniu czas ekstubacyi oznaczyć, zwłaszcza jeżeli kilka tych wskazówek możemy stwierdzić równocześnie. Do ważniejszych należą: 1) ukończenie procesu zapalnego w połyku, zniknięcie nalotów i zblednięcie błony śluzowej; 2) równy i spokojny oddech; 3) brak szmerów dodatkowych, pozwalających wnosić o ścieśnieniu dróg oddechowych; 4) wreszcie wiek dziecka, według którego można w przybliżeniu oznaczyć czas pozostawania tubusa w krtani. U dzieci 1—2-letnich czas ten wynosi w przybliżeniu 2 do 4 dni, u dzieci 2—4-letnich 3 do 6 dni, zaś u 5-letnich i starszych 3—4 dni.

Na zakończenie poświęca autor osobny ustęp intubacyi w praktyce pozaszpitalnej. Oczywiście tutaj wszystkie powyżej wymienione wskazania i warunki powinny być tembardziej z jaknajwiększą rozwagą i dokładnością roztrząsane. W przypadkach, w których można rozpoznać odrywające się strzępy błon w tchawicy, lepiej odrazu zaniechać intubacyi, niż narażać dziecko na nagłe zatkanie tubusa bez możności natychmiastowej pomocy lekarskiej. W każdym razie nieustający nadzór doświadczonej w tym kierunku osoby jest niezbędny. *Dr. T. Żeleński.*

Brockaert. **Zastosowanie wtrzykiwań parafiny w okulistyce.** (*Die ophtalmologische Klinik* 1902, Nr. 3). Autor na podstawie opisanych przypadków przychodzi do przekonania, że metoda Gersuny-Ecksteina, przyjęta dzisiaj w chirurgii, może w okulistyce znaleźć zastosowanie. Gersuny wstrzykiwał zapomocą strzykawki Pravaza wyjałowioną mięszaninę wazeliny i parafiny pod skórę lub błonę śluzową. Punkt jej topliwości wynosi 38—40° C. W okulistyce pierwszy użył tej metody Rohmer, wstrzykując parafinę pod spojówkę chorym, u których wykonano wyłuszczenie gałki. Ponieważ wkrótce opisano dwa przypadki zatoru płucnego, powstałego z powodu przedostania się kuleczek tłuszczu do ogólnego obiegu krwi, Eckstein postanowił użyć do tego parafiny o wyższym punkcie wrzenia, gdyż ta po wstrzyknięciu natychmiast twardnieje i nie może dostać się do naczyń. Przeprowadził doświadczenia na królikach, a następnie używał tej metody do wytwarzania wypukłości w oczodole, na której szklane oko znalazło należyte oparcie. Dalej zastosował tę metodę u pacyenta z obustronnym *epicanthus*. Po wstrzyknięciu odpowiedniej ilości parafiny pod skórę na grzbiecie nosa i po nadaniu tej plastycznej masie odpowiedniej formy, *epicanthus* wygładził się, a zniekształtnienie nosa znikło. *Dr. August Dybuś-Jaworski.*

Dr. Stoewer. **O śródgałkowych guzach rzekomych w wieku dziecięcym.** (*Archiv f. Augenheilkunde* 1902, XLV, I). Autor opisuje dokładnie dwa przypadki, w których na podstawie obrazu klinicznego rozpoznawano nowotwór śródgałkowy. Po wyjęciu oka i zbadaniu mikroskopowem okazało się w przypadku pierwszym u dziecka 3½ miesięcznego przewlekłe zapalenie ciałka rzęskowego, oderwanie siatkówki i naczyniówki od brzegu tarczy nerwu wzrokowego, co tylko mogło nastąpić wskutek urazu tępego w oko. W drugim przypadku u dziecka, które przed trzema laty zostało kijem uderzone w oko i wtenczas stwierdzono pęknięcie naczyniówki, również badanie mikroskopowe dopiero wykazało, że wszystkie zmiany, które przed wyłuszczeniem przedstawiały obraz kliniczny nowotworu w gałce ocznej, powstały wskutek zwyrodnienia ścian naczyń krwionośnych i ztąd wynikłych częstych krwotoków śródgałkowych. *Dr. Jan Kreutz.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dormiol. (*E. Merck, Bericht über das Jahr 1901*). Według ostatnich badań (Holz, Powell, Stern, Munk, Bodenstein, Dornblüth, Max Fischer i t. d.) dormiol jest bardzo skutecznym środkiem nasennym. Nie posiada szkodliwego działania wodnika chloralu na narząd krążenia i oddechania, ani też przykrego smaku paraldehydu i wodnika amylowego. Sprowadza sen po niespełna godzinie (podczas gdy sulfonal dopiero po kilku godzinach); sen trwa 5 do 8 godzin; po przebudzeniu brak wszelkich niemiłych przypadów. Na łaknienie, ani na czynność jelit ujemnego wpływu nie wywiera; owszem, według Munka, uspokaja wzmożone, bolesne ruchy robaczkowe. Przy bezsenności wskutek silnych bólów sam dormiol nie odnosi skutku i należy go łączyć z środkami uśmierzającymi ból. Najwygodniej przepisywać w kapsułkach:

Rp. Capsular. Dormioli quarum una contineat 0·5 grm. dormioli Nr. X. S. 1—2—3 kapsułki dziennie. Cena 1 grm. = około pięć halerzy. *Dr. T. Ż.*

Hedonal. (*E. Merck, Bericht über das Jahr 1901*). Według dzisiejszych badań nadaje się głównie do zwalczania lżejszego stopnia bezsenności. E. Müller (*Münchener medicinische Wochenschrift* 1901, Nr. 10) tak streszcza wyniki swoich badań nad hedonalem: w dawce 2—3 grm. jest nieszkodliwym lekiem nasennym, nadaje się głównie w przypadkach bezsenności z powodu podniecenia psychicznego; działanie jest dość niepewne i zużywa się tak, że po dłuższem stosowaniu nawet dawka 5 grm. nie odnosi skutku. W przypadkach ciężkiej bezsenności wartość hedonalu jest bardzo

wątpliwa. Uboczne objawy przy stosowaniu hedonalu nie są niebezpieczne, i tylko w przypadkach idyosynkrazyi ze strony chorego wymagają przerwania leczenia; wtedy zwykle mamy do czynienia z nadmiernie wzmożonem moczeniem i bardzo przykremi nudnościami. Po cofnięciu środka objawy te szybko mijają. Smak leku bardzo przykry. Pod względem siły działania hedonal stoi o wiele niżej od sulfonalu, trionalu, wodnika chloralu i wodnika amylowego. Dr. Marburger (*Pester med. chir. Presse* 1901, Nr. 52) stosował z dobrym skutkiem hedonal w przebiegu gruźlicy płuc, chorób serca i nerek; również u nałogowych pijaków; — bez skutku w wiądzie rdzenia i porażeniu postępowem. Bardzo dobre usługi oddać może hedonal w praktyce chirurgicznej dla sprowadzenia snu w nocy przedoperacyjnej, zwykle bezsennej, jak również w nocy następującej po operacyi. Tam zwłaszcza, gdzie po chloroformie nie było wymiotów, hedonal ma działać bardzo dobrze.

Stosować lek ten najlepiej wewnętrznie, w opłatku; w ostatnich czasach pojawiły się w handlu pastylki hedonalowe, zawierające 0·5 grm. hedonalu. Cena środka 1 grm. = 40 halerzy.

Dr. T. Ż.

VI. Sprawy Towarzyswt lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 18 kwietnia 1902.

Przewodniczący kol. Sołowij, — obecnych członków 55.

1. Kol. przewodniczący poświęca wspomnienie zmarłemu członkowi Drowi Kubickiemu — obecni przez powstanie uczcili jego pamięć.

2. Kol. Łukasiewicz przedstawia rzadki okaz gruźlicy brodawkowej skóry *(Tuberculosis verrucosa cutis)*.

3. Kol. Rencki przedstawia ponownie i omawia przypadek z kliniki lekarskiej akromegalii, demonstrowany 28 listopada 1900 (»*Przegl. lek.*« Nr. 51).

S. K. zarobnik z pod Stryja skarży się i obecnie na bóle i zawroty głowy, do czego w ostatnich czasach dołączył się szum w uszach. Ogólnie osłabiony nie jest zdolnym do żadnej pracy, w kończynach doznaje uczucia »ścierpnienia«, a od kilku miesięcy pojawił się obrzęk kończyn dolnych, który utrzymuje się do obecnej chwili. Pragnienie wzmożone, choć w mniejszym niż dawniej stopniu, łaknienie również znaczne. Żucie pokarmów sprawia choremu trudności z powodu chwiania się zębów i bólu zębów. Wzrok upośledzony w tym samym stopniu, co dawniej.

Porównując obecny stan chorego z dawniejszym, stwierdzamy, że odżywienie jego nieco tylko gorsze, skóra natomiast bledsza z odcieniem ziemistym, na policzkach pomarszczona w grube fałdy i zgrubiała. Twarz w całości grubsza, nos większy niż był poprzednio, wargi grubsze. Obwód czaszki wynosi 58 cm. Największe zmiany stwierdzamy obecnie w zakresie szczęki dolnej. Szczęka ta jest daleko większa i grubsza, niż była dawniej, występuje więcej naprzód przed szczękę górną, a skutkiem jej ogólnego przerostu zęby zostały od siebie rozsunięte tak, że pomiędzy poszczególnymi zębami widnieją kilkomilimetrowe szczeliny. Dziąsła rozpulchnione, zęby chwieją się.

Smak i powonienie bez zmian; badanie ócz wykazuje obraz ten sam co dawniej: zanik częściowy nerwu wzrokowego oraz ***hemianopsia bitemporalis***.

W płucach objawy suchego nieżytu. Tony serca głuche, tętno słabo napięte, 84. Wątroba sięga na dwa palce poniżej łuku, miękka, bolesna, śledziona macalna, dość twarda, sięga na jeden palec poniżej łuku. Obustronna przepuklina pachwinowa; na kończynach dolnych obrzęk podskórny, który zajmuje podudzia; odruchy kolanowe nieco osłabione.

Badanie krwi wykazuje: c. cz. 4,80 mil. c. b: 4800; hemogl. 72%, neutrof. 66%; limfocyty 18·5, jednojądrzaste 7%, przejściowe 2%, eozynochł: 6·5%. Mocz c. g. 1030 bez białka, zawiera 5·1% cukru.

Omawiając przed $1\frac{1}{2}$ r. ten przypadek akromegalii, podnieśliśmy objawy guza przysadki mózgowej; dzisiaj stwierdzamy je ponownie. Długość trwania sprawy chorobowej (przeszło 4 lata) dzisiaj jeszcze więcej przemawia za rozrostem (hyperplasia) przysadki mózgowej, aniżeli za nowotworowem jej zajęciem.

Dyskusya: Kol. Prus nie sądzi, żeby w tym przypadku zachodziła potrzeba przypuszczać nowotwór mózgu, bo byłyby jeszcze inne objawy. Kol. Rencki wyjaśnia, że wyraził tylko możliwość takiego przypuszczenia, bo i takie przypadki są opisane, n. p. przez Mendla.

4. Kol. Eljasz-Radzikowski przedstawia chorego wyleczonego z tężca: W 10 dni po skaleczeniu się w palec wielki ręki lewej wystąpił tężec. Charakterystycznem znamieniem przypadku było, że skurcze mięśniowe występowały w wyższym stopniu po stronie lewej i w mięśniach bliższych urazu, a więc tak jak bywa w tężcu u zwierząt. Powodem tego może być uraz, który sięgał głęboko w mięśnie i zakażenie bezpośrednie przez tkankę mięśniową, w myśl nowszych doświadczeń na zwierzętach. Leczenie polegało na wstrzykiwaniu zawiesiny mózgu króliczego sposobem Krokiewicza, z modyfikacyą Schramma. Wstrzykiwań razem zrobiono pięć, w odstępach od 1, 3, 4, 5 dni. W miejscu wstrzyknięcia nigdzie żadnego odczynu nie było.

Po wstrzyknięciu następowała wybitna ulga podmiotowo a przedmiotowo zwolnienie napięcia mięśni. Przypadek był nie najcięższy, ale dosyć ciężki.

Po ustąpieniu tężca pozostało zesztywnienie w stawie barkowym lewym, oraz utworzyło się skrzywienie kręgosłupa ku tyłowi w części piersiowej górnej — z wyrównawczem skrzywieniem w części lędźwiowej ku przodowi, oraz skrzywienie boczne prawostronne w górnej części kręgosłupa, — które to zmiany obecnie mają być leczone ortopedycznie. Powodem wykrzywień jest młodociany podatny stan kręgosłupa i większe skurcze mięśniowe po jednej stronie ciała.

Prelegent zachęca do stosowania wstrzykiwań zawiesiny mózgowej, ponieważ łatwiej ją otrzymać, aniżeli antytoksynę tężcową; następnie antytoksyna działać może tylko w pierwszym a najdalej w drugim dniu choroby, a zazwyczaj dopiero później dostaje się przypadek do leczenia.

Działanie lecznicze można sobie wytłómaczyć w ten sposób, że zawiesina mózgowa wiąże pewną część toksyn i przez to oswobadza tkankę nerwową chorego. Dlatego działanie jest przemijające i potrzeba zabieg powtarzać.

Dyskusya: Kol. Feuerstein miał przed kilku laty przypadek tężca ciężkiego, który wyleczył się bez żadnego leczenia, zatem w ocenieniu wartości zawiesiny mózgowej trzeba być ostrożnym. Kol. Ziembicki leczył 2 przypadki tym sposobem, jednakże z wynikiem ujemnym. Po wstrzyknięciu spostrzegł tylko podmiotowe polepszenie. Kol. Obtułowicz opisuje jeden przypadek, który wyleczył się przy podawaniu chloralu. Kol. Herman bezskutecznie wstrzykiwał zawiesinę mózgową. Kol. Franke podaje, że jeden z lekarzy berlińskich opisał przypadek tężca, gdzie wstrzykiwanie antytoksyny wywoływało pogorszenie, a dopiero wstrzyknięcie zawiesiny mózgowej dało wynik pomyślny.

5. Kol. Prus opisuje i przedstawia chorego, u którego od 5 lat istnieją kurcze drgawkowe w zakresie nerwu dodatkowego Willizyusza, splotu karkowego i barkowego lewego, głowy tułowia i lewej kończyny górnej. Kurcze te ustają tylko we śnie, a chory tylko za pomocą odpowiedniego przyrządu może rozmiary tych kurczów zmniejszyć. Rozpoznanie jest niepewne. Prus przypuszcza, że mamy tu do czynienia ze schorzeniem móżdżku. (»Rzecz przeznaczona do druku w »Przeglądzie lekarskim«.),

Dyskusya: Kol. Świtalski widział podobny przypadek, trwający 25 lat, na oddziale Marie w Paryżu.

6. Kol. Merunowicz zdaje sprawę z konferencyi odbytej w Krakowie w sprawach stanu lekarskiego i czyni wniosek, żeby upoważnić wydział Tow. lekarskiego do wniesienia petycyi, popierającej zasadniczo petycyę Towarzystwa samopomocy lekarzy w sprawie ubezpieczenia lekarzy na starość, oraz zabezpieczenia wdów i sierot.

Wniosek ten przyjęto. *Dr. Ruff*, sekretarz.

Posiedzenie naukowe dnia 2. maja 1902.

Przewodniczący kol. Jasiński, — obecnych członków 29.

1. Kol. przewodniczący poświęca wspomnienie zmarłemu członkowi ś. p. Pawlikowskiemu; obecni przez powstanie uczcili jego pamięć.

2. Kol. Brejter wygłosił odczyt p. n. »Ciąża, poród i połóg u osób dotkniętych wadą serca«. (Rzecz przeznaczona do druku w »Przeglądzie lekarskim«).

Dyskusya: Kol. Prus zwraca się przeciwko teleologicznemu pojęciu przerostu serca przez prelegenta i sądzi, że w czasie ciąży fizyologicznej przerost serca istnieje, jako następstwo podniesienia przepony

i mechanicznego utrudnienia akcyi serca. Zdaniem kol. Prusa z wiekiem zwiększa się niebezpieczeństwo porodu u osób obarczonych wadą serca. Kol. Fels jest za postępowaniem zachowawczem, które daje dobre wyniki. Kol. Bylicki podaje, że badania anatomiczne ostatnich lat stwierdziły, iż przerost serca u ciężarnych stanowczo istnieje. Kol. Obtułowicz przytacza przypadek z własnej praktyki, w którym z powodu dychawicy oskrzelowej *(Asthma bronchiale)* musiał o miesiąc przyspieszyć poród bliźniaczy. Wynik był zupełnie pomyślny. Kol. Stauber zapytuje prelegenta, czy używał terapeutycznie wdychiwań tlenu. Kolega Mars obstaje za twierdzeniem prelegenta i sądzi, że sprawa fizyologiczna, jak ciąża, nie może wywołać sprawy patologicznej, jaką jest przerost serca.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Dr. Raff, sekretarz.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie budowy schroniska na 500 umysłowo-chorych.

(Uchwała krajowej Rady zdrowia według referatu Dra *Wiktora Opolskiego,* c. k. radcy Rządu).

(Ciąg dalszy).

Sprawa warunków bytu lekarzy psychiatrycznych łączy się więc bez zaprzeczenia ściśle z rozwojem opieki zawodowej nad instytucyami psychiatrycznemi i ich świetnością.

Wobec niebezpieczeństw tego zawodu, ofiar, jakich on wymaga i wielu niedogodności życiowych, związanych z tym działem praktyki lekarskiej, musimy również postawić za warunek poniekąd zasadniczy dla rozwoju naszego jedynego zakładu krajowego, stopniowe uregulowanie jego spraw osobowych.

Na zachodzie chętniej garną się młodzi lekarze do stałej działalności na polu psychiatrycznem, wiedzą bowiem, że za poświęcenie swe znajdą dla siebie i dla swoich rodzin byt wolny od troski. Boć poświęceniem jest żywot wśród społeczności duchowo i umysłowo wypaczonej, gdzie przy wydarzających się znienacka napaściach ludzi, opętanych przez obłędne myśli i wyobrażenia, może lekarza spotkać okaleczenie na ciele z utratą zdrowia lub zgoła i życia; poświęceniem jest narażanie się na następstwa ciągłego obcowania z obłąkanymi, gdyż z powodzi psychicznych zboczeń może pewna część ich doń przylgnąć i zaszczepiając powoli w umyśle zarodki choroby, którą on z powołania studyował i zwalczał u drugich, spowodować z czasem u mniej odpornych „infekcyę" psychiczną — stan straszniejszy, niż nawet gwałtowna utrata życia.

Dyrektorzy zakładów alzackiego w Stefansfeld, pruskich zakładów w Alt-Scherbitz i w Hamburgu pobierają płacy rocznej 12 000 koron, w Monachium — 9.000. Do tych normalnych płac nie wliczamy dodatków *in natura* i pieniężnych z różnych tytułów. Dyrektorowie publicznych zakładów francuskich i angielskich otrzymują 16—20.000 koron rocznie.

Płaca zaś lekarzy ordynujących, równych stanowiskiem prymaryuszom zakładu kulparkowskiego, wynosi w zakładach, wyżej imiennie przytoczonych, ponad 4—6000 koron prócz poborów w naturze.

Krajowa Rada zdrowia żałuje, że wobec braku danych nie może wyrazić zdania o jakości i przydatności terenu do budowy pawilonów. Również nie jest jej wiadomem, czy podjęto badania w tym kierunku, a na wypadek nieprzepuszczalnego gruntu, jakim jest notorycznie obszar pod budowę dotychczas zajęty, czy objęto projektem dokładne odwodnienie terenu, oraz w razie trudnego osuszenia czy rozważono, ażali ze względów sanitarnych nie byłoby odpowiedniej stawiać pawilony na północny zachód od zakładu centralnego, na obszarze zajętym pod budynki gospodarcze. Obszar ten ma najzdrowsze położenie i wznosząc się ponad całem terytoryum, należącem do zakładu, daje rozległy widok. Ubolewać należy, że tego pięknie położonego placu użyto dla stajen, obory, chlewów i na skład nawozu, ze szkodą dla zdrowia mieszkańców zakładu. Przy wietrze północnym i zachodnim wstrętna woń, wprost zatruwająca powietrze, rozchodzi się wszędzie i zapowietrza cały zakład.

Gnojarnia bydlęca jest tam zarazem zbiornikiem zakałów ludzkich z całego zakładu. Tam wywożą wszelkie nieczystości gwoli uzyskania bardziej użyźniającego obornika. Ciekłe części całego depozytu gnojarni spływają otwartym rowem do filtru, znajdującego się poniżej centralnego zakładu, zkąd zatrzymany tu gąszcz kałowy wraca napowrót do gnojarni. Obok rowu spływa woda zaskórna drenami do cysterny, położonej przy zachodniej stronie głównego budynku zakładowego. Te ekonomiczne urządzenia mogłyby prosperować z równą korzyścią dla celów gospodarczych bez sprowadzania stosunków dla zdrowia ludzkiego wielce niehygienicznych, gdyby zarząd budynki gospodarskie założył z przeciwnej strony zakładu, poza tyłami domu administracyjnego. Teren zakładowy, nachylający się tutaj ku budynkom centralnym, zostałby przez to zabezpieczony od zaciekania treści gnojarni i zapowietrzenia tem samem całego zakładu w dniach słonecznych, jakoteż od zanieczyszczania drogą infiltracyi gruntowej stanowisk wody użytkowej.

Do wspomnianych wadliwości w ustroju zakładowym w Kulparkowie doliczyć należy jeszcze niedostatek wody zdrowej. Studnia zakładowa daje wodę twardą, zawiera dużo soli wapiennych, do picia nie nadaje się. Wodę do picia dowozi się ze studni, odległej prawie o kilometr.

Zakład bierze nadto wodę dla potrzeb gospodarskich ze stawku, który leży za budynkami gospodarskimi i z cysterny, w której się zbiera woda domowa.

Stoimy wobec stanu pocieszającego, że zakład kulparkowski zostanie rozszerzony. Nieprzesądzając ostatecznego postanowienia Wydziału krajowego co do przeznaczenia pawilonów, stwierdzamy, że z otwarciem nowych budynków zapobiegnie się przepełnieniu zakładu kulparkowskiego tylko na razie, zanim ponownie nie pojawi się przepełnienie siłą faktu, że liczba umysłowo chorych z każdym rokiem wszędzie się wzmaga. W Galicyi liczono *(Oesterreichische Wohlfarthseinrichtungen 1848—1898)* w r. 1873 jednego umysłowo chorego na 2491 mieszkańców, a w r. 1896 jednego na 2089. W Czechach np. analogiczny stosunek daje liczby: 1162 i 648. Na Morawach: 1308 i 878. Na Śląsku 1461 i 984 W Istryi 5098 i 1312. W Karyntyi 663 i 564 i t. d. Lecz nie potrzeba takiego widoku, mamy bowiem w naszym kraju mnóstwo chorych, którzy dla wielu powodów stale przebywać powinni w zakładzie detencyjnym, a dostają się doń z zarządzenia władz dopiero po spełnieniu jakiegoś gwałtownego czynu. Od katastrof, spowodowanych tak często przez rozrzuconych po kraju obłąkanych, nie na długo zostanie społeczeństwo uwolnione pomimo rozszerzenia zakładu w Kulparkowie. Jest ich obecnie znacznie więcej niż 8.000, licząc razem z dotkniętymi niedołęztwem umysłowem o rozmaitej postaci. Z dokonanem rozszerzeniem Kulparkowa znajdzie tam pomieszczenie do 1200 chorych. Po doliczeniu 100 chorych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie pozostanie zawsze jeszcze przy rodzinach i w gminach więcej niż 6.500 chorych.

Statystyka innych krajów wykazuje, że nie wiele więcej nad połowę ogólnej liczby pozostawać może na wolności bez obawy o bezpieczeństwo publiczne. Takich zatem będzie u nas około 4.000. Z pozostałej połowy można przyjąć około 1500 osób, które tylko czasowo potrzebują leczenia w zakładzie. Reszta obłąkanych, tj. około 2.500, powinna znaleźć w zakładach stałe umieszczenie.

Na tę liczbę składają się przeważnie przypadki chroniczne. Mieści się w niej jednak wielu chorych z formami ostremi, których oddają do zakładu dopiero wtedy, gdy po ustąpieniu przesądu, obawy przed zakładem i po ostudze-

niu uczuć łączności rodzinnej, choroba stała się nieuleczalną.

Kontyngent tych chorych na wolności tworzą tacy, którzy w warunkach życia zakładowego zachowaliby się spokojnie, a w domu wolni od wpływu karności zakładowej i nie znajdując zaspokojenia potrzeb według swoich urojeń i obłędnych myśli, stają się w pożyciu rodzinnem niemożliwymi, wybuchają gniewem i są mściwi. Dalej idą tacy, którzy drażnieni nieoględnie przez swoich, w odporze chorego umysłu wprost zagrażają bezpieczeństwu osób otaczających; tu zaliczają się także tacy, którzy trapieni omamami i złudzeniami zmysłowemi, lub w przystępie obłędu prześladowczego, dopuszczają się czynów gwałtownych, nawet zabójstw, lub też są niebezpieczni dla siebie samych; wreszcie należą tu i tacy, którzy w przewrotności popędu płciowego popełniają okrucieństwa, lub w obłędzie wielkości rujnują majątkowo siebie i swoich, a nawet i tacy, jak nieudolni, ogłupiali, dotknięci matołectwem, którzy bez dążności do samowiednego celu wyrządzają częstokroć nieobliczalne szkody. Wszyscy oni należą do kategoryi chorych, zażywających w schroniskach swobody bądź ograniczonej, bądź zupełnej, dają się bowiem użyć do robót z pożytkiem dla zakładu i dla własnego zdrowia, a na wolności spowodowują dużo nieszczęść.

Rada zdrowia mniema, że kraj ma obowiązek wystawienia odrębnego schroniska na stałą detencyę obłąkanych, dopuszczających się na wolności czynów zbrodniczych, lub u których choroba umysłowa objawi się w śledztwie, albo w domach kary. (Dok. nast.).

Rozporządzenie ministerstwa sprawiedliwości z 9-go listopada 1901 r., odnoszące się do przyznawania kosztów podróży i dyet urzędnikom sanitarnym i weterynarskim, powoływanym przez sądy karne do spełniania czynności urzędowych zamiejscowych. Do wszystkich sądów!

W porozumieniu z ministerstwem spraw wewnętrznych zarządza się:

a) Rachunki krajowych urzędników sanitarnych i weterynarskich, dotyczące kosztów podróży i dyet rzeczoznawców, powołanych do komisyi sądowo-karnej, muszą przed okazaniem ich sądowi być zaopatrzone z ramienia tej władzy politycznej, której rzeczoznawca podlega, klauzulą, potwierdzającą, że rzeczoznawca w czasie wykonywania swej czynności nie podejmował tej samej podróży urzędowej z polecenia władzy politycznej, lub innej władzy państwowej.

b) Wniesione rachunki winien sąd zebrać i wraz z dziennikiem podróży w sprawach karnych dla odnośnego miesiąca przedłożyć swemu przełożonemu prezydyum sądu krajowego wyższego. Przytem winien sąd dla uniknienia zwłoki baczyć na to, aby równocześnie z dziennikiem podróży w sprawach karnych były przedkładane wszystkie odnośne rachunki krajowych urzędników sanitarnych i weterynarskich.

c) Prezydyum sądu krajowego wyższego winno następnie zarządzić przyznanie policzonych przez krajowych urzędników sanitarnych i weterynarskich kosztów przez polityczną władzę krajową, względnie jej departament rachunkowy, stosownie do przepisów o wymiarze należytości za podróże służbowe, podjęte przez urzędników krajowych dla innych gałęzi urzędowych (Rozp. min. skarbu z 5-go stycznia 1875, L. 34.955, Dz. rozp. min. skarbu Nr. 1 i rozp. min. sprawiedl. z 5-go maja 1895, Dz. rozp. min. sprawiedl. Nr. 8).

W tym celu, jakoteż dla uniknienia wszelkiej zwłoki, zaleca się, ażeby prezydyum sądu krajowego wyższego po przyznaniu funkcyonaryuszom sądowym należytości za podróż, ale jeszcze przed załączeniem polecenia wypłaty, przesłało akt wraz z rachunkami w krótkiej drodze politycznej władzy krajowej, celem przejrzenia i dołączenia klauzuli adjustacyjnej.

d) Po otrzymaniu z powrotem rachunków, zaopatrzonych klauzulą adjustacyjną politycznej władzy krajowej (względnie jej departamentu rachunkowego), winno prezydyum sądu krajowego wyższego zarządzić wszystko, co potrzebne do wypłacenia przyznanych kosztów podróży i dyet.

e) Rozporządzenie niniejsze nie narusza przepisów o wymiarze przez sądy tych należytości, które przypadają urzędnikom krajowym sanitarnym i weterynarskim za ich funkcye ściśle sądowo-lekarskie: (badanie, orzeczenie i t. p.). *Spens w. r.*

Należytości dniowe lekarzy prywatnych. Odnośnie do postawionego pytania rozstrzygnęło ministerstwo sprawiedliwości rozporządzeniem z dnia 14-go września 1901, L. 17.417.

Stosownie do rozporządzenia z 20 marca 1901 r. Dz. U. P. Nr. 34, §. 1, poz. 17 winno się należytości dniowe zatrudnionych przez państwo lekarzy obliczać według ich rangi; u wszystkich innych, powoływanych jako rzeczoznawców, należy je oznaczać według rangi IX-ej, t. j. według rozporządzenia ministeryalnego z 18-go czerwca 1873, Dz. u. p. Nr. 115 w kwocie 8 koron, ponieważ ograniczenie dotyczące podróży urzędników w okręgu urzędowym, zalecone rozporządzeniem ministeryalnem z 28 września 1858, Dz. U. P. Nr. 166 z natury rzeczy nie może być stosowanem do lekarzy prywatnych.

Taryfa należytości lekarzy sądowych. Wskutek wniesionego zażalenia objaśniło ministerstwo sprawiedliwości taryfę należytości z 20-go marca 1901, Dz. U. P. Nr. 34, rozporządzeniem z 30 kwietnia 1901, L. 18.560 w tym duchu, że należytość za badanie wziernikiem ocznym stosownie do okoliczności winna być wymierzaną według pozycyi taryfy A 1, c. i 2, c. w wysokości od 10 do 20 koron, albo według §. 8, L. 2 taryfy należytości, w żadnym jednak razie poniżej 10 koron.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 19 czerwca.

* Towarzystwo lekar. krak. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. Edw. Korczyński przedstawił wnioski dotyczące ochrony i popierania krajowych zdrojowisk i przetworów zdrojowych; 2) kol. Kędzior podał treść swej rozprawy: »O leczeniu blednicy«; 3) koledzy: Edw. Korczyński i Kwiatkowski przedstawili rzadsze przypadki chorobowe, preparaty drobnowidowe i tablice ikonograficzne z krakowskiej kliniki lekarskiej.

* Dziekanem Wydziału lekarskiego U. J. na przyszły rok szkolny wybrany został prof. O. Bujwid.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w U. J. otrzymali: Henryk Zawadzki i Maryan Tempka.

* Pierwszego czerwca w obecności ministrów Körbera i Hartla, oraz wielu członków Wydziału lekarskiego, odbyła się w Wiedniu narada co do utworzenia związku opieki nad chorymi na płuca. Prezydent ministrów oświadczył, że opieka taka jest obowiązkiem państwa, krajów i miast i przyrzekł współudział rządu w granicach zakreślonych ustawą. Organizacya związku ma nastąpić w jesieni.

* Ministeryum obrony krajowej zamierza istniejące przy pułkach »oddziały chorych« zamienić na I) szpitale wojskowe: we Lwowie (60 łóżek), Krakowie (40 ł.), Przemyślu (30 ł.), Rzeszowie (50 ł.), Jarosławiu (40 ł.), Stanisławowie (30 ł.), Kołomyi (30 ł.) i Złoczowie (30 ł.). II) na domy chorych *(Marodenhäuser)* w Nowym Sączu (20 ł.), Tarnowie (10 ł.), Sanoku (10 ł.), Stryju (10 ł.) i Samborze (10 ł.).

* Wśród kandydatów, ubiegających się o katedrę kliniki chirurgicznej w wojskowej petersburgskiej Akademii lekarskiej, znajdujemy nazwisko profesora Ziemackiego.

* Między lekarzami wiedeńskimi powstała myśl założenia w Austro-Węgrzech klubu dla historyi medycyny; trudniącym się tym przedmiotem rozesłano okólnik, z prośbą o wypowiedzenie swego zdania o potrzebie i pożytku takiego klubu. Od treści odpowiedzi na ten okólnik zależeć będzie urzeczywistnienie zamierzonego projektu. Adresować odpowiedzi należy do Doc. Dra Maxa Neuburgera *(Wien, VI, Kollergerngasse, 3)* lub do Doc. Dra Roberta v. Töply k. u. k. Stabsarzt *(Wien, III/I, Barichgasse, 3)*.

* Sąd obwodowy w Korneuburgu wydał wyrok, posiadający znaczenie zasadnicze: lekarz X. został wezwany na świadka; w przebiegu rozprawy był tak pytany przez sędziego, że musiał odpowiadać już nie w charakterze świadka, lecz biegłego, w następstwie czego zażądał prawnie zastrzeżonego wynagrodzenia; sąd powiatowy żądaniu temu odmówił; lekarz apelował do sądu obwodowego, który mu przyznał słuszność.

* Slovanská Bibliografie lékařská (Ročník II. Zeszyt 3 i 4. kwartał III i IV), pióra niestrudzonego i zasłużonego Dra Jana Semerada, opuściła prasę, stanowiąc tom o 548 stronach białego druku. Dzieło to jest jednym z naocznych dowodów, jak wielkim i płodnym współczynnikiem w umysłowym rozwoju świata są już dziś narody słowiańskie. Dr. Semerad pracuje za nas wszystkich i zasługuje na ogólne poparcie i dobrze zasłużoną wdzięczność.

* Czasopisma amerykańskie zastanawiają się nad sprawą, jakie honoraryum należy się lekarzowi za poradę drogą telefoniczną, większe czy mniejsze w stosunku do honoraryum za poradę, połączoną z osobistem badaniem chorego? radząc drogą telefoniczną lekarz bierze na siebie większą odpowiedzialność, natomiast zyskuje na czasie. Dzienniki amerykańskie nie dotykają tak ważnego pytania, czy udzielanie porady lekarskiej bez badania i widzenia chorego jest rzeczą sumienną?

* Senat uniwersytecki w Getyndze postanowił jednomyślnie nie imatrykulować kobiet.

* W Aleksandryi znowu pojawia się więcej przypadków moru: w 3-im tygodniu majowym było ich 9, z których 7 zakończyło się śmiercią.

* Między 28 a 3 czerwca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: buczackim (2 gminy), drohobyckim (2 gm.), kałusk m (1 gm.), mościskim (1 gm.), myślenickim (1 gm.), nadworniańskim (1 gm.), niskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), rohatyńskim (1 gm.), stanisławowskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), wadowickim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 49; w tygodniu poprzedzającym 146.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXII (25—31—V). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 14, urodziło się dzieci 52, zmarło osób 76, mianowicie: z gruźlicy 19 (7 zam.), z zapalenia płuc 5, z płonicy 6 (3 zam.), z cholery dzieci 5.

Mianowania i odznaczenia. Asystentem kliniki dermatologicznej U. J. mianowany został Dr. J. Pacyna, elewem zaś Dr. J. Lenartowicz, Dr. Kutner, specyalista chorób dróg moczowych, mianowany został profesorem w Berlinie. Dr. Scott mian. został profesorem chorób wewn. w Filadelfii. Nadzwyczajni profesorowie kijowskiego Uniwersytetu: Obrazcew (patologia i terapia szczegółowa) i Orłow (higiena) mianowani profesorami zwyczajnymi.

Nekrologia. W Kijowie zmarł prof. anatomii Tichomirow. Dr. Stanisław Kupiński, lat 68, zmarł w Petersburgu. Dr. Paweł Siemiganowski, lat 69, zakończył życie w Lublinie. W Lipsku zmarł w 63 roku życia prof. Schiller, zasłużony na polu higieny szkolnej.

Bibliografia:

— *Postęp okulistyczny* (za m. maj). Bednarski: Patologia syderozy gałki. Kuropatwiński: Przypadek zwichnięcia powikłanego gruczołu łzowego.

— *Gazeta lekarska* Nr. 24. Rydygier: O leczeniu złośliwych nowotworów odbytnicy. Bernhardt: Dalsze dwa przypadki wieloliczných samoistnych mięsaków barwnikowych skóry. J. Jaworski: W sprawie dokonywania embryotomii uwag kilka.

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 6. Serkowski: O badaniu przez lekarzy produktów spożywczych, dostarczanych do szpitali (c. d.). Fidler: Projekt pomocy lekarskiej gminnej w gubernii radomskiej (c. d.). S. Sterling: O nadużywaniu mleka w dyecie chorych.

— *Medycyna* Nr. 24. Koenigstein: Dwa rzadkie przypadki wilka błony śluzowej górnego odcinka dróg oddechowych. Goldflam: O pierwszym objawie wiądu i o znaczeniu odruchu ze ścięgna Achillesa (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 24. Lhoták: O fysiologické kontraktuře. Kopfstein: Operace při chorobách orgánů močových, provedené v letech 1897 až 1901 ve veřejné všeobecné nemocnici cis. Frant. Jos. I ve Mladé Boleslavi (c. d.).

— *Liečnički Viestnik* Nr. 6. Čačković: Peta stotina laparatomija na odjelu za chiruržke i ženske bolesti bolnice milosrdnih sestara u Zagrebu (c. d.). Car: O osobitom slučaju abnormalnog sacruma kod čovjeka. Katičić: O lečenju trachoma.

— *La Presse médicale* Nr. 46. Bérard i Viannay: Rany serca zadane przez pociski rewolwerowe. Tollemer: Wstrząs od prądu elektrycznego.

— Nr. 47. Chaput: Rozmaite metody znieczulenia chirurgicznego. Zimmern: Leczenie odruchowych zaników mięśniowych pochodzenia stawowego.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 24. Riether: Złamanie obojczyka u noworodków przy porodzie dobrowolnym. Chiari: O naczyniakach limfatycznych i krwawych w krtani i o sprawach zapalnych im towarzyszących. Kokoris: Doświadczenia nad operacyą kamieni pęcherzowych. Rzut oka wstecz na 130 przypadków operowanych, oraz próba ustalenia wskazań dla rozmaitych metod operacyjnych. Cominotti: Tętniak u podstawy serca wielkości pięści.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 23. Lesser: Małżeństwo a choroby weneryczne. Strauss: O czynności nerek oczyszczającej krew. Rosenfeld: Ostre wstępujące porażenie w chorobie Bassedowa. Veit: O białkomoczu w ciąży (dok.). Sommerfeld i Röder: O analizie osmotycznej moczu osesków przy rozmaitych metodach żywienia (dokończ.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 23. Galli: O wydolności serca. Pessl: O rozległem zwapnieniu ściany ograniczonego tętniaka serca. Walz: Przyczynek do wiedzy o torbielach pępka. Fleiner: O leczeniu wrzodu żołądka (c. d.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 24. Strube: Przyczynek do metody wykazania krwi i białka drogą biologiczną. Minovici: O nowej metodzie rozróżniania krwi za pomocą surowicy. Askanazy: O patologiczno-anatomicznem działaniu bąblowca w mózgu. Strubell: Leczenie wąglika. Schultze: Uwagi nad powyższym artykułem. Putermann: W sprawie występowania zatorów płucnych po złamaniach kości.

Redakcya otrzymała. Rogoziński: O fizyologicznej rezorbcyi bakteryi z jelita. Spira: 1) Ocena pracy Heimana: »Krankheiten des Gehörorgans«, wydanej, jak wiadomo, w języku polskim. 2) Wyciągi z prac otyatrycznych, które wyszły w czasopismach polskich. L. Korczyński: Ueber den Einfluss der Gewürze auf die secretorische und motorische Thätigkeit des Magens.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 25 czerwca, o godz. 6-tej wieczorem, ***w klinice położniczo-ginekologicznej*** posiedzenie nadzwyczajne, na którem mówić będą: 1) kol. Dobrowolski o przypadkach operowanych w bieżącym roku w klinice prof. Jordana drogą cięcia pochwowego; 2) kol. Stankiewicz — o przypadkach mięsaka trzonu macicy; 3) kol. Wojciechowski — o przypadku zakażenia połogowego, leczonego wyjęciem macicy.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 28 Czerwca 1902. Nr. 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z sali mamek i osesków szpitala św. Ludwika pod dyrekcyą Prof. Dra Jakubowskiego w Krakowie.**

Kwaśna niestrawność jelitowa u dzieci karmionych piersią.

(Dyspepsia intestinalis acida lactatorum).

Napisał

Dr. Jan Raczyński,

Doc. pedyatryi w U. J.

Śledząc bieg badań, dokonywanych w ostatnich czasach nad chorobami przewodu pokarmowego u dzieci, zauważyć można, że wśród różnych kierunków naczelne stanowisko zajmuje kierunek bakteryologiczny. Przeważny cel tych badań zmierza do tego, aby wykazać, który z drobnoustrojów w każdym przypadku chorobowym, czy też postaci chorobowej, jest przyczyną cierpienia. Droga, którą się zwykle do tego celu dochodzi, polega na wyhodowaniu, wyosobnieniu i wykazaniu doświadczeniem na zwierzęciu jadowitości i, co trudniejsze, swoistości drobnoustroju. Zaznaczamy zaraz, że usiłowania badaczy nie pozostały bez skutku. Escherich, bo jemu się w tej sprawie naczelne należy miejsce, opisał postać chorobową, wywołaną przez paciorkowca *(enteritis streptococcica)*, inni badacze wykazali, że przyczyną zaburzeń w przewodzie pokarmowym może być *bacillus pyocyaneus* (Kossel, Lesage, Baginsky, Escherich), *b. coli commune* (Finkelstein, Lesage, Escherich), *proteus vulgaris* wywołujący t. zw. *gastroenteritis ex proteo* (Booker, Baginsky, Brudziński), *bacillus mesentericus* (Ardoin), *tyrothrix* (Lesage, Winter), *enterococcus* (Lewkowicz) i t. d.

Wyniki tych badań, wyjaśniające przyczynę niektórych stanów chorobowych, rzucające zarazem nowe światło na istotę wielu objawów, których nie umielibyśmy objaśnić, pozwalały mieć nadzieję, że kierunek bakteryologiczny doprowadzi nas wkrótce do poznania etyologii, umożliwi podział i ujednostajni zapatrywania na choroby przewodu pokarmowego. Tymczasem równocześnie z nadziejami powstały i wątpliwości, czy środki, jakimi rozporządzamy, są w tym razie dostateczne, aby dać pojęcie o sprawach, toczących się przy udziale tak różnorodnych czynników i czy droga, jakiej zwykle używamy do wykazania swoistości drobnoustrojów, jest w tym razie wystarczającą, zwłaszcza, że w badaniach tych prawie pozbawieni jesteśmy najpotężniejszego dowodu, t. j. wywołania choroby u zwierzęcia. Badania Eberlego, potwierdzone przez Hammerla, wykazały, że ilość drobnoustrojów, które z przewodu pokarmowego możemy wyhodować na naszych pożywkach, wynosi zaledwie 4·5%—10·6% tej ilości, jaka właściwie tam się znajduje, jak o tem możemy się przekonać, poszukując bakteryj wprost w stolcu. Fakt ten podkopuje do tego stopnia zaufanie do dotychczasowych wiadomości naszych o roli drobnoustrojów w przewodzie pokarmowym, że niektórzy badacze (Czerny) przekładają wyniki uzyskane drogą badań chemicznych nad wynikami bakteryologicznymi, uzyskanymi w tych warunkach.

Znaczenie dotychczasowych wyników badań bakteryologicznych obniża także i ta okoliczność, że w znacznej części nie mogą być zużytkowane do celów klinicysty, gdyż drobnoustroje, spotykane w przewodzie pokarmowym i niewątpliwie będące przyczyną stanu chorobowego, niewywołują zawsze tych samych stałych objawów klinicznych, czyli naodwrót, że z obrazu chorobowego nie można wnosić, lub tylko wyjątkowo, o rodzaju drobnoustrojów, wywołujących chorobę.

Badania, które przeprowadziłem nad jednem z najczęstszych cierpień przewodu pokarmowego u dzieci, karmionych piersią, przekonały mnie, że przyczyną cierpienia są drobnoustroje, które już w fizyologicznych warunkach nie tylko w przewodzie pokarmowym się znajdują, ale w akcie trawienia odgrywają ważną rolę; do wykazania jednak ich szkodliwego działania nie posłużyłem się zwykle używaną drogą wyosobnienia, hodowania i t. d., lecz starałem się wykazać ich wpływ niekorzystny niejako *in situ*, przez oznaczenie chemiczne w kale produktów ich nadmiernego w tym razie działania.

Niema zapewne lekarza, któryby się nie spotkał z cierpieniem, przydarzającem się bardzo często u osesków, karmionych piersią, znanem pod nazwą niestrawności (dyspepsyi), kolki, morzyska i t. d. Wybitne i ogólnie znane objawy tego cierpienia uwalniają mnie od szczegółowego opisu obrazu chorobowego; poprzestanę na wymienieniu kilku ważniejszych przypadów.

Zdrowo urodzony i nie okazujący żadnych zboczeń noworodek po kilkodniowem przyjmowaniu pokarmu t. j. piersi wyłącznie, zdradza swe cierpienie niepokojem; otoczenie zwraca uwagę, że dziecko nie przesypia już jak dawniej kilku godzin w jednym ciągu, lecz że często się budzi, grzebie nogami, popłakuje, lub nawet donośnym wrzaskiem wyraża swoje niezadowolenie, chociaż, zaznaczmy to odrazu, ilość pokarmu jest wystarczającą. Równocześnie stwierdzamy, że niemowlę to wymiotuje, miewa czkawkę, wzdęcia żywota, że oddaje często stolec. Spotykamy przypadki, w których bywa po 20 i więcej stolców na dobę, przyczem ilość kału oddana przy jednem wypróżnieniu jest bardzo małą. Stolce nie przedstawiają tej jednolitej wejrzeniem do maści podobnej żółtej masy, lecz rozdzielają się na

zbite białawe grudki i części płynne, zabarwione żółtawo, zielonawo lub zupełnie trawiasto-zielono; często znajdują się także w stolcach większe ilości śluzu, co może dać powód do nazywania tego cierpienia nieżytem, czy „katarem“ jelit.

Przedmiotowem badaniem dziecka wykazać możemy w tych przypadkach mniej lub więcej wybitne upośledzenie odżywienia; systematyczne ważenie dziecka wykaże nieraz ubytek, częściej niedostateczny przybytek, nieodpowiadający wymaganiom przeciętnych przybytków dziennych. Na skórze spotykamy zmiany w postaci wyprysku, w fałdach skóry wyprzania *(intertrigo)*, w okolicy rzyci zaczerwienienie lub zupełne zmacerowanie naskórka.

Stałym objawem tego cierpienia jest wzdęcie brzucha, a to skutkiem wypełnienia jelit gazami; objaw ten, wywołujący podmiotowe dolegliwości, znany jest pod nazwą morzyska *(colica flatulenta)*. Cierpienie to spotykamy głównie u noworodków w pierwszych tygodniach życia, karmionych wyłącznie piersią; trwa ono zwykle kilka tygodni lub kilka miesięcy i co ciekawe, czasami b e z l e c z e n i a u s t ę p u j e, nie prowadzi przez powikłanie do cięższych, mogących zagrażać życiu dziecka zaburzeń; trwając jednak czas dłuższy, może podkopać odżywienie dziecka i upośledzić jego prawidłowy rozwój.

Wielu badaczy upatruje przyczynę krzywicy w cierpieniach przewodu pokarmowego; nie wdając się w tłómaczenie związku przyczynowego tych dwóch cierpień, stwierdzić należy, że wiele z tych dzieci, u których mimo najlepszych warunków higienicznych wykazać możemy objawy owej wczesnej krzywicy czaszki, znanej pod nazwą *craniotabes*, przebywało w pierwszych tygodniach życia cierpienia przewodu pokarmowego wśród wymienionych objawów.

Do czysto mechanicznych, że się tak wyrażę, powikłań należą często spotykane w tych przypadkach przepukliny jako następstwo podniesionego ciśnienia w jamie brzusznej. (Nasz lud mówi, że „dziecko sobie pępek wykrzyczało“).

Spotykając tak często to cierpienie i to u dzieci, pozostających w najlepszych warunkach, zadawano sobie pytanie, g d z i e l e ż y j e g o p r z y c z y n a.

F i l a t o w upatruje jego przyczynę w istnieniu ogólnej nerwowości, wpływającej źle na ustrój kobiety karmiącej.

W i d e r h o f e r podnosi, że tę postać niestrawności spotykamy najczęściej u dzieci słabo rozwiniętych, u których przypuszczać należy niedostateczny rozwój narządu trawienia, a zwłaszcza gruczołów wydzielinowych; spotyka się ją również u osesków, którym wkrótce po urodzeniu podano pokarm mamki, karmiącej już od kilku tygodni

Więcej naukowo uzasadnionem jest zapatrywanie na tę sprawę C z e r n e g o. Twierdzi on, że przyczyną tego cierpienia jest za częste podawanie pokarmu, przeszkadzające działaniu bakteryobójczemu kwasu solnego w żołądku, a twierdzenie swoje opiera na następujących danych. Wiadomo, (L e o, v a n P u t e r e n i W o h l m a n n), że żołądek zdrowego dziecka wydziela po wprowadzeniu doń pokarmu kwas solny. Wiadomo również, że w mleku znajdują się sole zasadowe, które łączą się z kwasem solnym, jak również, że wchodzą z nim w połączenie istoty białkowate mleka tak, że pewna ilość wytworzonego kwasu solnego zostaje „związaną“ i wolnego kwasu solnego w żołądku z początku trawienia nie znajdziemy. Wolny kwas solny zjawia się dopiero mniej więcej w 2 godziny po ostatniem przyjęciu pokarmu i jako taki może działać bakteryobójczo nawet w tych rozcieńczeniach, w jakich go spotykamy w żołądku oseska. Gdy jednak, jak to właśnie wspomniałem, potrzeba około dwóch godzin czasu, aby kwas solny mógł znaleść się wolny, przeto jasnem jest, że każde wprowadzenie pokarmu mlecznego przed upływem tego terminu będzie przeszkodą w zjawieniu się wolnego kwasu solnego, gdyż zwiąże go znów nowo wprowadzone mleko. Nie powstrzymane w rozwoju działaniem kwasu solnego drobnoustroje, rozwijają się tem silniej w dalszych częściach przewodu pokarmowego, prowadząc do nadmiernego kiśnienia.

Nie można odmówić słuszności powyższym wywodom, opartym na nieulegających zaprzeczeniu faktach fizyologicznych; z drugiej strony codzienne doświadczenie poucza, jak często ten błąd t. j. nieregularne karmienie bywa popełniany, a jednak przyznając, że nieodpowiednie karmienie może sprowadzić zaburzenia w trawieniu, nie możemy uważać go za przyczynę omawianego cierpienia. Sprzeciwiają się temu spostrzeżenia, poczynione na dzieciach, które wbrew zasadom higieny dostają pokarm w zupełnie nie określonych porach dnia, bez względu na czas, który upłynął od ostatniego karmienia, nieraz pozostają przy piersi, zwłaszcza w nocy, po kilka godzin, a mimo to nie okazują objawów niestrawności. Jakże często powinniśmy się z tem cierpieniem spotkać u dzieci, żywionych sztucznie, u których błąd za częstego i nieregularnego karmienia popełnianym bywa prawie z reguły, a większa ilość sernika i soli nienasyconych w mleku krowiem „wiąże“ tem większe ilości kwasu solnego. Tymczasem wiemy, że dzieci żywione sztucznie, a niekarmione odpowiednio, zapadają na choroby przewodu pokarmowego, jednak cierpienia te nie przebiegają nigdy wśród wyżej opisanych objawów, znamionujących tak wybitnie omawiane cierpienie. Przyjęciu nieregularnego karmienia za wyłączną przyczynę sprzeciwiają się także spostrzeżenia, poczynione w przypadkach już rozwiniętej niestrawności, w których mimo ścisłego przestrzegania karmienia co 2½ do 3 godzin, stan chorobowy trwa dalej, jak również brak dobrego wyniku leczniczego po podaniu kwasu solnego, który w tym razie powinien wkrótce cierpienie usunąć.

Zdaniem M o r o cierpienia przewodu pokarmowego u osesków karmionych piersią wywoływane bywają g r o n k o w c a m i znajdującemi się na brodawkach i przewodach mlecznych i połykanemi wraz z mlekiem w czasie ssania. M nazywa tę postać „Staphylokokkenenteritis“.

Bardzo rozpowszechnionem jest zapatrywanie i to tak między lekarzami, jak i publicznością, że przyczyną niestrawności w pierwszych tygodniach życia jest n i e o d p o w i e d n i p o k a r m. Przekonanie to prowadzi w praktyce do zbyt może pochopnego odstawiania dziecka od piersi lub zmiany pokarmu przez zmianę karmicielki, a postępowanie takie, uwieńczone nieraz dobrym wynikiem, utrwala zwolenników tych zapatrywań w ich przekonaniu. W jaki sposób wytłómaczyć sobie możemy ustąpienie niestrawności po podaniu mleka krowiego, o tem będzie mowa poniżej; poprawę uzyskaną czasami przy zmianie, a często zmianach jednego pokarmu kobiecego na inny, może raczej policzyć nam należy na karb upłyniętego czasu, boć już wyżej wzmiankowano, że omawiana niestrawność trwa pewien czas i ustępuje sama nieraz nieleczona, lub mimo leczenia. Widzimy

to często, zwłaszcza jeśli karmicielką jest mamka, że bez zmiany pokarmu po pewnym czasie napady kolki się zmniejszają, morzysko ustępuje, a dziecko wraca do zupełnego zdrowia; czy nie słuszne budzić się muszą wątpliwości, gdy w innym przypadku poprawa nastąpi po zmianie mamki?

Z przyczyn, które zdaniem wielu lekarzy wywołać mogą zboczenia w trawieniu, rozpatrzeć nam jeszcze należy sprawę przystosowania pokarmu mamki do wieku dziecka, t. j. sprawę pokarmu za starego lub za młodego. Wiemy z rozbiorów chemicznych, jak zmienia się mleko w ciągu karmienia; zapytać więc jeszcze musimy, jakie spostrzeżenia poczyniono, podając dziecku pokarm mamki, której dziecko jest starsze lub młodsze.

Widerhofer stwierdza, że stale spotyka się niestrawność u noworodków, którym podano pokarm 2—3 miesięczny, tem pewniej należy się spodziewać tego cierpienia, im pokarm starszy, a przyczynę dopatruje w tem, że dziecko zamiast siary dostało zaraz od początku mleko.

Monti uważa mleko mamki, która przed więcej niż 2 miesiącami urodziła, za nieodpowiednie. Baginsky czyni uwagę, że pokarm starszy o 3 miesiące nie nadaje się dla noworodka, że jednak w niektórych przypadkach dzieci doskonale znoszą starsze mleko, natomiast mleko młodsze wywołuje prawie zawsze zaburzenia w trawieniu Epstein widywał znakomite wyniki karmienia dzieci nawet 10—12 miesięcznych mlekiem mamek kilkutygodniowych; naodwrót notuje spostrzeżenie z swej praktyki, gdzie mamka po odkarmieniu jednego dziecka rozpoczęła karmić noworodka w tej samej rodzinie (w 14 miesięcy od swego rozwiązania) i karmiła go przez 8 miesięcy z doskonałym wynikiem. Wykarmienie dziecka znacznie starszym pokarmem nie należy do rzadkości; mojem zdaniem tego rodzaju przypadki spotyka prawie każdy lekarz, a niezawodnie przemawiają one na niekorzyść zapatrywań o szkodliwości nieodpowiedniego pokarmu.

Tyle mówi o tej sprawie lekarskie doświadczenie kliniczne; zapytać musimy, jakie wyniki osiągnięto drogą chemicznego badania mleka.

Chcąc z badań chemicznych mleka cośkolwiek wywnioskować o jego dobroci, musimy przedewszystkiem pamiętać, że skład mleka kobiecego zmienia się zależnie od wielu warunków. Pomijając już znaczne różnice, jakie zachodzą między wydzieliną gruczołów sutkowych w pierwszych kilku dniach po porodzie (siara) a późniejszym pokarmem, widzimy, że skład mleka zmienia się w ciągu karmienia w ten sposób, że w miarę starzenia się pokarmu zmniejsza się znacznie ilość istot białkowatych, podczas gdy ilość dwóch innych składników, t. j cukru i tłuszczu bardzo niewielkim ulega wahaniom. W badaniach Schlossmanna, dokonywanych w okresie dwustu dni karmienia, zmniejszyła się ilość azotu w pokarmie o 7·24%. Z badań Bauma zaś wynika, że odsetek białka waha o 1·66% t. j. o 100% średniej wartości.

W ciągu badań chemicznych mleka przekonano się także, że inny skład ma mleko, wzięte do badania na początku, inny wzięte w końcu jednego karmienia i wykazano, że w ciągu jednego posiedzenia części stałe mleka zjawiają się w coraz większej stosunkowo ilości. W przypadku badanym przez Mendez de Leona stosunek tych składników na początku, w środku i przy końcu karmienia jest jak 9·38:11·04:13·23%.

Nie ulega też wątpliwości, że na skład mleka wpływają stany psychiczne osoby karmiącej, zwłaszcza zaś stany fizycznego niedomagania, miesiączka, ciąża, jak to również udowodniono rozbiorami chemicznymi. Natomiast przesadne znaczenie przypisuje się powszechnie sposobowi pożywienia. Baumm podawał mamkom raz pokarmy ubogie w azot, to znów obfite, wprowadzał większe ilości płynów, podawał kwasy, piwo i t. d. i nie zauważył przytem żadnej różnicy w zdrowiu karmionych dzieci. Przy pokarmach obfitych zauważyć się dało powiększanie się tłuszczu, co zgodne jest z wynikiem badań Tiemicha, z których wynika, że do pewnego stopnia wpływać możemy na ilość tłuszczu w mleku. Nie zmienia się pokarm, chociaż karmicielka głód cierpi, jak tego dowodzą spostrzeżenia z czasów oblężenia Paryża (Decaisne). (C. d. n.).

II. O cytotoksynach.

Wykład

Prof. K. Kleckiego

na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w dniu 11 grudnia 1901 r.

(Dokończenie).

Dla nauk lekarskich badania nad cytotoksynami są ważne z tego względu, że ich wyniki już teraz zaczynają rzucać pewne światło na niektóre ciemne dotychczas sprawy w dziedzinie fizyologii i patologii oraz wyjaśniać rezultaty pewnych prób, już od dłuższego czasu podejmowanych w lecznictwie; zapowiadają one na przyszłość szereg środków swoistych, na wzór środków przeciwzakaźnych, mających służyć do zwalczania różnych chorób, a niektóre takie środki już nam dały do ręki.

Bliższe poznanie aleksyn, znajdujących się w każdym prawidłowym ustroju, jakie zawdzięczamy badaniom nad cytotoksynami, nasuwa przypuszczenie, że rola tych istot nie ogranicza się zapewne do przeciwdziałania zarazkom, czy obcym komórkom, które się do ustroju dostały, ale że i w warunkach fizyologicznych aleksyny muszą w ustroju spełniać jakąś funkcyę (Ehrlich, Buchner, Wassermann). Według Wassermanna są to czynniki trawienne, działające przy przeróbce wytworów pośrednich przemiany materyi, i z tego względu mają one w warunkach fizyologicznych takie same znaczenie, jak fermenty trawienia.

Jest rzeczą możliwą, że pewne choroby, których etyologia jest dotychczas zupełnie ciemną, powstają wskutek wytworzenia się w ustroju cytotoksyn: Ehrlich, przypuszcza, że niektóre postacie anemii oraz hemoglobinemii mogą powstać z tego powodu, zaś Camus i Pagniez, biorąc pod uwagę niedawno wykryte własności hemolityczne moczu, sądzą, że niektóre postacie hemoglobinuryi na tem tle powstają.

Dzięki badaniom nad cytotoksynami zaczyna przedstawiać się w nowem świetle organoterapia, o której niedawno referował na tem miejscu kol. Doc. L. Korczyński, — tem więcej, że cytotoksyny mogą wytwarzać się w ustroju i po wprowadzeniu odpowiednich komórek do przewodu pokarmowego; być może, że nie jeden wynik dodatni tej te-

rapii zawdzięczać należy wytworzeniu się w ustroju pewnych cytotoksyn, działających zbawiennie na funkcye danego narządu.

Jak to już wyżej podniosłem, niektóre cytotoksyny, zastosowane w dawkach niezmiernie małych, działają wręcz przeciwnie, jak w dawkach większych. Stwierdzono to przedewszystkiem w działaniu hemotoksyny: w doświadczeniach Kantakuzena na królikach okazało się, że np. u zwierzęcia, u którego w 1 mm.^{3} krwi ilość ciałek czerwonych wynosiła 6.000.000, a ilość hemoglobiny 90%, po wstrzyknięciu 5 cm.^{3} surowicy hemolitycznej ilość ciałek czerwonych zmniejszyła się do 300.000, a ilość hemoglobiny do 35%; po wstrzyknięciu zaś tejże surowicy w ilości $^1/_{30}$ — $^1/_{10}$ cm.^{3} ilość ciałek czerwonych zwiekszyła się do 8.800.000, a ilość hemoglobiny z 90% wzrosła do 105%; przez kilkokrotne wstrzykiwanie zwierzęciu hemotoksyny w bardzo małej dawce utrzymało się owo maximum ciałek czerwonych i hemoglobiny w ustroju prawidlowym w ciągu 6 tygodni. Miecznikow i Besredka wstrzykiwali chorym na trąd w celach leczniczych surowicę hemolityczną kozy w słabych dawkach w ciągu trzech miesięcy; i u tych chorych po wstrzyknięciu hemotoksyny następowało po przejściowem zmniejszeniu się ilości ciałek czerwonych zwiększenie się ilości zarówno ciałek czerwonych, jako też i hemoglobiny, które utrzymywało się przez 2 tygodnie po injekcyi. Opierając się na tych doświadczeniach, stosował Lucatello surowicę hemolityczną psa u dzieci anemicznych; pod wpływem injekcyi ilość hemoglobiny zwiększała się w stosunkowo słabym stopniu, za to przyrost ciałek czerwonych był znaczny; atoli dobre wyniki lecznicze miał Lucatello tylko w takich przypadkach, w których przyczyna anemii nie utrzymywała się nadal w ustroju.

Jakkolwiek doświadczenia laboratoryjne, których wyniki wyżej podałem, wyraźnie wskazują, że w pewnych warunkach leukotoksyna może sprowadzać w ustroju zmiany bardzo pożądane, systematycznych badań nad działaniem leczniczem tej istoty dotychczas jeszcze nie posiadamy. Mamy w tym względzie tylko obserwacye Miecznikowa i Bezredki, którzy trędowatym wstrzykiwali surowicę hemolityczną; otóż u chorych tych oprócz zmian tyczących się krwi zauważono, że pod wpływem stosowanej surowicy leukocytoza i fagocytoza w otoczeniu lepronów wzmaga się, powstaje ropienie i leprony goją się. Trudno zjawisko to przypisać działaniu hemotoksyny; natomiast rzecz się wyjaśnia, jeśli się zważy, że surowica hemolityczna, jaką wstrzykiwano, otrzymana przez szczepienie krwi całkowitej, musiała zawierać także i leukotoksynę w małej ilości, zaś leukotoksyna, działając właśnie w małej ilości, pobudza ciałka białe do silniejszej czynności.

Przed niedawnym czasem wzbudził powszechne zaciekawienie oryginalny pomysł Miecznikowa, kolportowany nawet przez dzienniki polityczne, zwalczania starości; w walce tej jako broń główna miała właśnie służyć leukotoksyna. Sprawa ta przedstawia się w sposób następujący: na podstawie różnych dociekań teoretycznych doszedł Miecznikow do przekonania, że zmiany, które występują w ustroju starczym, bynajmniej nie są jakąś fatalną koniecznością, związaną z naturą organizmu, a że są one tylko skutkiem szeregu różnych działań i wpływów szkodliwych, jakim komórki ustroju w ciągu całego życia podlegają; powstałe stąd osłabienie tkanek znajduje wyraz morfologiczny w zmianach, które cechuje zanik elementów miąższowych, połączony z rozrostem tkanki łącznej. Badania nad powstawaniem zaniku prostego, jaki spotykamy w różnych stanach fizyologicznych, jako to w narzędziach poczwarek, narzędziach rodnych kobiecych w okresie climacterium, a także w starości, wskazują, że działa tu głównie pewien odrębny gatunek fagocytów, mianowicie makrofagi, które pochłaniają i niszczą w swojem wnętrzu elementy szlachetne danego narzędzia.

Zdaniem Miecznikowa owe makrofagi nie odznaczają się bynajmniej w starości jakąś szczególną żarłocznością; przez całe życie ustroju są one czynne, pożerając osłabione lub rozpadłe komórki, — ogół komórek jednak w wieku młodym i dojrzałym posiada pewną odporność względem makrofagów i dlatego nie ulega pożarciu, w starości zaś, osłabione przez długoletnie działanie czynników szkodliwych elementy miąższowe rzeczoną odporność tracą, makrofagi pożerają je i stąd powstaje zanik starczy. Niszcząc, a względnie zwalczając owe tak zgubne dla ustroju makrofagi, możnaby nie dopuszczać do powstania w ustroju zmian starczych, a tem samem zwalczać samą starość. Otóż środkiem, za pomocą którego można prowadzić taką walkę z makrofagami, jest bez kwestyi leukotoksyna; jednakowoż nie można jej niestety w tym celu stosować, a to z tego powodu, że działa ona nietylko na makrofagi, ale zarazem i na t. z. mikrofagi (ciałka białe wielojądrzaste, neutrofilowe), które w przeciwstawieniu do makrofagów chronią komórki miąższowe od różnych czynników szkodliwych — tak, że stosując leukotoksynę w takich dawkach, w których by upośledzała fagocytozę, w ogólnym wyniku szkodę by się ustrojowi przyniosło. Z tego względu Miecznikow uznał, że przy dzisiejszym stanie nauki zwalczanie starości przez bezpośrednie oddziaływanie na makrofagi nie jest rzeczą możliwą i że walkę tę prowadzić można jedynie przez wzmacnianie elementów szlachetnych ustroju.

Jakkolwiek posiadamy dotychczas zaledwie początkowe próby stosowania cytotoksyn w terapii, już dzisiaj stwierdzić możemy, że są wszelkie dane, by jady te, a przynajmniej niektóre z tych jadów ważną odegrały rolę w lecznictwie przyszłości.

Stosuje się to, zdaniem mojem, przedewszystkiem do leukotoksyny, która, działając na ciałka białe, może okazać się niezmiernie skutecznym lekiem w sprawach zakaźnych; atoli badania w tym kierunku są dopiero w toku w Instytucie Pasteura w Paryżu.

Drugą cytotoksyną, w której działaniu leczniczem można pokładać na przyszłość pewne uzasadnione nadzieje, jest epiteloksyna, która oby okazała się skuteczną przy zwalczaniu coraz bardziej szerzącej się choroby raka. Jest rzeczą wielce prawdopodobną, że i inne cytotoksyny medycyna w przyszłości do leków zaliczy. Zanim to jednak będzie mogło nastąpić, trzeba będzie zbadać przez ścisłe doświadczenia laboratoryjne, jakich gatunków zwierząt należy używać do otrzymania danej surowicy leczniczej.

Nietylko bowiem aleksyny u różnych gatunków zwierząt są istotami odmiennemi, ale według wszelkiego prawdopodobieństwa i istoty uczulające swoiste, przeciwdziałające jednym i tym samym tworom, ale wytworzone w ustroju różnych zwierząt, nie są ciałami identycznemi, a różnią się conajmniej pod względem powinowactwa swego do rozmaitych aleksyn oraz do komórek ustroju, w którym mają dzia-

łać. (Wassermann). Oczywiście trzeba będzie przeprowadzić poszczególne badania nad każdą cytotoksyną, a względnie antycytotoksyną czyli antylizyną, ażeby się przekonać, w jakiej surowicy, ewentualnie zaś w jakiej kombinacyi surowic zwierzęcych dana istota działa najlepiej w ustroju ludzkim.

* * *

Nauka o cytotoksynach, jak każde zresztą istotne odkrycie w dziedzinie zjawisk życiowych, nietylko przynosi szereg nowych faktów ważnych ze stanowiska biologii ogólnej, ale nadto wyłaniają się z niej różne zagadnienia w sprawach pierwszorzędnej doniosłości, które dla przyszłości będą stanowiły wdzięczne pole badań.

Z zagadnień tych poruszę na tem miejscu tylko te, które tyczą się bezpośrednio nauk lekarskich.

Jako jeden z głównych faktów, wynikających z dotychczasowych badań nad cytotoksynami, podniosłem, że ustrój wyższy jest niezmiernie wrażliwy na wszelkie obce elementy, skoro reaguje wytworzeniem ciał antagonistycznych na dostanie się do jego soków pochodnych, zwłaszcza białkowatych, wszelkich obcych komórek. Opierając się głównie na tym fakcie, a uwzględniając przytem okoliczność, że wprawdzie niedowiedzioną, ale i nie wykluczoną jest rzeczą, iż w pewnych warunkach nawet własne i to prawidłowe komórki ustroju mogą taką reakcyę w nim wywołać (antytoksyny), sądzę, że mamy wszelkie prawo pójść o krok dalej i zapytać, czy podobny odczyn nie zachodzi w ustroju po zadziałaniu nań pochodnych jego własnych, ale patologicznych, a więc poniekąd obcych mu komórek? Czy w sprawach patologicznych wskutek zaburzeń w przemianie materyi nie dostają się do soków ustroju ciała, których obecność sprowadza powstawanie istot, ciałom tym przeciwdziałających? Czy podobnie jak w sprawach zakaźnych i w innych sprawach chorobowych, mianowicie takich, w których krążą w ustroju szkodliwe dlań pochodne patologiczne własnych jego komórek, wyzdrowienie nie następuje między innemi i przez to, że ciała te są neutralizowane przez istoty antagonistyczne, wytwarzane na wzór znanych cytotoksyn? A gdyby tak było istotnie, czy nie możnaby w leczeniu takich spraw wywierać na ich przebieg skutecznego i korzystnego wpływu przez stosowanie odpowiednich istot antagonistycznych, sztucznie otrzymanych i dobrze do ustroju dostosowanych? Jasną jest rzeczą, że wszystko to są zagadnienia, które dla medycyny mają pierwszorzędne znaczenie. Jeżeli wprowadzenie leczenia spraw zakaźnych surowicą swoistą stanowi rzeczywistą epokę w medycynie, to rozszerzenie takiego leczenia na inne sprawy chorobowe stanowiłoby niewątpliwie w terapii drugą taką erę, zwłaszcza że zakres wchodzących tu w grę spraw patologicznych jest niezmiernie rozległy. Czy to istotnie nastąpi, trudno jest dzisiaj przesądzać; wszelako myślę, że już na podstawie wyników dotychczasowych badań nad cytotoksynami wolno przypuszczać, iż jesteśmy obecnie w takiej nowej epoki zaraniu. Przypuszczenie to wydaje mi się tem bardziej uzasadnionem, że główny prąd badań w tej kwestyi od czasu jej powstania aż do dnia dzisiejszego zwrócony jest nie do odręcznego niejako stosowania nowo odkrytych ciał swoistych w praktyce lekarskiej, jak to w ostatnich latach nieraz bywało niestety z różnymi wytworami zarazków i surowicami swoistemi, które bez dokładnego zbadania w pracowni zalecano przedwcześnie jako skuteczne leki swoiste na nieuleczalne dotychczas cierpienia, a które w rezultacie tylko ujmę medycynie współczesnej przyniosły, ale że poszukiwania nad cytotoksynami prowadzi się prawie wyłącznie z tą myślą, by z możliwą ścisłością stwierdzać i szeregować odnośne zjawiska, oraz wyświetlać ich powstawanie, a zatem pogłębiać ich zrozumienie; takie zaś ściśle naukowe opracowywanie przedmiotu nietylko prowadzi do rozszerzenia zakresu naszych wiadomości teoretycznych i ich ugruntowania, ale stanowi zarazem najsilniejsze, bo z faktów fizyologicznych i patologicznych zbudowane podwaliny dla racyonalnej terapii w przyszłości.

Przedstawione w wykładzie niniejszym fakty świadczą, że dzięki wprowadzeniu pewnych metod badania z dziedziny bakteryologii do świata zróżnicowanych komórek ustroju wyższego poznaliśmy szereg nowych zjawisk życiowych, które wskazują, iż zachodzi zasadnicza analogia reakcyi ustroju na obce komórki niższego oraz wyższego rzędu. Zupełna analogia a zarazem swoistość tych subtelnością zadziwiających odczynów świadczy, że i w oddziaływaniu rzeczonych komórek, czy ich pochodnych, na tkanki ustroju zachodzi również podobna analogia; zaś okoliczność ta jest nowem potwierdzeniem wyłaniającego się coraz bardziej z badań biologicznych przeświadczenia, że wiele spraw życiowych w komórkach czy to niższego, czy wyższego rzędu odbywa się według jednego, wspólnego typu.

Wykaz prac przytoczonych w wykładzie autorów.

Metschnikoff: Sur les cytotoxines. Annales de l'Inst Pasteur 1900, Nr. 6. Grohmann: Ueber die Einwirkungen des zellfreien Blutplasma auf einige pflanzliche Mikroorganismen. Dorpat 1884. v. Fodor: Ueber die Fähigkeit des Blutes Bacterien zu vernichten. Deutsche med Woch. 1887, p. 745. Nuttal: Experimente ueber die bacterienfeindlichen Einflüsse des thierischen Körpers. Zeitschr. f. Hygiene T. IV. p. 353. Nissen: Zur Kenntniss der bacterientödtenden Eigeschaften des Blutserums. Zeitschr. f. Hygiene T. VI p. 487. Behring u. Nissen: Ueber die bacterienfeindlichen Eigenschaften verschiedener Blutserumarten. Zeitschr. f. Hygiene T. VIII. Buchner: Untersuchungen ueber die bacterienfeindlichen Wirkungen des Blutes und Blutserums. Archiv f. Hygiene T. X. 1900 p. 84. Bordet: Sur l'agglutination et la dissolution des globules rouges par le sérum d'animaux injectés de sang defibriné. Annales de l'Inst. Pasteur 1898 p. 688. Agglutination et dissolution des globules rouges par le sérum. Annales de l'Inst. Pasteur 1899 Nr. 4. Miecznikow: Klietocznyje jady (citotoksyny). Ruskij archiw patologii, kliniczeskoj mediciny i bakteriologii. T. XI. 1901. Buchner: Zur Kenntniss der Alexine, sowie der specifisch-bactericiden und specifisch-hämolytischen Wirkungen. Münchener med. Woch. 1900 Nr. 27. Savtschenko: Role des immunisines (philocytases) dans le phenomène de la phagocytose. Archives russes de pathologie, de médecine clinique et de bactériologie Ref. w Journal de physiologie et pathologie génerale. 1901. Nr. 6 p. 1066. Nolf: Le mécanisme de la globulolyse. Annales de l'Inst. Pasteur 1900 Nr. 10 p. 656. Bordet: Les sérums hémolytiques, leur antitoxines et les théories des sérums cytolytiques. Ann. de l'Inst. Pasteur 1900 Nr. 5. Pfeiffer: Zeitschrift f. Hygiene T. XVIII, XIX. Radziewsky: Untersuchungen zur Theorie der bacteriellen Infection. Zeitschr. f. Hygiene T. XXXVII 1901. Ehrlich u. Morgenroth: Zur Theorie der Lysinwirkung. Berliner klinische Wochenschrift 1899 Nr. 1. Ueber Haemolisyne. Berliner klinische Woch. 1899 Nr. 22, 1900 Nr. 21, 31., 1901 Nr. 10, Nr. 21. v. Dungern: Globulicide Wirkungen des thierischen Organismus. Münchener med. Woch. 1899, Nr. Nr. 13, 14. London: Hémolysines. Archives des sciences biologiques de St. Pétersbourg. 1900—1901. T. VIII. p. 285—325. Ref. w Journal de physiologie et pathologie générale 1901 Nr. 5 p. 853. Bordet: Le mécanisme de l'agglutination. Ann. de l'Inst. Pasteur 1899 Nr. 3. Metschnikoff: Etudes sur la resorption des cellules. Ann. de l'Inst. Pasteur 1899 Nr. 10. Pfeifer u. Marx: Die Bildungsstätte der Choleraschutzstoffe. Zeitschr. f. Hygiene T. 27 1898 p. 272. Bordet: Sur le mode d'action des sérums cytolytiques et sur l'unité de l'alexine dans un même sérum. Ann. de l'Inst. Pasteur 1901. Nr. 5. p. 303. Neisser: Ueber die Vielheit der im normalen Serum vorkommenden Antikörper. Deutsche med. Woch. 1900 Nr. 49. Wassermann: Experimentelle Beiträge zur Kenntniss der natürlichen und künstlichen Immunität. Zeitschr. f. Hygiene T. XXXVII. 1901. Malkoff: Beiträge zur Frage von der Agglutination der rothen Blutkörperchen. Deutsche med. Woch. 1900 Nr. 14 p. 229. Schattenfroh: Ueber specifische Blutveränderungen nach Harninjectionen. Münchener med. Woch. 1901. Nr. 31. Metalnikoff: Ueber hämolytisches Serum durch Blutfütterung. Centralbl. f. Bacteriol. 1901. Nr. 12. Metschnikoff et Besredka: Recherches

sur l'action de l'hémotoxine sur l'homme. Annales de l'Inst. Pasteur 1900 Nr. 6. Besredka: La leucotoxine et son action sur le systeme leucocytaire. Ann. de l'Inst. Pasteur 1900 Nr. 6. Delezenne: Contribution à l'etude des sérums antileucocytaires. Leur action sur la coagulation du sang. C. R. de l'Acad. des Sciences T. CXXX 2/IV 1900 p. 938. Landsteiner: Zur Kenntniss der specifisch auf Blutkörperchen wirkenden Sera. Centralbl. f. Bacter. 1899 p. 546. Moxter: Ueber ein specifisches Immunserum gegen Spermatozoen. Deutsche med. Woch. 1900 Nr. 4. Metalnikoff: Etude sur la spermotoxine. Ann. de l'Inst. Pasteur 1900 Nr. 9. v. Dungern: Specifisches Immunserum gegen Epithel. Münchener med. Woch. 1899 Nr. 38 p. 1228. Delezenne: Sérum antihépatique. C. R. de l'Acad. des Sciences T. CXXXI, 13/VIII 1900 p. 427. Néfédieff: Sérum néphrotoxique. Annales de l'Inst. Pasteur 1901 Nr. 1. Achalme: Recherches sur les propriétés pathogénes de la trypsine et le pouvoir antitryptique du sérum des cobayes neufs et immunisés. Annales de l'Inst. Pasteur 1901 Nr. 10. Bigart et Bernard: Sérum surrénotoxique. C. R. de la Société de Biologie. T. LIII 1901 p. 161. Ref. w Journ. de physiologie et pathologie générale 1901 p. 484. Delezenne: Sérums névrotoxiques. Ann. de l'Inst. Pasteur 1900 Nr. 10 p. 686. Centanni: Das Nervenserum: zerstörendes und schützendes Serum für das Nervensystem. Rif. med. T. IV. Nr. 32, 1900 Ref. Barbacci'ego w Centr. f. allg. Path. 1901 Nr. 8/9. Ascoli: Isoagglutinine und Isolysine menschlicher Blutsera. Münchener med. Woch. 1902. Nr. 31. Maragliano: Sitz. Ber. des X Congr. f. innere Medicin. Leipzig 1892. Ascoli u. Riva: Ueber die Bildungsstätte der Lysine. Münchener med. Wochenschrift. 1901. Nr. 34 Donath und Landsteiner: Ueber antilytische Sera. Wien. klin. Woch. 1901 Nr. 30. Uhlenhuth: Neuer Beitrag zum specifischen Nachweis von Eiereiweis auf biologischen Wege. Deutsche med. Woch. 1900 Nr. 46. Wassermann: Neue Beiträge zur Kenntniss der Eiweisstoffe verschiedener Milcharten. Verein f. innere Medicin in Berlin. Sitz. 2/VII 1900. Deutsche med. Woch. Vereins-Beilage 1900, Nr. 29. Buchner u. Geret: Ueber ein krystallinisches Immunisirungsproduct. Münch. med. Woch. 1901. Nr. 29 Kowarski: Ueber den Nachweis von pflanzlichem Eiweiss auf biologischen Wege. Deutsche med. Woch. 1901. Ref. w Journal de physiol. et path. gén. 1901 Nr. 5 p. 868. Uhlenhuth: Weitere Mittheilungen über die practische Anwendung meiner forensischen Methode zum Nachweis von Menschen- und Thierblut. Deutsche med. Woch. 1901 Nr. 30. Tschistowitsch: Etudes sur l'immunisation contre le sérum d'anguilles. Ann. de l'Inst. Pasteur 1899 p. 406. Kraus: Ueber specifische Niederschläge in Filtraten der Cholera- und Typhusculturen mit Cholera- und Typhusserum. Wien. klin. Woch. 1897 Nr. 18, p. 431. Ueber specifische Reactionen in keimfreien Filtraten aus Cholera-, Typhus- und Pestbouillonculturen, erzeugt durch homologes Serum. Wien. klin. Woch. 1897 No 32 p. 736. Ueber diagnostische Verwerthbarkeit der specifischen Niederschläge. Wien. klin. Woch. 1901 Nr. 29. Bordet et Gengou: Recherches sur la coagulation du sang et les sérums anticoagulants. Ann. de l'Inst. Pasteur 1901 Nr. 3 Morgenroth: Ueber die Antikörper des Labenzyms. Centr. f. Bacteriologie 1899, Bd 26 p. 349. Friedenthal: Ueber einen experimentellen Nachweis von Blutverwandschaft. Arch. f. Anatomie u. Physiol. 1900 p. 494. Ref. w Journal de physiologie et path. gén. 1901. Nr. 1 p. 122. Uhlenhuth: Weitere Mittheilungen ueber meine Methode zum Nachweis von Menschenblut. Deutsche med. Woch. 1901 p. 260. Ziemke: Zur Untersuchung von Menschen- u. Thierblut mit Hilfe eines specifischen Serums. Deutsche med. Woch. 1901. Nr. 26. Weitere Mittheilungen über die Unterscheidung von Menschen- u. Thierblut mit Hilfe eines specifischen Serums. Deutsche med. Woch. 1901 Nr. 42. Szyrokich: Nowy sądowo-lekarski sposób odróżniania krwi ludzkiej od krwi zwierząt, wraz z uwagami co do tego sposobu. Wracz 1901 Nr. 29. Ref. w Przegl. lek. 1901 Nr. 40. Sieradzki: O t. z. hemotoksynach i innych pokrewnych im ciałach, oraz o znaczeniu ich dla medycyny wogóle, a dla medycyny sądowej w szczególności. Przegląd lekarski 1901 Nr. Nr. 25 — 29. Uhlenhuth: Die Untersuchung des Fleisches verschiedener Thiere mit Hilfe specifischer Sera und die practische Anwendung der Methode in der Fleischbeschau. Deutsche med. Woch. 1901 Nr. 45. Camus et Pagniez: Action globulicide des urines. Hémoglobinurie d'origine urinaire. Journal de physiologie et path. gén. 1901 Nr. 4. Korczyński L.: Rozwój i obecne stanowisko organoterapii. Przegląd lekarski 1901. Nr. Nr. 16, 17, 21, 22, 23, 30, 31, 32, 37, 38, 39. Contacuzène: Sur les variations qualitatives des globules rouges provoquées chez le lapin par les injections de sérum hémolytique. Ann. de l'Inst. Pasteur 1900 Nr. 6. Lucatello: Ueber den hämatopoetischen Werth specieller Hämolysine. Gaz. degli Osped. 1900. Nr. 105. Ref. Barbacci'ego w Centralbl. f. allg. Pathol. 1901 Nr. 8/9 p. 372. Miecznikow: Sowremiennoje sostojanie woprosa o starczeskoj atrofii. Ruskij archiw patołogii, kliniczeskoj mediciny, bakteriologii 1899. Wassermann: Ueber neue Versuche auf dem Gebiete der Serumtherapie. Deutsche med. Woch. 1900 Nr. 18.

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. lwowskiego Prof. Dra Marsa.

Ciąża, poród i połóg u osób obarczonych wadą serca.

Skreślił
Dr. Rudolf Brejter,
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Daleki jednak jestem od tego, by odnosić zwiększenie granic opukowych serca li tylko do przybliżenia go do klatki piersiowej; najlepszym tego dowodem jest zwiększenie stłumienia, utrzymujące się przez dłuższy czas po porodzie, w połogu. Musimy zatem przyznać, iż oprócz apresyi mamy do czynienia z przerostem lub z rozszerzeniem serca. Zwolennicy teoryi przerostu serca zwracają uwagę na zwiększone opory w krążeniu podczas ciąży, a zatem na zwiększoną pracę serca. Czy praca serca podczas ciąży jest tak wielką, by przewyższając jego siły fizyologiczne, wywoływała przerost ekscentryczny, jak niektórzy autorowie twierdzą?.... Zastanawiając się nad pracą serca w ogóle w warunkach fizyologicznych, przyznać musimy, iż waha się ona w bardzo szerokich granicach; — zależy to od wielu bodźców, działających od zewnątrz i wewnątrz. O prawidłowej wielkości pracy serca, jako wartości bezwzględnej, mówić nie możemy; najwyżej o niedającem się bliżej oznaczyć *maximum* i *minimum* siły serca.

I w tej sferze fizyologicznej serce zdrowe pracując niezmienia jakościowo i ilościowo swych pierwiastków komórkowych; — jestto sfera fizyologicznego przystosowania się serca. Fritsch porównuje zdolność tego przystosowania się mięśnia sercowego i układu krwionośnego do warunków w granicach fizyologicznych — z akomodacyą oka. Że zaś granice przystosowania się zdrowego mięśnia sercowego są bardzo rozległe i że mięsień zdrowy pokonywać może olbrzymie przeszkody przez długi czas, poucza nas o tem doświadczenie z życia codziennego, — a Cohnheim, mówiąc o sferze przystosowywania się zdrowego mięśnia powiada: „.... vielmehr ist seine Leistungsfähigkeit, seine contractile Kraft so gross, dass auf der einen Seite ein ansehnliches Quantum davon wegfallen kann, ohne dass deshalb die gewöhnlichen mittleren Anforderungen authörten, erfüllt zu werden, und auf der anderen die Ansprüche in höchstem Grade gesteigert werden können, ohne jene zu übersteigen. Und das nicht blos auf kurze Zeit, sondern noch mehr...."

Gdzie zaś ta granica leży, tego oznaczyć nie jesteśmy w możności; — w każdym razie jednak zostaje przekroczoną, gdy czynniki pobudzające akcyę serca zaczynają być szkodliwymi dla ustroju, — kiedy wymagania od mięśnia sercowego przekraczają jego siły fizyologiczne.

Tego zaś o ciąży, jako akcie czysto fizyologicznym, powiedzieć nie możemy. Z chwilą bowiem, gdy mięsień sercowy musi zużywać maximum swej siły zapasowej, względnie przekracza możliwą granicę przystosowania się fizyologicznego, z tą chwilą szuka pomocy w przeroście; istnienia zaś fizyologicznego choćby nieznacznego przerostu serca podczas ciąży fizyologicznej — trudno przypuścić, — jak również i pracę, która powoduje przerost serca, nie można uznać za odpowiednią dla ustroju. Schayer również jest zdania: „.... dass trotz Zunahme der Arbeit ein gesundes

Herz so viel Reservekraft besitz, um ohne zu hypertrophiren, allen diesen Anforderungen gerecht zu werden".

Nie ulega wątpliwości, iż serce podczas ciąży wykonuje większą pracę, niż w warunkach zwykłych. Praca ta pochodzi ze zmniejszonej rozszerzalności klatki piersiowej i z utrudnionej rozszerzalności płuc. Tę pracę musi zwalczać wyłącznie prawy przedsionek serca. Co się tyczy pracy lewego przedsionka, to ta z jednej strony o tyle jest zwiększoną, o ile większą ilość krwi pomieścić musi w pojedynczym skurczu i wypchnąć ją do naczyń; — z drugiej zaś jest zmniejszoną o tyle, o ile ubywa jej oporów w obiegu krwi skutkiem rozszerzenia i zwiększenia ilości naczyń, łączących układ tętniczy z żylnym. Według bowiem badań Lahsa, opartych na doświadczeniu hidrodynamicznem Volkmanna, opory w rurach połączonych, jakie ciecz przepływająca przezwycięża, zostają zmniejszone, jeżeli wstawimy drugą, lub więcej rur łączących naczynia, pod warunkiem, iż światła naczyń do- i odprowadzających zostają niezmienione. Sądzić by zatem należało na mocy tego doświadczenia, że macica ciężarna, jako układ rur ubocznych (kolateralnych) i anastomoza pomiędzy układem naczyń tętniczych i żylnych nieutrudnia obiegu krwi, lecz go ułatwia. Zachodzi jednak bardzo ważna okoliczność, t. j., że ilość krwi podczas ciąży się zwiększa; skutek tego jasny, iż serce musi podczas pojedynczych skurczów i rozkurczów — większą ilość krwi pomieścić i wyrzucić do naczyń. Skoro zaś szybkość tętna podczas ciąży się nie zwiększa, musimy przyjąć, iż serce pokonuje tę pracę kosztem zwiększonej pojemności, czyli że występuje rozszerzenie serca. Zastanawiając się zatem nad pracą przedsionków serca, przychodzimy do przekonania, iż nieporównanie większa część pracy przypada w udziale prawemu przedsionkowi serca, a nie — jak autorowie twierdzą — lewemu, a jeśliby miał występować przerost, to przedewszystkiem dotyczyłby prawego przedsionka. Fritsch wystąpił przeciw twierdzeniu Lahsa, motywując swe zapatrywanie następującymi punktami: 1) krew, przepływając przez naczynia włosowate, wpada do naczyń, w których jest ciśnienie dodatnie; 2) w macicy istnieje według badań Schatza stałe ciśnienie, które jest większe od ciśnienia w jamie brzusznej; 3) długość naczyń w macicy i ich przebieg nadzwyczaj pokręcony; — wszystko to przyczynia się do zwiększenia oporów, dlatego też, według jego zdania, doświadczenie Volkmanna nie może mieć tu swego zastosowania.

Zdaje mi się jednak, iż powyższe punkta nie zmieniają zupełnie stanu rzeczy; nie ulega wątpliwości, iż doświadczenia Volkmanna nie można zastosować z całą dokładnością wprost na tkanki żywe, które pozostają pod wpływem zdolności regulacyjnej narządu nerwowego i że dane, powyżej przytoczone, są wielkiej wagi; w zasadzie jednak na zastosowanie tego prawa fizycznego do macicy ciężarnej zgodzićby się należało.

Jeśli teraz dokładnie zastanowimy się nad wszystkimi objawami przysłuchowymi w sercu podczas ciąży i połogu, jakoto: nad szmerami przypadkowymi *(accidentell)* t. z. *bruit de souffle,* nad zanikaniem pierwszego tonu, o którym Fritsch wspomina, iż po podaniu naparstnicy staje się znowu słyszalnym, to musimy przyznać, iż są to objawy względnej niedomykalności zastawek, polegającej na rozszerzeniu serca.

Dalej jeśli weźmiemy na uwagę tak często występującą u ciężarnych w stanie fizyologicznym sinicę, tak łatwo powstające u nich obrzęki, musimy przyjść do przekonania, iż serce zdrowe, jeśliby miało przerastać, z pewnością dałoby sobie radę i przerost serca nie dopuściłby do objawów niedomogi. Gdybyśmy nawet przyjęli, że serce zdrowe niemogąc sobie dać rady z wymaganiami podczas ciąży, przerastać musi, to wnioskując z tego, musielibyśmy dojść do przekonania, iż u każdej ciężarnej z wadą serca, gdzie to serce już przerosło, by podołać wymaganiom codziennem i gdzie zakres jego przystosowania się jest znacznie mniejszy, musielibyśmy się u każdej takiej chorej podczas ciąży obawiać groźnych objawów niedomogi. Tymczasem doświadczenie nas poucza, iż 60 do 70% ciężarnych z wadami serca rodzi na czasie, prawidłowo, zupełnie bez żadnych zaburzeń ze strony serca, a w większej części tych ciężarnych wada, nie zdradzając się na zewnątrz, uchodzi niespostrzeżenie uwadze lekarza.

Praca zatem lewego przedsionka serca, jak wspomniałem wyżej, jest o tyle zwiększoną, o ile musi on przyjąć i wyrzucić z siebie większą ilość krwi podczas każdego skurczu i rozkurczu; — jeśli teraz zwrócimy baczniejszą uwagę na zdolność regulacyjną naczyń i na doświadczenia, które nas pouczają, iż ilość krwi może być znacznie zwiększoną, a mimo to nie wywoła żadnych zaburzeń ogólnych, to przyznać musimy, iż do tej stosunkowo mało zwiększonej ilości krwi serce potrafi się znakomicie przystosować, a praca jego będzie nieznacznie zwiększoną; dla pokonania zaś jej nietylko nie potrzebuje przerastać, lecz nawet bez znaczniejszych wysiłków radę sobie dać może.

Największą pracę wykonuje serce podczas porodu. Schlayer rozróżnia trzy najważniejsze czynniki, mające wpływ na serce: 1) bóle parte, podczas których ciśnienie krwi waha się w szerokich granicach wskutek skurczów macicy z następowem zwężeniem światła naczyń krwionośnych; 2) psychiczne i odruchowe działanie bólów porodowych; 3) opróżnienie kanału rodnego przez wystąpienie płodu na zewnątrz.

Nie ulega wątpliwości, że podczas skurczu macicy parcie krwi się podnosi w miarę jego siły, w czasie zaś pomiędzy bólami spada do *minimum.* Po pęknięciu pęcherza również parcie krwi znacznie się obniża, stosownie do rozdęcia macicy, względnie do ilości wód płodowych, by po pewnym czasie, skoro macica się skurczy, znowu wznieść się do dawnej wysokości.

Podczas przerzynania się główki dochodzi parcie do *maximum*; w miarę występowania płodu spada coraz niżej; po urodzeniu się płodu i następowem skurczeniu się macicy nieznacznie się podnosi, by znowu po odejściu łożyska do *minimum* się obniżyć. W tym względzie bardzo dokładnie przedstawiają się wszystkie wahania ciśnień krwi na krzywych, wykonanych przez Fellnera w klinice profesora Schauty za pomocą tonometru Gärtnera.

Wiesner przy użyciu innego przyrządu doszedł prawie do tych samych wyników. Co się tyczy parcia krwi podczas ciąży, to ono podług Fellnera nie istnieje, względnie jest bardzo nieznacznie zwiększone; według Wiesnera stale zwiększone.

Czynnik trzeci dał powód do powstania dwóch sobie wręcz przeciwnych hipotez, które do dnia dzisiejszego nie

są rozstrzygnięte. Spiegelberg twierdzi, iż tuż po porodzie praca prawego przedsionka serca znacznie wzrasta z powodu przekrwienia w płucach i wogóle w naczyniach krwionośnych klatki piersiowej.

Fritsch wystąpił przeciw temu zapatrywaniu sądząc, iż do prawego przedsionka serca przypływa za mało krwi. Z powodu bowiem zmniejszonego ciśnienia w jamie brzusznej, jako następstwa opróżnienia się macicy, krew nagromadza się w dużych żyłach brzusznych; dowodem czego jest małe, niedokrewne tętno tuż po porodzie. Löhlein i Schlayer skłaniają się do przejęcia zapatrywania Spiegelberga, tłómacząc istnienie niedokrewnego tuż po porodzie tętna w następujący sposób: wskutek nagromadzenia się wielkiej ilości krwi w prawym przedsionku serca akcya jego staje się nieregularną, powierzchowną, w następstwie czego mniejsza ilość krwi przepływa do przedsionka lewego i aorty, tętno staje się małem, nieregularnem.

Löhlein zwraca jeszcze bardzo słusznie uwagę, że gdyby małe niedokrewne tętno tuż po porodzie w rzeczywistości było wyrazem niedokrewności prawego przedsionka serca, wówczas cokolwiek znaczniejsze krwawienie musiałoby być śmiertelne dla położnicy z wadą serca; — doświadczenie zaś poucza, iż właśnie takie położnice znakomicie znoszą nawet znaczne utraty krwi. Zapatrywanie Spiegelberga podziela większa część autorów, jak: Ballantyne (*Centralblatt f. Gyn.* 1889), Berry-Hart, Jones (*Centralblatt für Gyn.* 1890), Jaccoud (*Gazètte des hôp.* 1887), Löhlein, Schlayer i wielu innych. Łatwiej do przekonania trafiającą zdaje się być hipoteza Spiegelberga. Dla wytłómaczenia jej jednak chcę zwrócić uwagę na jedną jeszcze okoliczność, z którą się nigdzie nie spotkałem, a która zdaje mi się niepoślednią również odgrywa rolę w powstawaniu warunków w myśl Spiegelberga. Podczas parcia rodzącej odpływ krwi żylnej z naczyń obwodowych zostaje utrudniony, czego dowodem są porozszerzane silnie żyły na szyi i twarzy; nie ulega zatem wątpliwości, iż ten sam stan powstaje i w dużych zatokach żylnych mózgu. Po ustąpieniu bólu partego krew ta w zwiększonej ilości spływa do przedsionka prawego. Podczas ukazywania się główki w sromie występują raz po raz bóle parte i to coraz silniejsze; — zatem żylne naczynia obwodowe tembardziej zostają rozdęte; w chwili zaś wystąpienia płodu, a tem samem powstania zwiększonej akcyi ssącej przepony, krew w większej ilości dąży ku sercu, do prawego przedsionka. Równocześnie jednak znacznie opada ciśnienie w jamie brzusznej i chociaż przepona w miarę obniżania się dna macicy również się obniża i działa jako pompa ssąca, to pomimo tego ilość krwi, wciągana do naczyń klatki piersiowej z naczyń jamy brzusznej, jest prawdopodobnie mniejszą, niż w warunkach przed urodzeniem się płodu, gdyż odpada zupełnie, a przynajmniej zostaje do *minimum* zredukowane działanie tłoczni brzusznej. Suma jednak tych ilości krwi, t. j. z naczyń obwodowych i z jamy brzusznej, wystarcza, by stworzyć warunki, zawarte w hipotezie Spiegelberga. Dowodem zaś, iż krew z naczyń obwodowych i głowy ustępuje, jest blade i niedokrewne wejrzenie położnic, występujące w parę chwil po porodzie.

Löhlein i Schlayer, tłómacząc hipotezę Spiegelberga, przypisują nagromadzenie się krwi w prawym przedsionku serca li tylko działaniu ssącemu przepony; — trudno jednak przypuścić, by przepona sama mogła wykonać znacznie większą pracę, niż w warunkach zwykłych wykonuje w połączeniu z tłocznią brzuszną.

Ciśnienie tętnicze tuż po porodzie według Spiegelberga opada; według Fritscha podnosi się; na tablicach zaś Fellnera widoczny jest znaczny spadek ciśnienia poniżej normy. Stan ten trwa jednak chwilę; po kilku bowiem silnych skurczach ciśnienie się wzmaga; — w każdym jednak razie pozostaje bardzo nizkiem. Macica wprawdzie się skurczyła i wielka ilość naczyń anastomotycznych, ułatwiających obieg krwi, została uciśnięta, część pewna pozostała. Z drugiej jednak strony musimy się liczyć z tem, iż ciśnienie śródmaciczne, które według Fritscha tak znaczne stawia przeszkody obiegowi krwi, — ubyło. Ilość krwi w ustroju również się zmniejszyła, — w każdym jednak razie pozostaje jeszcze w zwiększonej ilości. Teraz następuje czynnik, na który autorowie zupełnie uwagi nie zwracają, a zdaje mi się, iż odgrywa on wielką rolę i wywiera wielki wpływ na ciśnienie tętnicze. Niedługo po porodzie występują obfite poty, ilość wydzielonego moczu się zwiększa, ustrój usuwa z siebie nadmiar wody, ilość krwi się zmniejsza, równocześnie krew staje się bardziej prawidłową, praca serca jeszcze bardziej maleje.

Streszczając się, musimy przyjść do przekonania, iż przeciętna z wahań ciśnienia krwi po porodzie będzie u tego samego osobnika niższą od przeciętnej wahań w warunkach przed zajściem w ciążę, czyli innemi słowy: ciśnienie krwi po porodzie spada poniżej normy. W miarę zaś zmniejszania się macicy w połogu, a zatem i zaciskania dróg ubocznych, ułatwiających obieg krwi, parcie krwi nieznacznie i stopniowo się podnosi, by z chwilą ukończenia fizyologicznego połogu, względnie zupełnego zwinięcia się macicy, dojść do wysokości tej, jaka była przed zajściem w ciążę. Jest to okres fizyologicznego wypoczynku serca.

Nad charakterystycznem zwolnieniem tętna w połogu, które nawiasem mówiąc rzadko kiedy wybitnie występuje nie będę się zastanawiał, — gdyż prace, podjęte w tym kierunku w naszej klinice są w pełnym toku i będą niebawem ogłoszone. Wyników zatem uprzedzać nie chcę. (C. d. n.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. P. G. Unna. **Terapia ogólna chorób skóry.** Z upoważnieniem autora przełożyli b. asystent kliniki derm. Uniw. Warsz. Dr. Józef Grabowski i Dr. Henryk Żukowski.

Ocena powyższej pracy Unny, która stanowi część składową dzieła, wydanego przez Eulenburga i Samuela „Lehrbuch der allgemeinen Therapie und der therapeutischen Methodik", byłoby dzisiaj nie na czasie, o ile dostało jej się w udziale już dosyć dawno bardzo chwalebne omówienie ze strony dermatologów niemieckich i francuskich. I słusznie. Unna wypełnił bowiem pierwszy dotkliwy brak dotychczasowy streszczonego podręcznika w zakresie ogólnej terapii chorób skórnych i wywiązał się z tego zadania znakomicie. Wprowadził do swego dziełka przedewszystkiem pierwiastek krytyczny i dał mu jako podwalinę znakomitą znajomość fizyologii, anatomii patologicznej i farmakologii lekarskiej. To też niemała zasługa przypada w udziale pp. tłómaczom, Drowi Grabowskiemu i Drowi Żukowskiemu, że przyswoili tę pracę piśmiennictwu naszemu w formie bardzo udatnej, jasnej i — co bardzo ważne, pod względem językowym czystej. W powyższem opracowaniu zajmie to dziełko

nietylko każdego specyalistę, ale również i każdego lekarza praktycznego, który znajdzie w niem wyjaśnienie ważnych wskazań leczniczych w zakresie wielu chorób skórnych, najczęściej w praktyce napotykanych. Wyłączną już zasługą tłómaczów jest dodanie szeregu recept, wyjętych z podręcznika Leistikowa, a uzupełniających bardzo dokładnie tekst dziełka, w myśl autora.

Terminologia polska nie została zupełnie dostatecznie uwzględniona; pp. tłómacze posługują się głównie słownictwem łacińskiem, nie chcąc może używać wyrazów niezupełnie jeszcze utrwalonych, lub tworzyć wyrazów nowych, któreby musiały dopiero wywalczyć sobie prawo obywatelstwa. Spodziewać się należy, że pojawienie się polskiego Słownika lekarskiego w najbliższej przyszłości ułatwi pp. tłómaczom znacznie następne wydanie. *W. R.*

V. Wyciągi.

Docent Weismayr. **O gruźliczem krwiopluciu i jego leczeniu.** (*Wiener klinische Rundschau* Nr. 16, 1902) Anatomiczną podstawą dla krwotoków płucnych, jako objawu jamy gruźliczej, jest według Rokitanskyego — pęknięcie większego lub mniejszego naczynia krwionośnego, bądź to skutkiem nadżarcia gałązki tętnicy płucnej, bądź też skutkiem ogólnej miażdżycy tętnic, lub wreszcie z powodu ucisku gruzełków swoistych na naczynia. W przypadkach, w których plwocina wykazuje słabe zaledwie żyłki lub punkciki krwawe, należy wprawdzie przyjąć krwotoki z naczyń włosowatych, atoli z wielkiem zastrzeżeniem: trzeba sobie bowiem uprzytomnić, że i obfity krwotok z większego naczynia może się w ten sposób rozpocząć. Rzadko bardzo zdarza się, by źródłem krwotoków były tętnice gruczołów oskrzelowych (Langhans), lub żyły płucne; — a co się tyczy krwotoków zastoinowych (serce), to badanie serca i uwzględnienie ogólnego narządu krążenia sprawę natychmiast wyjaśni. Nadmienić wypada, że oznaczenie pochodzenia krwotoków z barwy krwi (ciemna krew żylna, a jasna tętnicza) nie wytrzymuje krytyki, albowiem, jak to Naegelsbach wykazał, krew jest tem jaśniejsza, im więcej zawiera pęcherzyków powietrza. Obok głównych przyczyn krwotoków mają także odgrywać niepoślednią rolę czynniki usposabiające, a w szczególności wpływy atmosferyczne. I tak Rohden obwinia pod tym względem nagłe powiększenie się wilgoci powietrza; Dettweiler nadmierną i długo trwającą spiekotę letnią; Van Ryn zauważył, że w okresach znacznego spadku barometru pojawia się więcej przypadków krwawień i t. d.; autor jednak, kierujący uzdrowiskiem dla chorych piersiowych „Alland", nie stwierdził żadnego związku między zmianami atmosferycznemi a krwotokami płucnymi. Z wielkim wreszcie sceptycyzmem należy przyjąć krwotoki płucne t. zw. zastępcze (Koranyi, Cornet), lub też pochodzenia urazowego. Między nasileniem choroby a częstością krwotoków nie można było wykazać jakiegoś stosunku, najczęściej wydarzają się krwotoki w pierwszym okresie, również często w okresie rozpadu (G. Sée), aczkolwiek, jak to v. Noorden wyraźnie zaznacza, w żadnym okresie gruźlicy płuc nie można wykluczyć pojawienia się krwotoków. Śmiertelne krwotoki występują rzadko: Brehmer widział 16 przypadków na 14.000 chorych; Wolf 3 na 1200 i t. d.; okrągło można liczyć 0·15%.

Wpływ krwotoków na ogólny stan chorego, w szczególności na narząd oddechowy, na rokowanie, na rozpoznanie różniczkowe (krwawienie z nosa, żołądka i t. d.) pomija sprawozdawca, jako rzeczy powszechnie znane, a przechodzi wprost do leczenia. W pierwszym rzędzie należy przedewszystkiem wyszczególnić postępowanie zapobiegawcze: każdego chorego, u którego stwierdzi się po kaszlu bodaj lekko zabarwioną plwocinę, należy położyć do łóżka, zalecić zupełny spokój fizyczny i umysłowy, dyetę płynną, nie drażniącą, a jeśli potrzeba zachodzi — środek narkotyczny dla uśmierzenia kaszlu (morfina, kodeina, heroina); — trzeba bowiem zawsze pamiętać, że najmniejsze ślady krwi mogą pochodzić z wielkich naczyń i być zwiastunem znacznych krwotoków. Jeśli krwawienie było znaczniejsze, lub pomimo powyższych zabiegów wzrasta, wówczas zachodzą nadto dwa wskazania: zatamowanie krwotoku (przez zmniejszenie parcia krwi w małem krążeniu) i postaranie się o wykrztuszenie nagromadzonej w płucach krwi (pobudzenie do kaszlu) — zabiegi, które na pierwszy rzut oka zdają się być z sobą w sprzeczności.

Do spełnienia pierwszego wskazania służy pojedynczy a znakomicie działający środek, dający się wszędzie zastosować, t. j. odsznurowanie kończyn: zakłada się na jedną kończynę dolną zwykłą chustkę lub opaskę kalikotową, następnie na drugą, a jeśli zachodzi potrzeba i na kończyny górne. Ucisk ma być średnio-silny, by jedynie tamował odpływ krwi żylnej, a nie uciskał tętnic, — chory ma niejako krwawić do kończyn. W ten sposób udawało się autorowi prawie we wszystkich podobnych przypadkach krwotok opanować, przyczem zaznacza, że zdejmować należy opaski zwolna i stopniowo, by nagle parcia krwi nie wzmożyć. Również korzystny wpływ wywiera worek lodowy na okolicę serca, połykanie zaś pigułek lodowych mniej dobrze działa; co się tyczy podawania morfiny lub innych narkotyków, to Weissmayr zgadza się zupełnie z zapatrywaniem Gluzińskiego, by powyższe środki (morfina) stosować jedynie w krwotokach mniejszego stopnia. Prawie bez skutku pozostają leki tamujące krew, jak sporysz, kwas garbnikowy, octan ołowiowy, półtorachlorek żelaza, styptycyna, *hydrastis canad.* i t. d.; — natomiast znakomicie działa olejek terpentynowy, 8 kropel 5—6 razy dziennie na cukrze (G. Sée, Koranyi) i terpinol w ilości dwóch kropel w wodzie, co dwie godziny (Janowski). W ostatnich czasach zaczęto stosować podskórne wstrzykiwania żelatyny: — czy się ten sposób utrzyma, wątpić należy, zwłaszcza, że Kuhn ogłosił przypadek, w którym po żelatynie wystąpił tężec, pociągając za sobą zejście śmiertelne.

Drugie wskazanie, t. j. usunięcie nagromadzonej w płucach krwi, przyjdzie tylko wyjątkowo spełnić w przypadkach, w których zagraża uduszenie; — w takich razach dobrze działają wino (szampan), pobudzenie do głębokich oddechów, środki wykrztuśne, a nawet wymiotne.

Baczną uwagę zwrócić należy na sposób życia: zalecić zimne mleko, wzbronione są stałe i ciepłe pokarmy, napoje wyskokowe, kawa i herbata; zaparcie stolca usunąć wlewaniami. Dopiero skoro w plwocinie niema śladów krwi, można przejść zwolna do stałych pokarmów; — jeśli plwocina co najmniej przez trzy dni nie jest zabarwiona, można pozwolić choremu przechadzać się. W końcu zaznaczyć trzeba, że postępowanie lecznicze w okresie zdrowienia ma polegać na uzupełnieniu utraconej krwi. *Dr. Pisek* (Podgórze).

Dr. Adler: **O wytwarzaniu „energietyków" przez ustrój.** (*Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 14, 1902). Zgodnie z hipotezą intoksykacyi, gruczoł tarczykowy zobojętnia wytwory trujące w ustroju, przyczem, jeżeli czyni to w stopniu niedostatecznym, to powstają objawy obrzęku śluzakowego (*myxoedema*), jeżeli zaś pracuje nadmiernie, to powstaje choroba Basedowa. Hipotezę tę należałoby porzucić, gdyż nie tłómaczy ona dostatecznie wszystkich objawów obrzęku śluzakowego. Co najmniej trzebaby było przyjąć, jak to czyni Buschan, że gruczoł tarczykowy prócz neutralizacyi substancyi trujących ma za zadanie: bronić mózg od zbyt silnych wahań w krążeniu, regulować wytwarzanie się tłuszczu i wpływać na wzrost kości. Przeciwko odtruwającemu (niszczącemu wytwory trujące) przeznaczeniu gruczołu tarczykowego przemawia to, że ustrój, chcąc się pozbyć szkodliwych substancyj, nie wprowadzałby ich do ogólnego krążenia, a dalej to, że nieprawdopodobnem jest, aby nadmiar odtrutki sprowadzał ciężkie przypadłości nerwowe (np. surowica przeciwbłonicza jest zupełnie nieszkodliwą dla ustroju zdrowego nawet w większych ilościach). Zdaniem Adlera gruczoł tarczykowy wydziela jakąś substancyę niezbędną dla ustroju, zwłaszcza dla układu nerwowego. Substancya ta działa na komórki nerwowe podniecająco. Chorobliwe zwiększenie tego wpływu powoduje chorobę Basedowa, zniesienie zaś — obrzęk śluzakowy (względnie kretynizm). Rzeczywiście w chorobie Basedowa widzimy wzmożoną energię w zakresie czynności psychicznych, ruchowych, naczynioruchowych i wydzielniczych, gdy tymczasem w obrzęku śluzakowym stwierdzamy upośledzenie energii w tych zakresach, jak również zmiany odżywcze i obniżenie przemiany materyi. W ustroju ludzkim znamy przecież wydzieliny działające na energię życiową (np. spermina, wydzielina przysadki mózgowej (*hypophysis*), gruczołów płciowych), a zatem gruczoł tarczykowy w znaczeniu swem nie jest odosobniony. W gruczołach z wewnętrznem wydzielaniem ustrój wytwarza szereg substancyj, które mogą być nazwane „energietykami", dzięki swej własności pobudzania energii życiowej komórek.

Z. Czaplicki.

E. Fraenkel. **Szpik kostny i choroby zakaźne.** (*Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 14, 1902). W pracy tej Fraenkel polemizuje z Wassermannem, który utrzymuje, że w szeregu chorób zakaźnych swoiste substancye ochronne, zjawiające się w okresie zdrowienia, tworzą się przeważnie w szpiku kostnym, a zatem w bardzo wielu, nawet najlżejszych zakażeniach, czynniki chorobotwórcze lub ich produkty muszą dostawać się do szpiku. Na podstawie własnych licznych (jeszcze nie ukończonych) badań bakteryologicznych i histologicznych Fraenkel twierdzi: że w wielu chorobach zakaźnych u ludzi można wykazać w szpiku kostnym

obecność drobnoustrojów, wywołujących odpowiednią chorobę; że najczęściej drobnoustroje te można znaleźć w szpiku kręgów, a znacznie już rzadziej w szpiku żeber; co się tyczy kości kończyn, to wymaga to jeszcze badań specyalnych. Stałego stosunku pomiędzy ilościami drobnoustrojów we krwi i w szpiku niema. W zakażeniach miejscowych, jak np. zapalenie otrzewnej, ropówka, gnilne zapalenie oskrzeli, zapalenie ucha środkowego, a zwłaszcza suchoty płucne w szpiku mogą zjawiać się gronkowce i paciorkowce ropne. Zmiany anatomiczne w szpiku kostnym wywołane przez drobnoustroje, polegają na wynaczynionkach, nagromadzeniach barwika wypocinach włóknikowych i ogniskach obumarłych. *Z. Czaplicki.*

Rielander. **Wnikanie alkoholu w skórę w metodzie odkażania rąk ciepłą wodą i alkoholem, na podstawie obrazów mikroskopowych.** (*Zeitschrift f. Geburtshilfe und Gyn.* XLVII, 1902, 1). Na wstępie zaznacza z żalem szef-autora Ahlfeld, że na kongresie w Giessen przeszli do porządku dziennego nad jego doświadczeniami bakteryologicznemi i preparatami drobnowidowymi, mającymi za cel udowodnić, że ręce operatora przy tem postępowaniu dadzą się odkazić i poprzestano na gołosłownem twierdzeniu Döderleina, że jest niepodobieństwem, na które się wszyscy godzą, ręce wyjałowić; Ahlfelda nawet nie zapytano, na czem opiera swe zdanie, lub czem je udowadnia. Musi zatem poprzestać na opublikowaniu swych doświadczeń.

Aby wnikanie alkoholu w skórę, a szczególniej przez cały naskórek i w skórę właściwą (*corium*) wykazać, myto stopę zaraz po amputacyi 5 minut wodą i mydłem, dalszych 5 minut 96% roztworem wyskokowym fuksyny, lub zieleni malachitowej. Preparaty drobnowidowe wykazywały barwik wniknięty, jednak prawdopodobnem jest, że przez czas aż do zrobienia skrawków barwik mógł wniknąć w głąb skóry, uległej już zmianom. Należało więc to wniknięcie wyskoku zabarwionego zaraz utrwalić; wcierano w tym celu w kawałek skóry 1% wyskokowy roztwór sublimatu, wrzucano po wycięciu w siarczek amonu i ustalano w parafinie lub celoidynie: powstawał siarczek rtęciowy, który wnikał w skórę, jednakże z powodu swego żółtego zabarwienia wyraźnego obrazu nie dawał. Dalsze próby robiono z żelązinkiem potasu i azotanem rtęci; powstawał nierozpuszczalny brunatny żelasinek miedzi. Autor robił to na sobie, mianowicie na skórze swego przedramienia bez użycia jakiegokolwiek znieczulenia, by nie psuć obrazu: obmyto skórę wodą i mydłem, wtarto 96% roztwór wyskokowy azotanu srebra, to wszystko po 5 minut, następnie przez 10 minut wcierano 10% żelasinek potasu, wycięto kawał skóry i utrwalono. Czerwonawy osad żelasinku miedzi sięgał aż do tkanki łącznej. Do mieszków włosowych w ten sposób zabarwiony alkohol wchodzi, co się zaś tyczy gruczołów potnych, to wnikanie alkoholu zależnem jest od siły jego wtarcia w skórę; według Häglera w gruczołach potnych drobnoustrojów niema, mała ich tylko ilość w ujściu gruczołu, jednakże i ta zostaje prądem potu wypychana. Wobec tych doświadczeń autor jest zdania, że wielka siła bakteryobójcza wyskoku, wnikanie tegoż głęboko, nawet w głąb skóry, umożebnia zupełne odkażenie rąk po poprzedniem umyciu wodą i mydłem. *B. Żmigród.*

Kancel. **Leczenie operacyjne puchliny brzusznej w marskości wątroby zanikowej.** (*Chirurgija* 1902, t. XI, Nr. 61, styczeń). Do 50 przypadków rękoczynu Talma-Morissona, ogłoszonych w piśmiennictwie, dołącza K. dwa przypadki własne, w których operacya ta została wykonana w celu leczniczym przy puchlinie brzusznej, towarzyszącej zanikowej marskości wątroby. W pierwszym przypadku marskości wątroby, która rozwinęła się prawdopodobnie w następstwie zimnicy kaukazkiej, operacya Talma miała wynik dodatni: w pierwszym okresie po operacyi, gdy nie mogło być jeszcze i mowy o rozwoju krwiobiegu ubocznego, wolny płyn w jamie brzusznej gromadził się tak szybko, że czterokrotnem wypuszczeniem go przez przekłócie w ciągu $1^1/_2$ miesięcy wydobyto 45 litrów cieczy; po upływie zaś tego czasu, gdy się zaznaczył silny rozwój żył podskórnych na brzuchu, puchlina brzuszna zaczęła szybko się zmniejszać i znikła zupełnie w ciągu dwóch tygodni. W drugim przypadku śmierć nastąpiła na ósmy dzień po operacyi wskutek ropnego zapalenia opon mózgowych, jako następstwa wrzodziejącego zapalenia kiszek; rozpoznanie marskości zanikowej wątroby potwierdziła sekcya; otrzewna nie przedstawiała zmian zapalnych. Pomimo zejścia śmiertelnego przypadek ten zasługuje również na szczególną uwagę, sekcya bowiem wykazała szereg nowo powstałych drobnych naczyń krwionośnych między siecią a ścianą brzuszną; na naczynia te należy się zapatrywać, jako na pierwsze wskazówki przyszłego ubocznego krwiobiegu, na powstaniu którego w tem leczeniu właśnie zależało. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Leplat. **Leczenie *Xanthelasma* zapomocą elektrolizy.** (*Die ophtalmologische Klinik* 1902, Nr. 4). Autor leczy *Xanthelasma* zapomocą elektrolizy. Anodę trzyma pacyent w ręku, katodę, zakończoną platynową igłą, wkłówa się po znieczuleniu kokainą w nowotwór. Siła prądu wynosi 2—4 miliamperów. Igiełkę wbija się za każdym razem w inne miejsce. Kilka posiedzeń wystarczy, aby nowotwór znikł. Między leczeniem elektrolitycznem a operacyjnem jest ta zasadnicza różnica, że pierwsze nie pozostawia po sobie blizn, zniekształtniających powieki.

Autor używa elektrolizy wtedy, jeżeli *Xanthelasma* jest tak duże, że po wycięciu powstałyby znaczne blizny; dalej w przypadkach guzkowatych, gdzie większa liczba nowotworów jest rozsiana, wreszcie w przypadkach, gdzie *Xanthelasma* zaczyna się dopiero tworzyć. *Dr. August Dybuś-Jaworski.*

Cohnheim. **Dalsze badania nad erepsyną.** (*Zeitschrift f. physiol. Chem.* Bd. 35, S. 134, 1902 (kwiecień). Dalsze[1]) badania nad erepsyną wykazują, że przy jej działaniu na peptony powstają te same ciała krystaliczne, które otrzymuje się przy trawieniu trypsynowem, lub rozszczepianiu kwasami ciał proteinowych, mianowicie: amoniak, leucyna, tyrozyna, lizyna, histydyna, arginina. Erepsyna rozkłada wszystkie albumozy i peptony, choć nie z jednakową szybkością: antypepton dopiero po upływie 16-tu dni był całkiem rozłożony, a heteroalbumoza jeszcze po czterech tygodniach dawała ślady odczynu biuretowego, podczas gdy pepton pepsynowy, protalbumoza i deuteroalbumoza zostają rozszczepione nader szybko. Nie rozszczepia erepsyna nawet przy działaniu tygodniami ciał białkowatych z końskiego osocza, ani z płynu przesączynowego (*ascites*) człowieka, zarówno w stanie rozpuszczonym, jak i po uprzedniem ich ścięciu; tak samo nie trawi erepsyna witeliny, białka krystalicznego z nasion dyni, kawałka mięsa wołowego, globiny, ciał proteinowych z błony śluzowej kiszek, która erepsynę wytworzyła. Łatwo i szybko natomiast rozszczepia erepsyna sernik mleka krowiego, fakt fizyologicznie interesujący ze względu na oseski, u których to białko może być w ten sposób strawione i bez udziału pepsyny i trypsyny. Łatwo ulega rozszczepieniu protamina, mianowicie siarkan klupeiny, trudniej nieco histon z grasicy. *Szumowski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 14 maja 1902.

Przewodniczący kol. Nowak.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Żydłowicz przedstawia chorego, u którego przed 6 tygodniami wytworzył się koło wędzidełka wrzód miękki, a w kilka dni potem obustronne zapalenie gruczołów pachwinowych. W dwa tygodnie potem wykazać można było chełbotanie na znaczniejszej przestrzeni. Kol. Ż. zastosował u chorego leczenie sposobem Langa; wbił gruby trójgraniec w głąb ropnia, wypuścił ropę, a po dokładnem przepłókaniu zapomocą strzykawki, dostosowanej do trójgrańca, wodą przekroploną i 5% wodą karbolową, wstrzyknął obustronnie — nie jak Lang podaje — 2% roztwór wodny azotanu srebrowego, ale płyn Lugola po 10 gramów do każdego i założył opatrunek wysychający. Po odjęciu opatrunku w kilka dni wypuszczono z ropni ropę, która się zebrała tym razem w małej bardzo ilości i powtórzono cały zabieg. W kilka dni znowu odjęto opatrunek, przyczem stwierdzić można było, że ropa już się nie zebrała, a nacieki, niebolesne zresztą, uległy wessaniu, a dziś pozostały z nich zaledwie ślady. Dodać należy, że przez cały czas choroby chory oddawał się ciężkiemu zajęciu fizycznemu (żołnierz). Metoda ta skraca znacznie czas leczenia pooperacyjnego dymienic, po zwykle bowiem używanem nacięciu dymienic leczenie pooperacyjne trwa 4—6 tygodni; tu całe leczenie trwało zaledwie 10 dni. (*Streszczenie własne*).

Kol. Borzęcki czyni uwagę, że wynik operacyi zależy od charakteru dymienicy. Zaletą metody Langa jest to, że nie ma blizny pooperacyjnej i że chory nie musi leżeć w łóżku.

III Kol. Bossowski przedstawił: 1) dziecko dwuletnie z wrodzonym przerostem języka i 2) dziecko dwuletnie z rozrostem olbrzymim palca wskazującego ręki prawej, przyczem ramię i przedramię miały również obwód większy, aniżeli po stronie lewej. Podczas gdy przerost palca był równomierny, można było stwierdzić na ramieniu i przedramieniu przerost tkanki tłuszczowej.

IV. Kol. Rosner: demonstruje preparat macicy z guzami ropnymi trąbkowymi. Macicę tę wydobyto przez pochwę. Z powodu

[1]) Patrz »Przeglad lekarski« 1902, Nr. 3.

wielkich trudności, wywołanych zrostami guzów i macicy z otoczeniem, przecięto podczas operacyi macicę całkowicie na prawą i lewą połowę i każdą wydobyto z odpowiednim guzem trąbkowym osobno. Przebieg pooperacyjny dobry.

V. Kol. Piotrowski przedstawił i objaśnił preparaty z przypadku ciąży zamacicznej.

VI. Kol. Borzęcki przedstawia kobietę z *periostitis gummosa palati duri*, opatrzoną zatykadłem (obturatorem), przez co głos stracił dźwięk nosowy. Zatykadło wykonał bezinteresownie kol. Łepkowski, za co mu kol. B. składa podziękowanie.

VII. Kol. Horoszkiewicz wygłosił odczyt p. t.: »Nagła śmierć wśród zabiegów operacyjnych ze stanowiska sądowo-lekarskiego«. (Rzecz przeznaczona do druku w »Przegl. lek.«).

Kol. Trzebicky zaznacza, że należy się wdzięczność prelegentowi zarówno za nader skrupulatne zestawienie piśmiennictwa przypadków nagłej śmierci wśród operacyi, jak niemniej i za energiczną obronę chirurgów od wszelkiej odpowiedzialności w tych razach. Co do kilku przytoczonych jednak przypadków zachodzą poważne wątpliwości, czy śmierć była rzeczywiście następstwem t. zw. *status thymicus*, a nie raczej skutkiem zatoru powietrznego, który, jak sam się przekonał, może się wydarzyć i po skaleczeniu żył drobnych, lub nieostrożnem zastosowaniu zbyt wielkich dawek kokainy, tropokokainy i t. p.

Nadto w dyskusyi zabrał głos kol. Gliński i prelegent.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie budowy schroniska na 500 umysłowo-chorych.

(Uchwała krajowej Rady zdrowia według referatu Dra ***Wiktora Opolskiego***, c. k. radcy Rządu).

(Dokończenie).

Jak dalece kraj nasz nie wypełnia swojej powinności pod względem tworzenia zakładów psychiatrycznych wystarczających na potrzeby wskazane faktycznymi stosunkami, wykazują liczby wzięte z *Oesterreichs Wohlfarthseinrichtungen* 1848 — 1898. Tom III.

W r. 1873 leczono w Galicyi detencyjnie 739 umysłowo chorych; w roku zaś 1896 o 28 więcej, to jest 767 chorych. Postęp w tym względzie gdzieindziej był bardzo znaczny. W całej Austryi wyraził się liczbami 5965 w roku 1873, a 12432 w r. 1896. W nadwyżce 6467 chorych, leczonych w nowopowstałych zakładach, znajdują się Czechy z różnicą *in plus* 3162 chorych (w r. 1873 leczono 773 chorych, a w r. 1896 było już pomieszczenie na 3935 chorych); Styrya z różnicą 712 (473 a 1185); Morawy + 583 (696 a 1279); Śląsk + 290 (29 a 319). Reszta przypada na kraje, w których już w r. 1873 miano zakłady, wystarczające na pomieszczenie swoich chorych mniej więcej dostatecznie.

W porównaniu z innymi krajami monarchii o zaniedbaniu się naszego kraju świadczy również stosunek liczbowy mieszkańców do jednego umysłowo-chorego, leczonego w zakładzie. Wskazywał on w r. 1896 liczbę 9168 mieszkańców.

W tym samym czasie w Tryeście jeden chory zakładowy przypadał na 636 mieszkańców.

Inne prowincye cislitawskie wykazywały liczby mieszkańców w granicach od 972 (Przedarulania) do 2597 (Kraina), na które przypadał jeden chory zakładowy.

Galicyi dorównywała w tym względzie, atoli z niższą liczbą, jedna Bukowina.

Rzecz przedstawi się jaśniej, gdy obraz opieki zakładowej uzupełnimy wykazaniem stosunku liczby ogólnej umysłowo chorych do liczby zaludnienia w krajach, pod względem do siebie zbliżonych.

W tym samym roku 1896 w Galicyi przypadał 1 umysłowo chory na 2089 mieszkańców, w Czechach jeden na 1781.

Wziąwszy zatem Czechy z ludnością 5,808.702 mieszkańców (według spisu z r. 1890) za podstawę do wykazania, co Galicya z ludnością 6,554.415 mieszkańców (według tego samego spisu) w tej samej sprawie i w tym samym roku powinna była zrobić, to z zestawienia powyższych przesłanek wynika, że Galicya nie na każde 9168 mieszkańców, jeno na każde 2010 (5808.702 : 1781 = 6,554415 : x), powinna była mieć w zakładach jednego obłąkanego, to jest, że w r. 1896 przy jednakich warunkach zdrowotnych, społecznych i przy jednakowym poziomie moralności publicznej jak w Czechach, Galicya byłaby mogła na podstawie analogicznie pojętej względnej powinności swojej, mieć umieszczonych w zakładach 3261 chorych.

Biorąc zaś miarę porównawczą nie tylko z płynącego z dedukcyi wnioskowania, ale i z faktycznego na statystyce opartego wnioskowania, to ze względu, że w r. 1896 na każde 2089 mieszkańców przypadł w Galicyi jeden umysłowo chory (w Czechach 1 na 648), należało, by każde 9168 mieszkańców oddało do zakładu nie 1 chorego, jeno 4·2 chorych, czyli, że powinno było znaleźć pomoc w zakładach krajowych 3025 chorych (9168 : 4·2 = 6,554·412 : x), a nie 1833. W owym czasie Galicya liczyła 8136 umysłowo chorych (1833 w detencyi + 2643 obłąkanych, przeważnie z formami przewlekłemi na wolności + 3660 umysłowo zniedołężniałych, również rozrzuconych po kraju).

Ten brak należytej opieki u nas nad umysłowo chorymi jeszcze bardziej uwydatnia *Statistik des oesterr. Sanitätswesens* za r. 1896, podając obliczenie odsetkowe chorych, pomieszczonych w zakładach leczniczych i przytuliskach każdego kraju Austryi. W Austryi niższej było umieszczonych 79·3%, a w prywatnej opiece pozostawało 20·8%; w Galicyi natomiast w zakładach 27·2%, w prywatnej opiece 72·8%, Śląsk, Tyrol, Styrya, Morawy idą pośrodkiem w granicach 67·3% — 52·1%, względnie 37·7 — 47·9%. Galicya wyprzedza jednę tylko Istryę z 13% umieszczonych w zakładzie. Porównanie więc Galicyi z innemi prowincyami pod względem rzeczonej opieki wypada bardzo na niekorzyść naszego kraju.

Galicya nie jest zwolniona z obowiązku opieki, np. takiego, jakiemu podołał Tryest, a z uwagi na fakt, że w tej prowincyi na każde 636 mieszkańców w r. 1896 przypadał 1 chory, oddany do zakładu (ze wszystkich prowincyj najkorzystniejszy stosunek) i w uwzględnieniu wyłożonego stanowiska teoretycznego dla tej porównawczej kwestyi, byłaby powinna pomieścić w swoich zakładach na każde 9168 mieszkańców 14·5 chorych, gdyby ich w tym stosunku u nas tyle było.

Ilustracya opieki nad umysłowo chorymi w Galicyi, obrazowo powyżej podana i oparta na danych faktycznych, posiada wprawdzie znaczenie aktualne, nie uprawnia nas jednak do bezwzględnego wymagania, aby nasz ubogi kraj zrobił to, co na tem polu zdziałały inne kraje bogatsze. W każdym jednak razie ujawnia ona boleśnie nasze zaniedbanie w spełnianiu obowiązków altruistycznych, mających zarazem wartość socyologiczną.

Idzie tu o opiekę społeczną nad najnieszczęśliwszymi, z pośród których, przy pomocy odpowiednio zorganizowanych zakładów można uratować jednych chorych dla rodzin i dla społeczeństwa, drugich, będących nieszczęściem dla rodzin, ciężarem dla gmin, uczynić przez umiejętne zajęcie pracą członkami społeczności zakładowej, poniekąd użytecznymi, a przez to wyrównać chociaż w części ofiarę, ponoszoną przez kraj.

W końcu zaznacza Rada zdrowia, że kraj nasz, stojąc pod względem opieki nad obłąkanymi znacznie w tyle poza innymi krajami monarchii, z rozszerzeniem zakładu kulparkowskiego zdziała wprawdzie wiele ku poprawie tego stanu, ale swój obowiązek spełni całkowicie dopiero wtedy, gdy w innej części Galicyi, mianowicie zachodniej, stanie drugi

zakład o układzie pawilonowym dla wszystkich chorych uleczalnych i nieuleczalnych z włączeniem kolonii rolniczej.

Tej potrzeby, niezależnie od rozszerzenia zakładu kulparkowskiego dzisiaj już aktualnej, dowodzą przytoczone w powyższym wywodzie daty o ruchu umysłowo chorych w naszym kraju. Zaznaczyliśmy powyżej, że taki sam ruch odbywa się w wielu innych prowincyach państwa. Tu dodajemy, że w roku 1873 przypadał w Cislitawii 1 umysłowo chory na 1077 mieszkańców, a w roku 1896 liczono 1 na 825. Wogóle wzmógł się w tym okresie ruch, o którym mowa, o 3 chorych na każde 10 tysięcy mieszkańców. Wzmagania się tego ruchu u nas dowodzi i bezmiar następstw nieszczęsnych z pozostawania na wolności tysięcy osób bezwłasnowolnych i niepoczytalnych z powodu schorzenia psychicznego.

W każdym razie Rada zdrowia umie ocenić i uznać zasługi posłów sejmowych w ich postanowieniach, aby dzieło poprawy stosunków opiekuńczych rozpocząć od nadania wprzódy zakładowi, który już istnieje, znamienia instytucyi leczniczej, na któremby bez rozszerzenia i zorganizowania na modłę zakładów wzorowych zawsze mu zbywać musiało.

Stosownie więc do swojego założenia, tudzież wydając żądaną przez Prezydyum c. k. namiestnictwa opinią o planach budowy schroniska dla 500 obłąkanych nieuleczalnych, a spokojnych, c. k. krajowa Rada zdrowia wyraża swoje zdanie i uchwala, jak następuje:

1. W miejsce projektowanej przez Wydział krajowy budowy pawilonów dla umysłowo chorych nieuleczalnych, a spokojnych, zbudować pawilony dla chorych uleczalnych z zastosowaniem planu konstrukcyjnego do potrzeb tych chorych; główny zaś budynek zakładu kulparkowskiego, mieszczącego obecnie wszystkich umysłowo chorych razem, uleczalnych i nieuleczalnych, przeznaczyć na przybytek w zasadzie dla chorych nieuleczalnych.

2. Urządzić już teraz w głównym budynku zakładowym odpowiednie ubikacye ze stałem ich przeznaczeniem do przyjmowania i obserwowania świeżo przybywających chorych spokojnych, a to aż do chwili rozpoznania postaci chorobowej i następnego przydzielenia ich do właściwych oddziałów.

3. Urządzić już teraz w głównym budynku ubikacye oddzielne, w sobie zamknięte, ze stałem ich przeznaczeniem do oddzielania chorych zakaźnych.

4. Zbadać teren pod budowę pawilonów co do wymaganych warunków przy stawianiu budynków sanitarnych.

5. Zabezpieczyć zakładowi kulparkowskiemu dostateczną ilość wody do picia i użytku domowego z innych źródeł, niż teraz, a nie zawodzących pod względem wydatności i pod względem ich zdrowotności.

6. Kompleks zabudowań gospodarskich usunąć jak najrychlej z obecnego miejsca, pomieszczając je z uwzględnieniem panującego kierunku wiatrów w stronie stosowniejszej terytoryum zakładowego, bardziej oddalonej od budynków sanitarnych.

7 *a)* Powiększyć liczbę lekarzy zakładowych już teraz z uwzględnieniem tej okoliczności, że obecny ich stan był przy fundowaniu zakładu dostosowany do normalnej liczby 520 łóżek, od dawna już stale przekroczonej nadwyżką 300 chorych;

b) z otwarciem zaś nowych pawilonów, t. j. z podwyższeniem obecnego stanu chorych o 500 osób, należy w odpowiednim stosunku powiększyć etat lekarzy zakładowych.

8. Przeprowadzić regulacyę stanowiska i bytu lekarzy zakładowych wogóle, szczegółowo zaś przeznaczyć dla nich pomieszkania odpowiednie do ich potrzeb, w budynku z placem ogrodowym, względnie w kilku budynkach, o ile dla przyczyn terytoryalnych wymagać tego będzie sprawa obsługi lekarskiej.

Jeżeliby Wydział krajowy nie znalazł powodu pójść za opinią Rady zdrowia, objętą pierwszym wnioskiem niniejszej uchwały, Rada wnosi o zatwierdzenie planów budowy pawilonów w myśl postanowienia Wydziału krajowego, jednakże pod zastrzeżeniem ścisłego dopełnienia warunków sanitarnych w kierunkach następujących:

a) Zastosować rozkład ubikacyj każdego z pawilonów w oddziale męzkim do liczby 73 łóżek dla chorych, a w oddziale żeńskim do liczby 83 łóżek.

b) Wyłączyć z piętra każdego pawilonu magazyn bielizny czystej i znaleźć na jej skład miejsce w suterenach, wspólne dla obydwu poziomów pawilonu.

c) Urządzić na piętrze łazienki przy umywalni, podobnie jak to jest w parterze.

d) Rozszerzyć sutereny jeszcze o jedną ubikacyę i urządzić w niej kuchenkę do odgrzewania potraw dla chorych całego pawilonu.

e) Wodotrwałą budową murów i podłóg w suterenach przysposobić tam ubikacye do odpowiedniego urządzenia magazynów i izby mieszkalnej dla służby, zatrudnionej w suterenach, jeżeliby pomieszczenie jej w podziemiu pawilonu nieodzownie musiało nastąpić, w którym to razie należy dać suterenom wysokość co najmniej 3·30 m.

f) Przeznaczyć środkową salę piętrową w każdym pawilonie na miejsce dziennego przebywania dla chorych tego poziomu, podobnie jak to jest na parterze.

g) Zarządzić, aby w tych salach, przeznaczonych na pobyt dzienny chorych, cała służba każdego poziomu nocowała na sofach, dających się na legowiska składnie przysposobić.

h) Wyłączyć z wychodków po jednem urządzeniu siedzeniowem, a z uzyskanego miejsca zrobić przedpokój o drzwiach zamykających się na zatrzask, jednych od sali dziennej, a drugich od wychodka.

i) Postawić żądanie, aby postulaty, mieszczące się w uchwale Rady zdrowia, obejmującej wnioski pod liczbami 2, 3, 5, 6, 7 *a)* i 8 zostały ściśle wykonane.

Dr. Opolski, referent.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska.

Protokół z VII. posiedzenia, odbytego dnia 6-go czerwca 1902 r.

Obecni członkowie Izby: ze Lwowa: dr. Edward Festenburg, dr. Władysław Bylicki, dr. Jan Papée, dr. Wilhelm Pisek: z Żółkwi: dr. Karol Muszkiet; z Przemyśla: dr. Zygmunt Smolarski; z Jagielnicy: dr. Ludwik Lutyński; ze Złoczowa: dr. Aleksander Wysocki; z Kołomyi: dr. Władysław Piaskiewicz.

Nieobecni: dr. Lechowski, dr. Eckhardt i dr. Żukowski, z tych pierwszy nieobecność usprawiedliwił.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Prezydent zdaje sprawę z czynności Wydziału od końca grudnia 1901, a mianowicie: Izba przyłączyła się do projektu Izby wiedeńskiej, aby sprawa techników dentystycznych została ustawowo załatwioną w myśl żądań lekarzy. W sprawie używania tytułu »lekarza« przez osoby nieukwalifikowane, poruszonej przez Izbę gospodarczą, przyłączyła się Izba również do akcyi, podjętej przez ostatnią. Następnie zawiadamia prezydent o staraniach Tow. samopomocy lekarzy w Krakowie w sprawie ubezpieczenia lekarzy na starość i wypadek śmierci. Za inicyatywą Izby wschodnio-galicyjskiej odbył się w celu zjednoczenia tej akcyi w Krakowie wiec delegatów obu Izb, Towarzystwa samopomocy i Towarzystw lekarskich. Przebieg i uchwały tego wiecu komunikuje prezydent w streszczeniu. Z kolei zawiadamia o zawiązanem w Wiedniu przez tamtejszych słuchaczy medycyny Towarzystwie, które ma na celu przez odpowiednie odezwy publiczne i ogłoszenia odwieść młodzież, kończącą gimnazya, od poświęcania się studyom lekarskim. Towarzystwo to zwróciło się do Izby z prośbą o rozpowszechnienie jego odezw.

Izba podjęła już fundusz, po dwu rozwiązanych gremiach chirurgicznych; fundusz ten wynosi 2476 koron 56 gr.

Następnie podaje prezydent do wiadomości Izby treść najnowszego okólnika, wydanego przez Ministerstwo spraw wewnętrznych w sprawie odpoczynku niedzielnego w aptekach. Ponieważ Wydział uważał niektóre szczegóły tego okólnika za niemożliwe, a nawet szko-

dliwe w praktyce, zwrócił się osobnem pismem w tej sprawie do ministerstwa.

Z powodu ponownego wydarzenia, że pewien Wydział powiatowy przy ogłoszeniu konkursu na lekarza okręgowego nie przestrzegał warunków ustawą przewidzianych, zwrócił się Wydział Izby do Wydziału krajowego. Wydział Izby wystąpił dwukrotnie przeciw partactwu lekarskiemu.

Sprawozdania prezydenta przyjęto bez dyskusyi do wiadomości.

Na porządku dziennym sprawa zmiany ustawy o Izbach lekarskich. Streściwszy pokrótce koleje tej sprawy od początku, prezydent zawiadamia o obradach komitetu, składającego się z Izb wiedeńskiej, morawskiej, lwowskiej i niższoaustryackiej, który odbył dwa posiedzenia, mianowicie 5 i 25 maja b. r. w Wiedniu. Podstawą obrad był obecnie nowy projekt zmiany ustawy, przedłożony przez Izbę wiedeńską. Gdy główne punkta zmiany ustawy są już członkom wiadome, przeto prezydent poddaje tylko pod dyskusyę paragrafy świeżo przez Izbę wiedeńską wprowadzone. A mianowicie: § 11 proponuje zniesienie przymusu lekarskiego; po krótkiej dyskusyi uchwalono paragraf ten zatrzymać. Następny paragraf projektu wiedeńskiego chce wprowadzić zmianę, by Rada honorowa miała prawo w postępowaniu karnem zawieszać lekarza w wykonywaniu jego praktyki. Ten §. odrzucono w głosowaniu. Również nie przyjęła Izba proponowanego przez projekt wiedeński paragrafu, który ustanawia trybunał honorowy, *(Ehrengerichtshof)*, mający rozstrzygać rekursa od wyroków Rady honorowej. Natomiast uchwalono, by rekursa te rozstrzygała pełna Izba.

Z porządku dziennego zawiadamia prezydent o udzielonych od 1. stycznia b. r. uwolnieniach od opłaty; uwolniono mianowicie 34 lekarzy już to zupełnie, już też częściowo od opłaty za rok 1901 lub 1902. Zapomóg udzielono dwu lekarzom po 150 koron.

Rada honorowa zajmowała się w okresie sprawozdawczym 12. sprawami spornemi, bądź też rozstrzygała w przypadkach zażaleń przez władze lub strony prywatne na lekarzy.

Następnie zawiadamia prezydent, że z dniem 30. czerwca b. r. kończy się urzędowanie obecnej Izby i prosi poszczególnych delegatów, by zechcieli się w swych okręgach zająć urządzeniem zebrań przedwyborczych.

Na porządku dziennym sprawa utworzenia kasy chorych dla lekarzy. Referuje ją dr. Festenburg w nieobecności dra Lechowskiego i oddaję na ten czas przewodnictwo drowi Bylickiemu. Dr. Festenburg przypomina, że projekt ten poruszył Wydział Izby z inicyatywy jego jeszcze przed dwoma laty, wówczas poczynił wstępne przygotowania i zasięgał zdania lekarzy zapomocą rozesłanego do nich formularza. Obecnie, kiedy sprawa ubezpieczenia przymusowego odwleka się z powodu trudności natury materyalnej, Wydział Izby radby choć częściowo odpowiedzieć wymaganiom lekarzy i dać im ubezpieczenie na przypadek choroby. Kasy chorych przy Izbie istnieją w Wiedniu i Bernie; z przysłanych sprawozdań się okazuje, że wcale nieźle się rozwijają. Referent przytacza liczby, jakie wypłacają owe kasy lekarzom w razie choroby i wysokość wkładek przez nich uiszczanych. Na wzór obu kas zamierza Wydział utworzyć kasę przy Izbie lwowskiej, a uzasadniając pożyteczność jej, prosi prezydent 1) o uchwalenie wysokości świadczeń kasy i wkładek i o 2) zasadniczą uchwałę, czy kasę taką założyć. W dyskusyi nad tym tematem zabierali głos dr. Papée, dr. Pisek, dr. Wysocki, dr. Piaskiewicz i dr. Muszkiet. Dr. Pisek proponuje odroczenie tej sprawy i przekazanie jej następnej Izbie. Dr. Papée zaś wnosi ze względu, że przez odroczenie nie zyska się wcale na wyjaśnieniu sprawy i tak już dobrze przetrawionej i znanej, a przez przekazanie następnej Izbie znów niepotrzebnie się ją przewleka, aby Izba uchwaliła zasadniczo utworzenie kasy i poleciła Wydziałowi wprowadzenie jej w życie. W głosowaniu przyjęty został ten wniosek.

Na tem posiedzenie zakończono.

We Lwowie dnia 11 czerwca 1902 r

Dr. Papée. *Dr. Festenburg.*

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 26 czerwca.

* Delegacya Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich uchwaliła zwołać Zjazd następny, t j. X-ty, do Lwowa w r. 1904. Na przewodniczącego Zjazdu zaproszony został prof. E. Machek, na jego zastępcę prof. R. Zuber.

Ponieważ w r. 1903 ma się odbyć międzynarodowy Zjazd w Madrycie, oraz egipski Zjazd w Kairze, co niezawodnie wpłynęłoby niekorzystnie na obesłanie Zjazdu polskiego, postanowiła Delegacya przełożyć pierwotny termin zwołania X-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich z r. 1903 na 1904.

* Odpowiadając na liczne zapytania donosimy, że zapowiedziany w kwietniu kurs feryalny dla lekarzy uzyskał zatwierdzenie ministra oświaty i rozpocznie się w Krakowie 7 lipca b. r. W dniu tym zechcą P. P. uczestnicy kursu zgłosić się do prelegentów w godzinach oznaczonych w programie.

* Namiestnictwo lwowskie wydało rozporządzenie, nakładające na organa podwładne obowiązek donoszenia przynależnej komendzie korpuśnej o wszystkich przypadkach chorób epidemicznych, jednocześnie z doniesieniem do namiestnictwa. Oprócz tych wykazów zalecono wspomnianym organom donosić wojskowości każdego 1-go i 15 go o stanie zdrowia w powiecie, co do chorób zakaźnych; sprawozdania te, redagowane w języku niemieckim, nie mają zawierać wykazów liczbowych, lecz polegać tylko na ogólnych nazwach chorób.

* Ministeryum austryackie zarządziło, ażeby przy wyrobie konserwowanych owoców przestrzegano tych samych przepisów, które obowiązują przy fabrykacyi konserw jarzynowych, t. j. ażeby nie używano przetworów zawierających miedź.

* W Wiedniu ma powstać trzecia klinika chirurgiczna, której kierownikiem zostanie prof. Hochenegg.

* Dziekanem Wydziału lekar. w Uniw. wiedeńskim na przyszły rok szkolny wybrany został prof. E. Ludwig.

* W Bułgaryi wychodziły z końcem roku 1901 trzy czasopisma lekarskie: Napriedak, Spisanje w Sofii i Medicinska Besieda w Widyniu; ten ostatni dziennik, o zakroju popularno-higienicznym, przestał wychodzić, a w miejsce jego założył dr. Nanow nowe czasopismo »Zdrawije«.

* Szósty międzynarodowy Kongres dla hidrologii, klimatologii i geologii zbierze się w Grenoble d. 29 września. Przewodniczącym Komitetu gospodarczego jest dr. Robin z Paryża, sekretarzem generalnym dr. Berlioz z Grenoble.

* Zjazd lekarzy i przyrodników północnych odbędzie się Helsingforsie między 7 a 12 lipca; wezmą w nim udział lekarze skandynawscy i rosyjscy.

* Z Londynu wyruszyła do Ugandy angielska ekspedycya dla badania choroby, zwanej »śpiączką (letarg) negrów«; do ekspedycyi tej należą: dr. Low, dr. Christy i dr. Castellani, znani badacze chorób podzwrotnikowych. Nieuleczalna ta choroba znaną jest oddawna w zachodniej Afryce, ma wiele wspólnego z porażeniem ogólnem; dotąd ulegają jej tylko krajowcy. Według ostatnich wiadomości z Ugandy w jednej miejscowości Busago zmarło na śpiączkę 20.000 osób, a epidemia wciąż się wzmaga.

* W Norymberdze postanowiono założyć przy muzeum niemieckiem gabinet dla historyi medycyny.

* W Berlinie powstaje nowe Stowarzyszenie dla walki z chorobami wenerycznemi, jako trzecią plagą społeczeństwa, obok gruźlicy i alkoholizmu.

* Między 4 a 10 czerwca stwierdzono jeden przypadek ospy we Lwowie. W tymże czasie doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), brodzkim (1 gm.), buczackim (1 gm.), drohobyckim (2 gm.), horodeńskim (2 gm.), jaworowskim (3 gm.), kałuskim (2 gm.), kamioneckim (1 gm.), kołomyjskim (1 gm.), mościskim (1 gm.), nadworniańskim (4 gm.), podhajeckim (1 gm), przemyślańskim (1 gm.), skałackim (2 gm.), stanisławowskim (1 gm.), tarnopolskim (2 gm.), tłumackim (6 gm.), wadowickim (2 gm.), żółkiewskim (1 gm.),

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 99; w tygodniu poprzedzającym 49.

Sprawozdanie biura statystycznego m Krakowa. Tydzień XVIII (1—7—VI). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 8, urodziło się dzieci 64, zmarło osób 54, mianowicie: z gruźlicy 11 (4 zam.), z zapalenia płuc 9 (1 zam.), z błonicy 3 (2 zam.), z krztuśca 1, z płonicy 1, z odry 1.

Mianowania i odznaczenia. Prof. His objął katedrę prof. zwyczajnego medycyny wewnętrznej w Bazylei. Dr Le Dantec mian. został profesorem medycyny egzotycznej w Bordeaux.

Nekrologia. Zmarli. Dr. Skrzeczka, prof. higieny w Berlinie.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 25. Bohdanowicz: Wstrzykiwania modyfikacyjne w leczeniu gruźlicy jądra i przyjądrza. Bregman i Steinhaus: Przypadek limfosarkomatu śródpiersia, przechodzącego do kanału kręgowego.

— *Gazeta lekarska* Nr. 25. Nusbaum: S. p. prof. Feliks Nawrocki (wspomnienie pośmiertne). Ciechomski: Przyczynek do leczenia bliznowatych zwężeń przełyku. Piltz: O znaczeniu rozpoznawczem nieregularności konturów źrenic w przebiegu organicznych chorób nerwowych.

— *Krytyka lekarska* Nr. 6. Lachs: Medycyna i religia. Rostafiński: O trzech książkach lekarskich z XVIII w. tego samego autora. Steinhaus: O znaczeniu ambulatoryów w życiu szpitalnem. Z. Kramsztyk: Ambulatoryum a szpital.

— *Przegląd felczerski* Nr. 12. Tchórznicki: Zabawy i gry dzieci w ogrodzie imienia Rau, urządzone staraniem warsz. Towarz higienicznego (c. d.). A. F.: Choroby weneryczne w stosunku do akuszeryi. R. Biernacki: Cierpienie umysłowe w świetle nauki i w pojęciach ogółu.

— *Kronika lekarska* Nr. 11. E. Flatau: Budowa rdzenia w świetle badań nowożytnych. (c. d.). Podciechowski: Nowy sposób ratowania noworodków, urodzonych w śmierci pozornej.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 6. Legeżyński. Walka z gruźlicą. Lecznice ludowe dla suchotników. Gorecki: Nowa rzeźnia miejska we Lwowie (c. d.).

— *Odczyty kliniczne* Z. 4 i 5. L Bernard: Kryoskopia i jej zastosowanie w klinice. (Przełożył z francuskiego dr. Rzętkowski).

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 5. Dzierżawski. Ropotok zębodołowy.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 25. Jesenský: Bakterielní antagonismus v dutině ústní a jeho význam pro lidský organismus. Kopfstein: Operace při chorobách orgánů močových, provedené v letech 1897 až 1901 ve veřejné všeobecné nemocnici cís, Frant. Jos. I ve Mladé Boleslavi.

— *Sborník klinický* Nr. 5. Thomayer: Doplňky ku klinickému obrazu obrny třesavé. Zahradnický: Amputace vence plecového Haškovec: Sdružené pohyby v křeči pisařské. Kopfstein: Případ vrozeného defektu obou prsních svalů strany levé. Maixner: Poznámky ku paroxysmální tachykardii.

— *Lekarske Rozhledy* Nr. 6. Cíže: Prudká otrava vznikla přikládáním obkladů roztoku sublimatového. Mladějovský. Poznámky k balneotherapii. Helbich: Svobodná volba lékaře u nemocenských pokladen

— *La Presse médicale* Nr. 48. Trémolières: Etyologia wyłysienia (pelade), teorya zębowa Jaqueta. Cathelin Rozdzielacz pęcherza moczowego stopniowany.

— Nr. 49. Lévi: W sprawie surowicy Trunečka. Mahu: Rozkawałkowanie migdałków podniebiennych.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 25. Schmidt: Przyczynek do rozpoznawania zawałów nerkowych. Büdinger: Metoda plastycznego leczenia zniekształtnień powiek. Scheidl: Kazuistyka skaleczeń czaszki. Jauregg: Przyczynek do leczenia endemicznego matołectwa. Harmer: O naczyniakach limfatycznych i krwawych w krtani i o sprawach zapalnych im towarzyszących (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 24. Crämer: Przyczynek do rozpoznawania raka jelita grubego. Scheffer: Objawy mikroskopowe w mięśniu znużonym Ungar: Leczenie krzywicy fosforem. Hüls: Przyczynek do sprawy przenoszenia się gruźlicy bydlęcej na człowieka. Metzner: Przenośny przyrząd Röntgenowski dla użytku lekarzy praktycznych. Galli: O wydolności serca (c. d.). Fleiner O leczeniu wrzodu żołądka (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 24 Cramer: Chorobliwe przenoszenie na swoją osobę, zdarzeń z otoczenia, oraz obłęd w zakresie obserwacyi. Ascoli i Figari: O nefrolizynie. Strassmann: O usuwaniu ciąży trąbkowej drogą operacyjną przez pochwę. Thomalla: Wyleczenie gruźliczego zapalenia opon Kugel: O jednym przypadku wyleczeniu raka wstrzykiwaniami surowicy Adamkiewicza. Adamkiewicz: Nowe wyniki po kankroinie w raku języka, krtani, przełyku, żołądka i sutków. Feinberg: Badania ustrojów zwierzęcych jednokomórkowych w odróżnieniu od komórek ustroju zwierząt i roślin.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 25. Riegler: Nowa gazometryczna metoda oznaczania ilości kwasu solnego w soku żołądkowym. Lämmerhirt: Przyczynek do kazuistyki zapalenia gardła błonicowatego. Büsing: Przypadek długotrwałego wydzielania się prątka durowego z moczem Rosenbaum: O niedomodze żołądka i jej stosunku do ruchowej jego niewydolności. Muskat: Nowa metoda odbijania rysunku stopy. Schönwerth: O podskórnem pęknięciu śledziony. Stood: Sztuczne dojrzewanie zaćmy bez rozrywania torebki metodą Förstera.

Redakcya otrzymała. H. Kowalski: O budowie i pielęgnowaniu ciała ludzkiego podczas zdrowia i choroby. Switalski: Sur l'anatomie pathologique de l'hérédo-ataxie cérébelleuse.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Kursa trzytygodniowe dla lekarzy (program podany w Nr. 16-tym) ***rozpoczną się na Wydziale lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego w dniu 7 lipca. Wpisy trwać będą do 6-go lipca w kwesturze (Collegium novum), gdzie też i czesne uiścić należy.*** Chcących brać udział w kursach o ograniczonej liczbie uczestników, uprasza się o wczesne zgłoszenie się do odpowiednich prelegentów.

L. W. 41.622/902. **KONKURS.**

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem ogłasza konkurs na posadę Dyrektora szpitala powszechnego w **Stanisławowie** z płacą 2000 koron rocznie.

Posada ta jest stałą po roku próby i daje prawo do emerytury. W podaniu o powyższą posadę, które mają być wniesione najpóźniej do dnia 31. lipca b. r., wprost do Wydziału krajowego lub za pośrednictwem właściwej władzy, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznej zamieścić należy krótki opis przebiegu życia, dołączyć dyplom doktora wszechnauk lekarskich jednego z uyiwersytetów Monarchii Austryackiej, metrykę urodzenia, tudzież wszystkie świadectwa i dokumenta naukowe, wykazujące znajomość języków krajowych, uzdolnienie we wszystkich działach medycyny dotychczasową działalność kandydata, a w szczególności znajomość administracyi szpitalnej.

Z Rady Wydziału krajowego.

We Lwowie, dnia 18. czerwca 1902.

Piotrowski.

Rok XLI. Kraków, 5 Lipca 1902. Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra Ludwika Rydygiera we Lwowie.

O wynikach po operacyach doszczętnych przepuklin.

Podał

Dr. Feliks Hahn,

c. k. lekarz pułkowy przydzielony do kliniki.

W pracy tej mam zamiar zdać sprawę z ostatecznych wyników po operacyach doszczętnych przepuklin, jakie osiągnięto w klinice Rydygiera od r. 1886 do r. 1901.

W czasie tym przyjęto do kliniki 268 chorych (191 mężczyzn i 77 kobiet), dotkniętych tem cierpieniem w różnych postaciach, a mianowicie: w okresie od r. 1886 do 1897 r. (w Krakowie) chorych 146, a w okresie od r. 1897 do 1901 r. (we Lwowie) chorych 122. Z tego: 242 dotkniętych było przepukliną pojedynczą, 24 podwójną, a 2 potrójną.

Na 24 przypadków przepuklin podwójnych składa się: 20 chorych z przepukliną pachwinową obustronną, 2 chorych z przepuliną udową obustronną, 1 chory z przepukliną pachwinową zewnętrzną i przepukliną udową i w końcu 1 chory z przepukliną udową i brzuszną *(ventralis)*.

U 2 chorych, dotkniętych przepukliną potrójną, stwierdzono w obu przypadkach przepuklinę pachwinową obustronną i przepuklinę nadbrzuszną.

Wiek chorych operowanych uwidocznia następujące zestawienie:

Wiek		Liczba	
poniżej 5-ciu	lat	5	przypadków
od 5—10	„	4	„
„ 10—15	„	1	„
„ 15—20	„	21	„
„ 20—25	„	38	„
„ 25—30	„	34	„
„ 30—35	„	23	„
„ 35—40	„	19	„
„ 40—45	„	22	„
„ 45—50	„	32	„
„ 50—55	„	25	„
„ 55—60	„	23	„
„ 60—65	„	14	„
„ 65—70	„	4	„
„ 70—75	„	1	„
„ 75—80	„	2	„
		268	przypadków

Stosunkowo znaczna liczba chorych, operowanych w wieku podeszłym (od 45—60 r. ż.), tłomaczy się tem, że w tym okresie życia najczęściej wydarza się uwięźnięcie przepuklin, które zmusza ludzi, choćby mających ogromny respekt przed operacyą, do szukania pomocy chirurgicznej.

Uwięźnięcie przepukliny zdarzyło się:

Wiek		Liczba	
poniżej lat 10-ciu		4	razy
między 10—20	r. ż.	6	„
„ 20—30	„	19	„
„ 30—40	„	14	„
„ 40—50	„	25	„
„ 50—60	„	32	„
„ 60—70	„	12	„
„ 70—80	„	2	„
razem		114	razy

Mimochodem czynię uwagę, że okrągło $^1/_3$ chorych była mojżeszowego wyznania.

Większa część chorych na przepukliny należała do warstwy ciężko pracujących robotników.

Ogólnie biorąc, na chorych tych wykonano 290 operacyi w przypadkach:

Grupa	Rodzaj	Liczba	Razem
A: Przepuklin nadbrzusznych:	1) nadbrzuszne wolne		4.
B: Przepuklin śródbrzusznych:	1) brzuszne wolne	4	14
	2) nie dające się odprowadzić	1	
	3) uwięźnięte	1	
	4) pępkowe wolne	4	
	5) nie dające się odprowadzić	1	
	6) pępkowe uwięźnięte	2	
	7) lędźwiowe wolne	1	
C: Przepuklin podbrzusznych:	1) pachwinowe wolne	140	221
	2) „ nie dające się odprowadzić	10	
	3) „ uwięzłe	71	
	4) udowe wolne	10	51
	5) „ nie dające się odprowadzić	1	
	6) „ uwięzłe	40	
		razem	290

Uwzględniając płeć chorych, znajdujemy:

		mężczyzn	kobiet
przepukliny nadbrzuszne	u:	4	0
„ śródbrzuszne	u:	2	12
„ pachwinowe	u:	180	23
„ udowe	u:	6	43
		192	78

Oceniając wartość operacyj doszczętnych, które w klinice Rydygiera wykonano w 237 przypadkach, możemy wziąść w rachubę tylko 182 przypadków, o tylu bowiem tylko zdołano później zasięgnąć języka i stwierdzono: w 165 przypadkach (t. j. 90·8%) wyleczenie trwałe, w 16 przypadkach t. j. (8·8%) nawrót przepukliny i 1 przypadek śmierci (t. j. 0·4%).

A) Przepukliny nadbrzuszne *(H. epigastricae).* Zdaniem Maydla[5]) pierwsze dokładne wiadomości o tym rodzaju przepuklin zawdzięczamy Richterowi (1785). Dopiero jednak Vidal de Cassis (1848) nadał im właściwą nazwę.

Przepukliny nadbrzuszne należą do zjawisk wcale rzadkich. Wedle Bergera[6]) stanowią one zaledwie 1·4% wszelkich przepuklin w ogólności. Stosunek ten potwierdza się i na naszym materyale. Spotykamy bowiem zaledwie 4 przypadki tego rodzaju przepuklin na 290 innych. Zdaje się jednak, że w rzeczywistości liczba ich jest większa, rozpoznanie bowiem natrafia na pewne trudności. Przepukliny te powodują tak liczne i dolegliwe przypadłości, że nawet wprawny lekarz uwieść się daje skargom chorego, bada i leczy „niewyraźne jakieś" cierpienie żołądkowe, a przeocza mały guzek w okolicy nadbrzusznej. Z błędnej drogi schodzi się dopiero wówczas, kiedy zwróci się szczególniejszą uwagę na możliwość istnienia tej przepukliny i dokładnie obmaca okolicę dołka podsercowego (głównie w linii środkowej).

Przykładem, dobrze rzecz ilustrującym, był jeden nasz przypadek, który długo (i bezskutecznie) był leczony przez różnych lekarzy na cierpienie żołądkowe, zanim wreszcie zwrócono uwagę na istniejącą małą przepuklinę nadbrzuszną. Po jej usunięciu znikły i dolegliwości żołądkowe.

Rozpoznanie przepukliny nadbrzusznej uda się stosunkowo łatwo, jeżeli zamiast opukiwać bolącą okolicę powłok brzusznych, troskliwie ją obmacamy, zwłaszcza w chwili, gdy chory z położenia leżącego przechodzi w siedzące, lub leżąc poziomo kaszle.

Winkelmann[7]) tak się wyraża o przepuklinach nadbrzusza: maleńkie przepukliny w linii środkowej brzucha sprawiają niekiedy znaczne dolegliwości, które często dają powód pomyłkom rozpoznawczym. Przepukliny te zawierają niekiedy małe gronko sieci, które z powodu obrzmienia nie może napowrót powrócić do jamy brzusznej. Kiedyindziej zrazik tkanki tłuszczowej przedotrzewnowej przeciśnie się przez szczelinę w linii białej i przeciągając za sobą otrzewnę, wytwarza w niej mały lejkowaty uchyłek.

Wszystkie 4 przypadki tej przepukliny, spostrzegane w klinice Rydygiera, dotyczyły mężczyzn, z których dwóch dotkniętych było nadto przepukliną pachwinową zewnętrzną obustronną. W jednym z tych dwóch ostatnich przypadków na jednem posiedzeniu i w jednem uśpieniu usunięto wszystkie trzy przepukliny, w drugim natomiast poprzestać musiano na operacyi doszczętnej przepukliny nadbrzusznej, która była źródłem wielu cierpień, — przepukliny zaś pachwinowe pozostawiono, gdyż z powodu podeszłego wieku i nienajlepszego stanu ogólnego przydługie uśpienie chloroformowe nie zdawało się być obojętnem.

Technika operacyjna w trzech przypadkach była możliwie prosta. Po odsłonięciu worka przepuklinowego i odprowadzeniu jego zawartości do jamy brzusznej, wycinano go w całości, poczem po zeszyciu otrzewnej zakładano na ranę w powłokach brzusznych szew warstwowy potrójny. W przypadku czwartym operowano sposobem Gersunyego: worek przepuklinowy odsłonięto, a że był mały, nie wycinano go, lecz w całości odprowadzono do jamy brzusznej. Po okrwawieniu brzegów bramy przepuklinowej najpierw je zeszyto (katgutem), następnie dwoma cięciami łukowatemi, zwróconemi wypukłością na zewnątrz, otwarto pochewki obu mięśni prostych, kończąc cięcia na dwa ctm. powyżej i poniżej bramy przepuklinowej, zeszyto najpierw osobnymi szwami (węzełkowymi z katgutu) brzegi wewnętrzne rozciętych pochewek, potem przybliżono do siebie brzegi wewnętrzne mięśni prostych, następnie zespolono ponad mięśniami brzegi wewnętrzne rozciętych pochewek, a nad tem zeszyto skórę.

W trzech przypadkach rana pooperacyjna zagoiła się przez rychłozrost. W jednym przypadku rana ropiała, czemu jak się zdaje winien sam chory, który, wiedziony niewczesną ciekawością, dotykał rany ręką, wprowadzoną pod opatrunek. Dowiedziałem się listownie, że w dwóch przypadkach osiągnęliśmy trwałe wyleczenie; w jednym przypadku przepuklina powróciła; o jednym chorym ślad zaginął.

B) Przepukliny śródbrzuszne *(h. mesogastricae).* Nazwą tą obejmujemy trzy rodzaje przepuklin: pępkowe, lędźwiowe i brzuszne *(h. ventralis).* Do tych ostatnich należą te przepukliny, które nie będąc ani pępkowemi, ani lędźwiowemi, mają bramę przepuklinową w tej okolicy, którą śródbrzuszem *(mesogastrium)* mianujemy.

Z 7-miu przypadków przepuklin pępkowych wymienić można 1) przepuklinę sznurka pępkowego — 1 przypadek; 2) przepukliny pępkowe wolne — 3 przypadki; 3) jedna przepuklina nieodprowadzalna i 4) 2 przypadki uwięźnięcia. Przepuklinę sznurka pępkowego operowano u czterodniowego dziecka. Noworodek nie przeżył zabiegu operacyjnego. Było to dziecię płci męskiej. Pozostałe 6 przypadków spostrzegano u kobiet.

Wobec małych przepuklin technika operacyjna była prosta. Polegała na odsłonięciu worka przepuklinowego, wycięciu względnie odprowadzeniu go do jamy brzusznej, na odświeżeniu brzegów bramy przepuklinowej i założeniu szwu warstwowego. W razie zaś dużych przepuklin operowano na wzór metody Coudamin-Brunsa: dwoma cięciami łukowatemi, drążącemi przez całą grubość powłok brzusznych aż do otrzewnej, okrążano całą przepuklinę; po otworzeniu z jednej strony jamy brzusznej oryentowano się o stosunkach w worku przepuklinowym, treść jego odprowadzano do jamy brzusznej, lub też gdy napotkano sieć zmienioną, odcinano ją, worek wycinano *in toto,* poczem zeszywano osobno mięśnie proste po wydostaniu ich z pochewek (o ile udało się je odszukać), a osobno skórę.

Przebieg pooperacyjny w pięciu przypadkach był bezgorączkowy i bez powikłań; jedynie u jednej chorej wygojenie rany przewlekło się z powodu ropienia w szwach.

O ile się wywiedzieć zdołałem, w pięciu przypadkach przepuklina nie powróciła. O jednej operowanej nie mogłem zasięgnąć żadnej wiadomości.

Z sześciu przypadków przepuklin brzusznych jedna znajdowała się u mężczyzny, pięć u kobiet. Przepukliny te rozwinęły się w bliznach po dawniejszych laparotomiach. Operowano zasadniczo tak samo, jak w przypadkach przepuklin nadbrzusznych. W jednym tylko przypadku przepukliny uwięźniętej przebieg pooperacyjny uległ zaburzeniu z powodu (nieszkodliwego) ropienia. Inne przypadki wygoiły się przez rychłozrost.

Na listowne zapytanie otrzymałem odpowiedzi od trzech operowanych i ci rzeczywiście są doszczętnie wyleczeni. Z rzadkich przypadków przepuklin lędźwiowych spostrzegaliśmy w naszej klinice tylko jeden u dziewczynki pięcio-

letniej. Mając trzy lata, miała upaść na kamień i uraz ten miał się stać przyczyną prawostronnej przepukliny lędźwiowej, przedstawiającej się w kształcie guza wielkości pięści mężczyzny.

Zabieg operacyjny w tym przypadku przedstawiał się dość prosto. Wyleczenie osiągnięto po siedmiu dniach przez rychłozrost. Później chorą straciliśmy z oczu i nie mogliśmy stwierdzić, o ile operacya rzeczywiście była doszczętną.

C) Przepukliny podbrzuszne *(h. hypogastricae).* Z przepuklin, występujących w okolicy podbrzusznej spostrzegaliśmy w klinice Rydygiera tylko przepukliny pachwinowe i udowe. Te rodzaje przepuklin są najczęstsze, więc też nad niemi nieco dłużej zastanowić się warto:

1. Przepukliny pachwinowe. W okresie czasu wspomnianym na wstępie operowano w naszej klinice 221 przepuklin pachwinowych. Cierpieniem tem dotkniętych było 201 osób (179 mężczyzn, 22 kobiet):

prawostronną przepuklinę stwierdzono u osób	119
lewostronną „ „ „ „	62
obustronną „ „ „ „	20
razem	201

Przepukliny te były

nabyte	w	206	przypadkach
wrodzone	„	9	„
nawrotne	„	6	„
razem		221	przypadkach.

Jako przyczyny powstania podawano bez wyjątku powtarzający się często uraz nagły. Wiemy jednak, co myśleć o tym rzekomo jedynym czynniku etyologicznym. Większość herniologów zgadza się na to, że wytworzenie się przepukliny bywa zwykle uwarunkowane obecnością otwartego uchyłka otrzewnego, a uraz o tyle tylko przyczynia się do rozwoju tego cierpienia, o ile ujawnia nagle ukrytą przepuklinę, wtłaczając do pustego worka którąś część trzew brzusznych.

W 140 przypadkach przepukliny pachwinowe były wolne, w 71 uwięznięte, a w 10 nie dały się odprowadzić. Jako rzadsze odmiany znajdujemy zanotowane: *1 hernia interna s. directa, 1 hernia inguino-properitonealis* i *1 hernia Littriana.*

Zwykle chorzy zgłaszali się do operacyi po kilku latach trwania cierpienia.

Wielkość przepuklin była bardzo różną, od rozmiarów orzecha włoskiego, aż do wielkości głowy dorosłego mężczyzny. Szerokość bramy przepuklinowej pozostawała zwykle w stosunku prostym do rozmiarów przepukliny. W większości przypadków otwór zewnętrzny przewodu pachwinowego był drożnym dla 1 do 2 palców. W kilku przypadkach znacznie szerszy.

W leczeniu stosowaliśmy metody operacyjne, uznane za najlepsze. Zanim jednak przystąpię do ich opisu, sądzę, że nie od rzeczy będzie kilkoma słowami naszkicować rozwój historyczny operacyi przepuklin. A tu sięgnąć musimy aż do starożytności, gdyż już wtedy, a zwłaszcza za cesarstwa rzymskiego, istniał okres istotny rozkwitu tej operacyi.

Najstarszy opis doszczętnej operacyi przepukliny pachwinowej pochodzi z 1-go wieku po nar. Chr. W dziele Aulusa Corneliusa Celsusa *„De medicina“* czytamy nietylko opis techniki operacyjnej, lecz nadto szereg wskazań do operacyi doszczętnej i to tak dokładny, „że możnaby go przyjąć i w chirurgii nowoczesnej“ (Maydl [5]).

Operacya Celsusa polegała na tem, że po otwarciu przepukliny wycinano cały worek przepuklinowy, a otwór w ścianach brzusznych zaszywano.

W okruchach z dzieł Heliodora, ocalonych od zapomnienia przez Oribasiusa, czytamy również „o świetnym rozwoju podziwienia godnej techniki operacyjnej“ (Albert [8]).

Już jednak w pierwszej połowie wieków średnich operacya wolnych przepuklin zaczyna być zaniedbywaną. Zawładnęli nią bowiem t. zw. „Bruchsznejdery“ i od 12 aż do 18 wieku uprawiają swoje rzemiosło niemal niepodzielnie, trzebiąc znaczną część dotkniętych przepukliną. „Bruchsznejdery“ tak zniesławili tę operacyę, że mało tylko chirurgów ważyło się ją jeszcze przedsiębrać.

W wiekach średnich największem wzięciem cieszyły się metody Wilhelma von Saliceto (odsłonięcie worka przepuklinowego, podwójne jego przewiązanie i przecięcie między podwiązkami), Alessandro Benedettiego (podskórne przewiązanie worka), i wreszcie metoda „aktualnej i potencyalnej kauteryzacyi“. Wyliczania wielu jeszcze innych metod możemy bez szkody dla treści sobie oszczędzić.

W nowszych czasach polecał Wutzer swoją metodę inwaginacyjną; John Wood (1858) szew podskórny; Dzondi i Jameson wszywali płat skórny w bramę przepuklinową; Velpeau, Bigelow i inni starali się leczyć przepukliny wstrzykiwaniami w sam worek, lub w jego szyjkę roczczynów jodu, nalewki z much hiszpańskich i t. d. Z tych ostatnich metod dwie przeszły aż do naszych czasów, mianowicie wstrzykiwanie zgęszczonego roztczynu soli morskiej w worek przepuklinowy (Luton), albo też chlorku cynku w okolicę bramy przepuklinowej (Demars i Lannelongue [13]), lub wreszcie wstrzykiwanie 40—80% alkoholu (Schwalbe) [1])

Z rozwinięciem się jednak antyseptyki zakwitł cały szereg nowych metod operacyjnych. Szeregując je w grupy wedle myśli zasadniczej, na pierwszem miejscu wymienić należy metody wszczepiania worka przepuklinowego (Barker, P. Ball, Kendal, Franks, Kingscote, Bishop, Phelps i t. d.).

Inną grupę stanowią sposoby, w których zasadniczem jest wysokie podwiązanie worka przepuklinowego, wycięcie go, odprowadzenie kikuta do jamy brzusznej i zwężenie przewodu pachwinowego, względnie bramy przepuklinowej. Typem jest metoda Czernego (1877), poprawiona następnie przez Billrotha i Alberta.

Aby umożliwić dokładniejsze zaciśnięcie przewodu pachwinowego Bottini, Mugnai, Lucas-Championniere i Mac Ewen rozcinają jego przodkową ścianę aż do ujścia wewnętrznego i dopiero potem szyją od góry ku dołowi. Lucas-Championniere po otwarciu przewodu pachwinowego podwiązuje worek przepuklinowy możliwie wysoko i w kilku partyach tak, że pojedyncze podwiązki krzyżują się na kształt ogniw łańcucha (ztąd nazwa *„Ligature en chaine“*), po wycięciu worka przepuklinowego wraz z szyjką zeszywa najpierw przewód pachwinowy od wewnętrznego aż do zewnętrznego otworu pachwinowego, następnie zaś powięź ścięgnistą mięśnia skośnego zewnętrznego, pozostawiając w niej mały tylko otwór dla przejścia sznurka nasiennego.

Mac Ewen podwiązuje worek przepuklinowy na wysokości wewnętrznego otworu przewodu pachwinowego, następnie specyalnym szwem fałduje go, tworząc zeń poduszeczkę, którą wprowadza pod otrzewnę ścienną i zamyka nią otwór wewnętrzny. Poczem zeszywa przeciętą ścianę przodkową przewodu i przybliża do siebie brzegi otworu zewnętrznego.

Girard stara się przednią ścianę przewodu pachwinowego wzmocnić przez to, że rozcinając powięź mięśnia skośnego zewnętrznego, pozostawia płat szerokości palca poprzecznego przy więzadle Pouparta i po zapuszczeniu kikuta worka przepuklinowego, przeszywa najpierw m. skośny wewn. i poprzeczny, następnie górną część przeciętej powięzi do tylnej krawędzi tego więzu, a w końcu dopiero dolny płat rozcięgna *(aponeurosis)* nasuwa na powierzchnię płatu górnego i w tem połączeniu ustala ją szwami.

Oryginalnem jest postępowanie Assakyego[17] [35]), który w przypadkach przepuklin nabytych zaszywa przewód pachwinowy od wewnątrz po otwarciu jamy brzusznej.

Nie brak też szeregu operacyj plastycznych. Tak np. Beck[20]) wszył w dwóch przypadkach płat z mięśnia prostego w bramę przepuklinową; Trendelenburg zaś i Kraske prawie równocześnie i niezależnie od siebie radzili zamykać bramę przepuklinową uszypułowanym płatem okostnowo-kostnym.

Pierwotnie wszył Trendelenburg w bramę przepukliny pachwinowej płytkę kostną, wyciętą z główki świeżo wyciętej kości ramieniowej. Płytka ta jednak po pół roku uległa wessaniu i przepuklina wróciła. Więc później wycinał z kości miednicowych operowanego płat okostnowo-kostny z szypułą u dołu, który obwijał ku górze, zamykając tym sposobem otwór. Podobnie postąpił Kraske.

Metoda Trendelenburg-Kraskego znalazła uznanie u wielu chirurgów i gorąco zaleconą została przez Körtego. Schede[21]), zalecał zapuszczony szew srebrny; Goepel[22]) wszywanie gotowych siatek angielskich z drutu srebrnego. Podobnie Witzel[21]). W tym samym celu Platt użył płytek z gąbki. Wracając zaś do metod częściej używanych wymienić należy te, w których myślą zasadniczą jest przemieszczanie sznurka nasiennego. Między zaś temi metoda Bassiniego zajmuje niewątpliwie najwybitniejsze miejsce. (Ciąg dalszy nast.).

II. Z zakładu anatomii patologicznej prof. dra Browicza w Krakowie.

Barwienie kanalików żółciowych sposobem Weigerta.

Podał

Prof. dr. Stanisław Ciechanowski,

Asystent zakładu.

Sposoby barwienia skrawków mikroskopowych, podane przez Weigerta, posiadają między innemi i tę zaletę, że można niemi zabarwić rozmaite składniki tkanek, jeżeli się te sposoby stósownie urozmaici; tak np. podano już liczne odmiany sposobu, zaleconego pierwotnie do barwienia osłonek rdzennych. Każdy, obeznany mniejwięcej z techniką histologiczną, potrafi sobie obmyślić jeszcze inne odmiany tego sposobu dla pewnych określonych celów. Podając jedno z zastósowań tego sposobu, wiem, że niema w niem nic istotnie nowego, ogłaszam je jednak dlatego, aby oszczędzić straty czasu i zawodów tym z kolegów, którzyby potrzebowali zabarwić sieć kanalików żółciowych w wątrobie ludzkiej.

Dość często bowiem nie udaje się kanalików żółciowych w takich wątrobach zabarwić dokładnie żadnym ze sposobów, zaleconych do barwienia wątrób zwierzęcych i pod tym względem uznanych za doskonałe. Zdarzyło się to między innymi w ostatnich czasach H. Eppingerowi[1]). Używał on sposobów Golgiego, Böhma[2]), Hanota i Lévyego[3]), Berkleya[4]), Kupffera[5]), Krausego[6]), Weigert-Vasalego[7]), Scarpatettiego[8]), Weigerta [sposób barwienia neuroglii][9]) i Heinza[10]), trzymając się ściśle przepisów, podanych przez autorów. Kanaliki żółciowe albo się tymi sposobami wcale nie barwiły, albo też barwiły się tylko niewielkie ich odcinki i to niezupełnie. Zabarwić całą sieć kanalików żółciowych w wątrobach ludzkich powiodło się Eppingerowi dopiero osobno opracowanym sposobem, zestawionym ze sposobu Weigert-Vasalego i ze sposobu, używanego przez Weigerta do zabarwienia neuroglii.

Sposób Eppingera jest w streszczeniu następujący: kawałeczki wątrób ludzkich ustala się w 10% formalinie, pozostawiając je w niej 5—10 dni, a nawet dłużej; potem, nie opłókując wcale w wodzie, przenosi się je do zaprawy, podanej przez Weigerta dla neuroglii. Zaprawa ta przygotowuje się w ten sposób, że zagotowawszy do wrzenia $2{\cdot}5\%$ wodny rozczyn ałunu chromowego, dodaje się do niego po zgaszeniu płomienia, ciągle mieszając, po 5 ctm.^{3} kwasu octowego i 5 grm. miałkiego octanu miedziowego na każde 100 ctm.^{3} płynu. Zaprawy tej użyć można dopiero po upływie tygodnia do przepajania kawałków narządu. W tej zaprawie pozostawia Eppinger kawałki wątroby przez 10 dni w ciepłocie zwyczajnej, lub przez pięć dni w cieplarce. Można również odrazu ustalać kawałki w mieszaninie 11-tu części tej zaprawy i jednej części 40% formaliny. Opłókawszy potem wodą, stwardnia się kawałki w alkoholu i zatapia w celoidynie. Skrawki powinny być ile możności cienkie. Barwi się je w 1% wodnym, na gorąco sporządzonym rozczynie hematoksyliny przez $^1/_4$—24 godzin. Barwić można tem krócej, im rozczyn hematoksyliny jest starszy. Po zabarwieniu przenosi się skrawki na pięć minut do nasyconego na zimno wodnego rozczynu octanu miedziowego, a potem do wody przekroplonej, w której można je zostawić dowolnie długo, nawet przez parę dni. Następnie różniczkuje się je w odbarwiaczu Weigerta *(Kali ferricyanat. 2·5, natr. biborac. 2·0, aqu. dest. 300·0).* Potem wypłókuje się je starannie w wodzie przekroplonej, zanurza na minutę w nasycony wodny rozczyn węglanu litowego, płócze się ponownie w wodzie, odwadnia w wyskoku, wyjaśnia w *ol. origani* i wreszcie, dawszy kroplę balsamu kanadyjskiego, nakrywa szkiełkiem.

W tym, pracowicie przez Eppingera wypróbowanym

[1]) Beiträge zur pathol. Anatomie und zur allgemeinen Pathologie. 1902. XXXI. p. 230.
[2]) Kahlden. Histologische Technik 1900, p. 128.
[3]) Archives de méd. exper. et d'anat path. VII. p. 617.
[4]) John Hopkins. Hosp Reports IV. Nr. 4—5.
[5]) Sitzungsber. d. Ges. f. Morph. u. Phys. in München 1889. V.
[6]) Archiv. f. mikrosk. Anatomie XLII.
[7]) Kahlden. Histologische Technik 1900, p. 147.
[8]) Neurologisches Centralblatt 1887, Nr. 7.
[9]) Festschrift des Frankf. ärztl. Vereines 1895.
[10]) Archiv f. mikroskop. Anatomie LVIII, p. 567.

sposobie, jedyną trudność stanowi odpowiednie, nie za silne i nie za słabe odbarwienie (zróżniczkowanie). W odbarwiaczu trzeba skrawki tak długo wypłókiwać, poruszając je igiełką, aż nie nabiorą popielatego (myszatego) lub żółto-brunatnawego odcienia. W ciągu całego postępowania muszą też skrawki być zupełnie wyprostowane i gładkie; w przeciwnym razie odbarwiają się niejednostajnie. Eppinger zaleca w końcu, zwłaszcza zanim się tym sposobem barwienia zupełnie zawładnie, sprawdzać stopień zabarwienia od czasu do czasu pod drobnowidem. Do przenoszenia skrawków używa Eppinger igieł szklannych.

Już z tego pobieżnego streszczenia widać, że sposób ten zabiera sporo czasu. Zamiast niego mogę polecić postępowanie krótsze i prostsze, które wypróbowałem jeszcze przed dokładniejszem zapoznaniem się ze sposobem Eppingera. Sposób ten daje zadawalniające wyniki, i jak mi się zdaje nie ustępuje sposobowi Eppingera. Opiera się on zresztą na podobnych zasadach, a jest następujący:

Niezbyt wielkie kawałki wątroby ustala się w 2% lub 4% formalinie, w której mogą leżeć dowolnie długo (jednak najmniej jedną, lub dwie doby). Następuje stwardnienie w wyskoku i zatopienie w celoidynie. Wprawdzie w cieńszych skrawkach (5 μ) uzyskuje się zazwyczaj jaśniejszy obraz; jednakże skrawki mogą być bez szkody i grubsze (10—12 μ). Znaczniejsza grubość skrawków może być nawet pożyteczną, jeżeli pragnie się badać przebieg kanalików żółciowych w różnych poziomach preparatu. Skrawki zaprawia się roztworami związków chromu. Do tego celu można np. użyć ½ % roztworu kwasu chromowego, w którym muszą skrawki leżeć przynajmniej dwie godziny w ciepłocie zwykłej. Opłókawszy je dokładnie w wodzie przekroplonej, przenosi się je do mięszaniny wodnego, na zimno nasyconego roztworu octanu miedziowego, pół na pół z wodą, a potem wymywa się je ponownie w wodzie przekroplonej. Do barwienia nadaje się najlepiej taki roztwór hematoksyliny, jakim Weigert pierwotnie zalecał barwić osłonki rdzenne (10% wyskokowy roztwór hematoksyliny 10·0, nasycony wodny roztwór węglanu litowego 1·0, woda przekroplona 60·0). Starsze roztwory barwią lepiej i krócej, świeże gorzej i dłużej. Według jakości skrawka i wieku hematoksyliny trzeba barwić od kwadransa aż do kilku godzin. Można też zabarwienie przyspieszyć zapomocą podgrzewania, zbadawszy oczywiście przedtem, jak silnie barwi używana hematoksylina, i umiarkowawszy odpowiednio do tego czas barwienia. Wogóle jednak wyniki są lepsze, późniejsze odbarwienie jednostajniejsze, jeżeli zapraw i barwików używa się w roztworach rzadszych, pozwalając im działać dłużej na skrawek. Nadmiar hematoksyliny wymywa się z zabarwionych skrawków zapomocą kilkakrotnie zmienianej wody przekroplonej. Do odbarwiania używałem odbarwiacza, podanego pierwotnie przez Weigerta *(Natr. biborac. 4·0, Kali ferricyanat. 5·0, Aqu. dest. 200·0)*, rozcieńczając go kilkakrotnie wodą, co się pod każdym względem zaleca. Jeżeli się używa odbarwiacza nierozcieńczonego, a skrawki zabarwiły się w hematoksylinie ciemno-szaro, prawie czarno, to wystarczy zwykle minuta, aby się cieńsze (5 μ), a 2—3 minut, aby się grubsze skrawki (10 μ) w sam raz odbarwiły. Całkiem ściśle czas na to potrzebny oczywiście oznaczyć się nie daje; w każdym przypadku trzeba go naprzód wypróbować. Bardzo jednak użyteczną wskazówką, że się skrawek odbarwił w miarę, jest chwila, w której wpada on w odcień popielaty (myszaty). Odbarwianie przerywa się zapomocą starannego wypłókania w wodzie przekroplonej. Skrawek można wyjąć z wody, zbadać pod mikroskopem, a gdyby się jeszcze dostatecznie nie odbarwił, przenieść z powrotem na czas jakiś do odbarwiacza. Dalej postępuje się już zwykłym sposobem (odwodnienie w wyskoku, wyjaśnienie w ksylolu z kwasem karbolowym, balsam kanadyjski).

Eppinger słusznie zaleca, zwłaszcza początkującemu, sprawdzanie stopnia odbarwienia od czasu do czasu pod drobnowidem; również jest rzeczą konieczną, ażeby skrawki w ciągu całego postępowania były gładkie i równe; natomiast zdaje mi się, że bez igieł itd szklannych zupełnie obejść się można, a zwykłe igły i łopatki nie wpływają na wynik barwienia.

Rzecz prosta, że nie jest rzeczą konieczną trzymać się niewolniczo w każdym przypadku czasu, podanego przeze mnie, w różnych częściach barwienia. Przy odrobinie wprawy technicznej nietrudno zastosować ten czas do danego przypadku, do grubości skrawków i t. d. i wynaleźć właściwą drogę, prowadzącą do najlepszych wyników barwienia. Pod tym względem nie powinnyby się nawet początkującym nastręczać trudności, ponieważ całe postępowanie jest bardzo proste. Przytem oszczędza się sporo czasu, ponieważ cały sposób wymaga zaledwo kilka godzin, a zaletą jego jest także to, że inne skrawki z tego samego kawałka, ustalonego w formalinie, można bezzwłocznie barwić dla porównania innymi sposobami.

Całe to postępowanie nie różni się więc prawie od klasycznego sposobu, którym Weigert pierwotnie zabarwił osłonki rdzenne. I od sposobu Vasalego różni się ono tylko w drobnych szczegółach (zaprawienie gotowych już, ustalonych w formalinie i stwardnionych w wyskoku skrawków związkami chromu, użycie pierwotnego, Weigertowskiego roztworu hematoksyliny, zamiast 1% wodnego, który zalecał Vasale). Zresztą wspólną a najważniejszą zasadą wszystkich tych sposobów jest zaprawianie związkami chromu i miedzi, a zasada ta pozostała istotną i główną podstawą także i sposobu Eppingera.

Skrawki, które się dobrze zabarwiły, przedstawiają obraz następujący: jądra komórek, ściany kanalików żółciowych i włóknik są szarawo-czarne, lub całkiem czarne; cytoplazma komórek wątrobnych szarawo nakrapiana; krwinki czerwone odbarwiają się częściowo, tkanka łączna przybiera barwę żółtą, lub brunatno-żółtą. Przy sposobności nadmieniam, że zapomocą tego sposobu można doskonale uwidocznić w preparatach trwałych zwyrodnienie skrobiowate wątroby, chociaż, rzecz prosta, złogi substancyi skrobiowatej barwią się przytem wprawdzie odmiennie (żółto), ale nie swoiście.

Sposobem tym powiodło mi się zabarwić zadowalniająco sieć kanalików żółciowych w rozmaitych przypadkach (np. w wątrobach ludzkich stłuszczonych, marskich, żółtaczkowych, skrobiowatych, muszkatołowych, w przypadkach rzucawki, gruźlicy prosówkowej i t. d.*)). Można się przytem przekonać, że sposób ten nie ustępuje sposobowi Eppingera, to znaczy, że sposobem tym barwi się w kanalikach

*) Barwione w ten sposób preparaty przedstawiłem na posiedzeniu Tow. lek. krak. w d. 7. maja 1902.

żółciowych to wszystko, co wogóle daje się w nich zabarwić zapomocą różnych odmian sposobu Weigerta. Dowodem tego jest nietylko zgodność otrzymanych obrazów z rysunkami, podanymi w pracy Eppingera, ale co więcej — ta okoliczność, że w różnych przypadkach, w których nie było ani śladu żółtaczki, można było bardzo często spotkać kanaliki żółciowe międzykomórkowe, ślepym na pozór końcem docierające bezpośrednio aż do samej ściany włoskowatych naczyń krwionośnych, przylegających do beleczki komórek wątrobnych. Eppinger zaś utrzymuje, że takie obrazy, częste w przypadkach żółtaczki, w przypadkach bez żółtaczki spotyka się tylko wyjątkowo. Częstość takich obrazów w preparatach, barwionych podanym powyżej sposobem, a pochodzących z wątrób najrozmaitszych, gdzie żółtaczki nie było ni śladu, świadczy już sama dosadnie, że sposób ten w każdym razie może współzawodniczyć ze sposobem Eppingera. Nie koniec na tem. Używając opisanego sposobu, można wykazać w niektórych wątrobach stanowczo i niewątpliwie, że kanaliki żółciowe włoskowate biegną gdzieniegdzie na pewnej przestrzeni wzdłuż ściany naczynia włosowatego krwionośnego, sąsiadując z nią bezpośrednio. Niema przytem mowy o jakiemkolwiek złudzeniu optycznem, bo niejednokrotnie można wyraźnie widzieć, jak taki wzdłuż naczynia biegnący, cechujący się wyraźnym podwójnym konturem kanalik żółciowy przechodzi w kanalik międzykomórkowy, ustawiony prostopadle do osi beleczki wątrobnej i drugim swym końcem wlewający się do kanalika, leżącego w osi beleczki. I te także obrazy stwierdza się w przypadkach, w których nie było ani śladu żółtaczki, chociaż Eppinger stara się zaprzeczyć ich istnieniu nawet w wątrobach z takich przypadków, w których żółtaczka istniała, nie mówiąc już o przypadkach bez żółtaczki. A jednak jest to rzecz zupełnie pewna, wykazaną już dawniej inną drogą przez Browicza (Akad. Umiej. Krak. 8. stycznia 1900); dowodzi ona tembardziej, że sposób barwienia powyżej podany, posiada przynajmniej taką samą wartość, jak inne sposoby, wzorowane na sposobach Weigerta.

III. Z sali mamek i osesków szpitala św. Ludwika pod dyrekcyą Prof. Dra Jakubowskiego w Krakowie.

Kwaśna niestrawność jelitowa u dzieci karmionych piersią.

(Dyspepsia intestinalis acida lactatorum).

Napisał

Dr. Jan Raczyński,
Doc. pedyatryi w U. J.

(Ciąg dalszy)

Wiedząc, jak wielkim wahaniom ulega skład mleka kobiecego już w warunkach fizyologicznych, zrozumiemy, dlaczego mimo tak obfitego piśmiennictwa tego przedmiotu wraz z setkami i tysiącami badań, nie znajdujemy wyjaśnienia, w jakich warunkach i jakiego składu mleko może być przyczyną stanów chorobowych. Z wyjątkiem niepotwierdzonych dotąd badań Klemma, który upatruje przyczynę niestrawności w zachowaniu się istot białkowatych, nie znachodzimy w tym kierunku nic, coby do wyjaśnienia tej sprawy przyczynić się mogło[*]).

Dlatego też rozważającemu przyczyny omawianego cierpienia najodpowiedniejszem się zdawało zbadanie w danych chorobowych przypadkach mleka kobiecego, którem się dziecko karmi, spodziewając się znaleść duże różnice tłómaczące stan chorobowy oseska tem mlekiem karmionego. Dzięki uprzejmości profesora Jakubowskiego rozporządzałem całym materyałem mamek w szpitalu św. Ludwika (12 kobiet karmiących), ztamtąd też czerpałem mleko do badań, równocześnie czyniąc spostrzeżenia kliniczne. Rozbiorów chemicznych dokonywałem za uprzejmem pozwoleniem prof. Łazarskiego w pracowni chemicznej Zakładu farmakologicznego, pod okiem doc. dr. Lembergera, któremu też za niestrudzoną pomoc w całej tej pracy serdeczne składam podziękowanie.

Z kilku sposobów oznaczania sernika wybrałem metodę wagową; sernik strącony rozcieńczonym kwasem octowym z mleka ogrzanego do ciepł. 40° wypłókiwano, suszono i ważono; w odsączu oznaczano ilość białka surowiczego (albumin). W kilku przypadkach oznaczono sumę istot białkowatych w mleku przez oznaczenie ilości azotu sposobem Kjeldahla. Tłuszcz oznaczano wagowo w przyrządzie wyciągowym Soxhleta. Ze względu na zmienianie się mleka w czasie jednego karmienia, brano do badania próbkę mleka po odssaniu pewnej ilości przez dziecko (po trzech minutach). Chcąc uniknąć błędu w samej metodzie badania, a zarazem uzyskać liczby do porównania, dokonałem przedewszystkiem badań mleka kobiet, których dzieci zupełnie się zdrowo przedstawiały.

Następnie badano mleko kobiet w przypadkach wybitnej niestrawności karmionych nim dzieci.

1) *S. N.*, mamka, l. 29, karmi swoje 6 tygodniowe dziecko zupełnie zdrowe, spokojne, prawidłowo przybywające na wadze. Pokarm w obfitej ilości, wzięty do badana 11/2 1901 wykazuje: sernika 2·1%, istoty białkowate (albumin) 0·20%, tłuszczu 3·1%.

2) *M. K.*, mamka, l. 32, karmi swoje dziecko 3 tygodniowe, okazujące wybitne objawy niestrawności. Przybytek na wadze słaby (około 10 grm.), stolce zawsze rozdzielające się, czasami zielonawe; dziecko dużo krzyczy i t. p. Pokarm badany 22/2 1901 wykazuje: sernika 2·9%, istoty białkowate (albumin) 0·17%, tłuszcz 4·2%.

3) Pokarm mamki *M. W.*, 23-letniej, której dziecko 5 tygodniowe okazuje objawy niestrawności, badany 27/2 1901, wykazuje: sernika 1·9%, istot białkowatych nie oznaczono, tłuszcz 3·5%.

4) Pokarm kobiecy *H. F.*; dziecko cierpiące. Przybytek na wadze dobry. Mleko badane 2/3. sernika: 2·2%, istoty białkowate 0·15%, tłuszczu 4·9%.

W następnych rozbiorach oznaczono całą ilość białka w mleku przez oznaczenie azotu w przyrządzie Kjeldahla.

5) *J. K.* karmi dziecko zdrowe 4 tygodniowe. Mleko badane 5. marca 1901 wykazuje: istot białkowatych 2·4%, tłuszczu 3·6%.

6) *M. R.*, l. 31, karmi dziecko 5 tygodniowe, okazujące wybitne objawy niestrawności; pokarm badany 5/3 wykazuje: istot białk. 2·1%, tłuszczu 3·1%.

7) *W. S.*, l. 19, karmi dziecko 3 tygodniowe, cierpiące na niestrawność. Pokarm badany 5. marca wykazuje istot białk. 2·7%, tłuszczu 3·4%.

Porównywując wyniki tych kilku oznaczeń chemicznych mleka, nie mogłem dopatrzeć się żadnego związku między stanem chorobowym, a większą lub mniejszą ilością jednego z oznaczonych składników i wobec tego dalszych rozbiorów mleka zaprzestałem, wyjaśnienia przyczyn stanu chorobowego poszukiwałem na innej drodze.

[*]) Rozprawa K. Gregora: Der Fettgehalt der Frauenmilch und die Bedeutung physiolog. Schwankungen desselben in Bezug auf das Gedeihen des Kindes. Lipsk 1901. Ukazała się już po napisaniu niniejszej pracy.

Zarzuciéby można powyższym rozbiorom, że dokonane jednorazowo nie mogły dać dokładnego pojęcia o składzie mleka, nadto że dotyczą one tylko dwu składników; wszakże Klemm domaga się, aby w każdym przypadku badać mleko: *a)* drobnowidowo, *b)* oznaczyć ciężar gatunkowy, *c)* ogólną ilość ciał azotowych, a osobno sernik, albuminy i resztą ciał białkowatych, *d)* oznaczyć ilość tłuszczu i punkt jego topliwości, *e)* ilość cukru — i *f)* ilość żelaza.

Nie wdając się w roztrząsanie pytania, o ile takie badanie jest w ogóle wykonalne, zaznaczę, że na postanowienie porzucenia tej drogi badań nietylko wpłynęły same wyniki dotychczasowych własnych rozbiorów mleka; zgodne doniesienia właśnie podówczas pojawiających się prac Kellera, Schlossmana, Kieserickiego obalały ogólnie przyjmowane, lecz dotąd przez nikogo nie udowodnione, zapatrywania o nieodpowiedniem mleku kobiecem. Czerny twierdzi, że nieodpowiedniem może być tylko mleko pochodzące z piersi, w której pokarmu ubywa, co najczęściej się dzieje wtedy, gdy kobieta, mająca dziecko kilkomiesięczne, spotrzebowujące większą ilość pokarmu i prawie wypróżniające pierś, dostanie do karmienia noworodka, który potrzebuje daleko mniejszych ilości mleka.

W tych warunkach powstaje zastój mleka z następstwami, do których w pierwszym rzędzie należy ubytek tłuszczu i cukru, później zanikanie pokarmu. Keller ostrzega przed zbyt pochopną zmianą mamki z powodu rzekomo złego pokarmu w przypadkach przystawiania dzieci chorych napowrót do piersi, gdy w krótkim czasie się nie poprawiają. Kieseritzky uważa za odpowiednie każde mleko zdrowej kobiety, dla każdego wieku oseska. Do tego samego przekonania doszedł Schlossmann, po przeprowadzeniu bardzo ścisłych, prowadzonych przez dłuższy czas badań mleka kobiecego; wyraża wątpliwość, czy istnieją przypadki, w których dziecko pokarmu nie znosi; sądzi, że wówczas przyczyną objawów nieprawidłowych jest ilość a nie jakość przyjmowanego pokarmu.

Podobnie wyraża się o tej sprawie także Marfan, upatrując przyczynę niestrawności w przyjmowaniu nadmiernych ilości pokarmu.

Śledząc za biegiem tej sprawy i rozpatrując wyniki badań mleka i wnioski stąd wysnuwane, zauważyć można, że w miarę tego, jak rozporządzamy coraz większą liczbą ścisłych rozbiorów mleka, dochodzimy do przekonania, że przyczyną zaburzeń w trawieniu u dzieci karmionych piersią nie może być sama jakość mleka, lecz że przyczyna ta leżeć może i w dziecku samem. Na tę samą myśl naprowadzały także niektóre spostrzeżenia kliniczne, nie dające się wytłumaczyć nieodpowiedniem składem mleka: często przydarza się, że mamka, której pokarm, mimo zachowania wszelkich prawideł dyetetyki, wywołuje objawy niestrawności u jednego dziecka, może karmić inne dziecko z zupełnem powodzeniem, bez śladu jakichkolwiek zaburzeń. Na sali mamek w szpitalu św. Ludwika, gdzie każda mamka karmi dwoje dzieci, swoje i obce, widziałem niejednokrotnie, że z dwojga tych dzieci, karmionych tym samym pokarmem, jedno tylko okazuje objawy niestrawności.

Czy możemy wytłómaczyć to zjawisko, przyjmując, że zawsze tylko pokarm jest przyczyną zaburzeń? Ujemne wyniki dotychczasowych usiłowań wykazania szkodliwości mleka przez oznaczenie chemiczne poszczególnych składników wskazywały również na inną drogę, po której można się było spodziewać wyjaśnienia tej sprawy.

W skreśleniu obrazu omawianego cierpienia wspomniano już, że największe nieprawidłowości dotyczą zachowania się stolca. Obok przytoczonych już tam właściwości podnieść jeszcze należy, na co liczni autorowie zwracają uwagę, nieprawidłową kwaśność stolców.

Zadajmy sobie pytanie, kiedy stolec dziecka w prawidłowych warunkach jest kwaśny i od czego ta kwaśność zależy?

Z dotychczasowych badań, a głównie z klasycznych badań Eschericha nad drobnoustrojami prawidłowo przebywającymi w przewodzie kiszkowym wiemy, że w żołądku i kiszkach zdrowego, piersią karmionego oseska, przebywają stale zawsze te same gatunki drobnoustrojów. Jest to t. zw. prawidłowa flora bakteryjna, zmieniająca się przy zaburzeniach w przewodzie pokarmowym, wracająca z powrotem do zdrowia.

Dalsze badania wykazały, że ta prawidłowa flora odgrywa w akcie trawienia niepoślednią rolę, liczyć się z nią musimy tak samo, jak z działaniem wydzielin gruczołowych, gdyż rozkładając węglowodany, wytwarza kwasy, nadające treści jelit odczyn kwaśny i broniące tem samem przed rozwijaniem się innych drobnoustrojów, szkodliwych dla ustroju.

Odczyn kwaśny treści pokarmowej niedopuszcza do rozwijania się proteolitycznych, rozszczepiających drobnoustrojów, żyjących w alkalicznych odczynach. Te właśnie drobnoustroje są główną przyczyną gnicia treści jelitowej; brak ich u osesków karmionych piersią sprawia, że u nich treść jelit nie gnije, lecz kiśnie. Ten fakt udowodnionym był wcześniej zanim wykazaną była jego przyczyna, a mianowicie badaniami Senatora, który pierwszy zauważył, że mocz dzieci karmionych piersią nie zawiera indykanu.

Z dotychczasowej wiedzy o jakości i rodzajach drobnoustrojów, znajdujących się w fizyologicznych warunkach w przewodzie pokarmowym, przytoczyć należy, że przewód pokarmowy noworodka w chwili przyjścia na świat jest jałowy; w 3 — 7 godzin po pierwszym oddechu zjawiają się bakterye (koki, *subtilis*), które jednak z chwilą podania pierwszego pokarmu mlecznego ustępują miejsca innym gatunkom, późniejszym stałym mieszkańcom przewodu pokarmowego.

Jak już wyżej wspomniano, dotychczas znaną nam morfologia i biologia tylko pewnej części bakteryj, znajdujących stale się w przewodzie pokarmowym; z tych jednak najwięcej wchodzą w rachubę tak ze względu na to, że znachodzą się stale jak i przeważają nad innymi co do ilości, dwa rodzaje, tj. *bacterium lactis aerogenes* i *bacterium coli commune*. Wspólną własnością obu tych drobnoustrojów jest wywoływanie kiśnienia, jednak różnym jest zakres i sposób ich działania. Pierwszy z nich działa głównie na cukier mleczny, znajdujący się w mleku i rozszczepia go na kwas mlekowy, bezwodnik węglowy i wód (według Baginskyego na: kwas octowy, w dalszym ciągu na bezwodnik węglowy, methan i wodór). Zdaniem Eschericha wpływ tego drobnoustroju ogranicza się do górnej połowy jelita cienkiego, jest to więc część jelita, w której sprawa rozszczepiania cukru mlecznego najenergiczniej się odbywa, t. zw. *„Milchsäugäh-*

rungszone". Tu znajduje się on najobficiej, ubywa w miarę zbliżania się do jelita grubego, co przypisuje Escherich, ubywaniu pożywki, tj. cukru mlecznego, czemu sprzeciwiają się jednak badania Wegscheidera, Blauberga i innych.

Działanie *bacterium coli cummune* polega na rozszczepianiu znajdujących się w treści jelit obojętnych tłuszczów na kwasy tłuszczowe i glicerynę; ma to miejsce głównie w jelicie grubym, gdzie właśnie ten drobnoustrój znajduje się w znacznej ilości; te same własności, chociaż w znacznie mniejszem stopniu, posiadają i inne gatunki, żyjące w przewodzie pokarmowym. Wynik tej wspólnej pracy jest ten, że treść jelita, mimo alkalicznie oddziaływujących wydzielin gruczołów trawiennych jelit, w dalszym ciągu jest kwaśna, że ostatecznie kał dziecka żywionego piersią oddziaływa kwaśno, zawdzięczając swą kwasotę głównie obecności kwasów tłuszczowych.

Kał dzieci żywionych mlekiem krowiem nie posiada tej własności, a to dlatego, że stosunek ilości sernika do ilości tłuszczów w mleku krowiem jest inny, niż w mleku kobiecem, gdyż mleko krowie zawiera zwykle większe ilości sernika, który wiąże sole alkaliczne, wytwarzając kwasy, że zawiera mniejszy odsetek tłuszczów, materyału, z którego kwasy się wytwarzają. Że ta własnie okoliczność jest zależnie od rodzaju mleka przyczyną tej różnicy w oddziaływaniu stolca, udowodnił Biedert, wykazując, że stolec dziecka żywionego mlekiem krowiem oddziaływa kwaśno wtedy, jeśli podamy dziecku mleko o wysokim odsetku tłuszczu;. ten sam fakt stwierdził też Uffelmann, gdyż przekonał się, że stopień kwaśności idzie równolegle do wysokości odsetka tłuszczu.

Z tego co wyżej powiedziano wynika, że wytworzona, skutkiem kiśnienia wywołanego drobnoustrojami, czyli prawidłową florą, kwaśność treści jelit, począwszy od jelita cienkiego aż do końca przewodu pokarmowego, nie jest ilością stałą, że stopień tej kwaśności może być różnym, że, o ile dotąd jest wiadomo, zależnym on jest od rodzaju i składu mleka. Śledząc dalej za tą sprawą, wypada zadać sobie pytanie, czy nie należałoby przypuścić, że inne czynniki, składające się na ten fakt wytwarzania kwasów, mogą w pewnych razach spełniać nieprawidłowo swoją funkcyę, jak również zapytać, czy przekraczająca pewne granice sprawa kiśnienia nie odbija się w jakiś sposób na narządzie trawienia, czy nie wywołuje objawów chorobowych?

Klinicyści odpowiedzieli już twierdząco na te pytania; zauważyli oni już dawno, że istnieją cierpienia przewodu pokarmowego połączone z nadmierną kwaśnością treści i przypisywali stanowi temu wywoływanie pewnych objawów. O nadmiernej kwasocie stolców czytamy w pracy Jakubowskiego „O niestrawności u niemowląt“ z r. 1864. Obszernie omawia tę sprawę Widerhofer w IV. b. tomie Gerhardta *Handbuch der Kinderkrankheiten*. W ustępie zatytułowanym „Dyspepsie“ roztrząsa sprawę nadmiernej ilości kwasów w jelitach, wyjaśnia ich pochodzenie, kreśli objawy tego stanu chorobowego, powołuje się na rozbiory chemiczne (jakościowe) kału, dokonane przez Ludwiga, a stwierdzające obecność kw. masłowego. Znane są prace Uffelmanna i Biederta nad oddziaływaniem stolców i badaniem warunków, wśród których pojawia się kwaśność stolców. Blauberg oznaczył ilościowo kwasotę stolców osesków żywionych mlekiem kobiecem i żywionych mlekiem krowiem, czyni przytem uwagę, że kwasota jest różną w różnych przypadkach a zależną jest w pierwszej linij od natężenia sprawy kiśnienia w jelitach. Biedert przypisuje znaczenie badaniu kwasoty stolców i podaje sposób przesyłania stolców na miejsce odległe do zbadania, zaleca jednak tylko sposób badania papierkiem lakmusowym.

Bez przesady można twierdzić, że niema podręcznika chorób dzieci, w którymby nie zwracano uwagi, że w pewnych stanach chorobowych stolce oddziaływują kwaśno i nie przypisywano temu objawowi pewnego znaczenia. Mimo to nie napotykamy w piśmiennictwie naszem żadnego dowodu na powyższe twierdzenie, żadnych danych, z których możnaby się dowiedzieć czy rzeczywiście kwasota stolców może być raz wyższą raz niższą, czy stan ten zależy tylko od rodzaju pokarmu, czy też od warunków, jakie pokarm napotyka w jelitach i t. d. (Ciąg dalszy nast.).

IV. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. lwowskiego Prof. Dra Marsa.

Ciąża, poród i połóg u osób obarczonych wadą serca.

Skreślił

Dr. Rudolf Brejter,

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Po skreśleniu zachowania się układu krwionośnego podczas ciąży, porodu i połogu w warunkach fizyologicznych, poświęcę kilka słów ciąży powikłanej wadami serca w ogólności. Muszę z góry zaznaczyć, iż serce z najlepiej wyrównaną wadą nie jest tak wyposażone, jak serce prawidłowe;— jego bowiem siła zasobowa, ta zdolność akomodacyi, waha się w znacznie ciaśniejszych granicach, które znowu zależą od rozciągłości wad zastawkowych i od stanu samego mięśnia sercowego.

Praca serca podczas ciąży — jak wyżej powiedzieliśmy, — nieznacznie rośnie; trudniejsze te warunki pokonuje z łatwością serce zdrowe; serce zaś obarczone wadą organiczną i następowym przerostem, którego siła zasobowa wystarcza zaledwo na pokonanie potrzeb życia codziennego, serce takie samem tylko rozszerzeniem oddziaływać na ciążę nie jest w możności. W tych przypadkach musi mięsień sercowy postępować dalej drogą, na jaką już raz wkroczył, by pokonać pracę, zwiększoną niedomykalnością zastawek, t. j przerastać musi dalej, — w przeciwnym razie występują objawy niedomogi.

Jeśli teraz przerost mięśnia sercowego postępuje równomiernie z rozwojem ciąży, względnie ze wzrostem wymagań, jakie wkłada na niego rozwijająca się ciąża, wówczas nie mamy żadnych zaburzeń ze strony układu krwionośnego; chora z wadą serca rodzi na czasie, połóg przebiega prawidłowo, co więcej — wada taka w ogromnej liczbie przypadków zostaje nie spostrzeżoną przez lekarza. Przerost wówczas jest zupełnym — doskonałym. Przebieg taki zdarza się w 60—70% wszystkich przypadków wad serca u ciężarnych.

Inaczej rzecz się przedstawia, jeśli mięsień sercowy, bądź wskutek niedostatecznych warunków odżywczych, bądź też wskutek zmian zaszłych w nim samym — nie

może przerostem nadążyć w miarę rozwijania się ciąży i rosnących wymagań.

Przeglądając ogromną liczbę przypadków, opisanych przez autorów, możemy cały ten materyał. t. j. przypadki czystych [1]) wad serca, podzielić na trzy wielkie grupy. Do I. grupy zaliczam przypadki, w których mięsień sercowy, nie mogąc chwilowo nadążyć wymaganiom rosnącym w miarę rozwoju ciąży, kilkakrotnie, co pewien czas, popada w lekki stan znużenia, objawiający się lekką dusznością, biciem serca, napadami osłabienia. — Stan taki chwilowego osłabienia trwa krótko i za każdym razem serce nadąża i pokonuje zwiększone wymagania, aż do prawidłowego terminu porodu. Z tą chwilą ustępują zupełnie objawy niedomogi. Zdaje mi się, iż do tej grupy można zaliczyć większą połowę opisanych przypadków.

Do II. grupy należą przypadki, w których po wystąpieniu objawów niedomogi mięsień sercowy z różnych przyczyn nie może nawet pod wpływem odpowiedniej terapii nadążyć z przerostem, lecz stan chorej wcale się nie poprawia, lub nawet stale pogarsza aż do porodu. W tych dość licznych przypadkach na szczęście *vis medicatrix naturae* w sam czas przychodzi z pomocą, zwykle bowiem następuje przedwczesny poród, względnie poronienie. Z chwilą tą objawy niedomogi powoli ustępują, stan chorej stale się poprawia, trudniej jednak i powolniej, niż w przypadkach grupy pierwszej.

Do III. grupy zaliczyć mi wypada przypadki, w których mięsień sercowy na zwiększone ciążą wymagania nietylko iż nadal nie może oddziaływać przerostem, — lecz siły jego stale upadają wskutek postępującej naprzód sprawy zwyrodnienia. I w tych smutnie zwykle kończących się przypadkach, skoro nawet przychodzi do przedwczesnego porodu, względnie poronienia, terapia okazuje się bezsilną i nie jest w możności powstrzymać postępującego szybkim krokiem naprzód przeobrażenia wstecznego. Są to przypadki w całem tego słowa znaczeniu niepomyślne, lecz na szczęście rzadko się wydarzające. Bezpośredniej zatem przyczyny zaburzeń w obiegu krwi podczas ciąży szukać należy nie w rozciągłości zmian na zastawkach, jak niektórzy autorzy sądzą, — nie w zmienionych warunkach ciśnienia krwi, — lecz w stopniu sprawności samego mięśnia sercowego, w jego zdolności przystosowania się do zwiększonej pracy, w jego sile kurczliwości i w ogólnych warunkach odżywczych.

Nie ulega wątpliwości, iż w tych warunkach wszelkie powikłania i świeże sprawy zapalne śródsierdzia pogarszają znacznie rokowanie. Do powikłań takich zaliczamy miąższowe zapalenie nerek, — zapalenie powrotne śródsierdzia *(endocarditis recurrens)* — z następowymi często się przydarzającymi zatorami, jakoteż wszystkie sprawy gorączkowe i zakaźne, mające związek z porodem. W tych przypadkach rokowanie staje się o wiele gorsze, wprost niepomyślne. Już wyżej wspomniałem, iż statystyka śmiertelności w lwowskiej klinice silnie odbija i stoi w widocznej sprzeczności ze statystyką autorów, czerpiących swe źródła w zakładach prywatnych lub z praktyki prywatnej. O powodach tych różnic wspomniałem wyżej. Obecnie dla lepszego rozejrzenia się przedstawiam szematyczne zestawienie statystyk, które mi były dostępne.

[1]) Przypadki z czystemi wadami serca nazywam te, w których inne narządy, prócz serca; nie okazują zmian chorobowych.

Statystyka śmiertelności wad serca wśród ciąży, porodu i połogu.

Imię autora	Liczba przypadków	Liczba przypadków śmierci	Obliczenie odsetkowe	Uwaga
Macdonald	28	17	60·7	
Berry-Hart	8	7	87·5	
Lublińsky	7	5	71·4	
Wessner	77	38	49·3	Przypadki te są zebrane z kazuistycznych ogłoszeń w piśmiennictwie.
Wessner	25	1	4·0	Przypadki z kliniki berneńskiej.
Leyden	20	11	55·0	
P. Mueller	58	23	39·5	
Schlayer	25	10	40·0	
Jaworski	10	3	30·0	
Guérard	13	4	30·7	
Schneider	14	1	7·1	Z kliniki w Marburgu.
Lwoff	—	—	12·0	
Wiesenthal	8	1	12·5	
Jess	29	1	3·4	Z kliniki lekarskiej w Kilonii.
Vinay	20	0	0	Z Hôtel Dieu w Lyonie.
Herse	22	0	0	Z kliniki położ. w Würzburgu.
Fellner	94	6	6·3	Z kliniki w Wiedniu prof. Schauty.
Brejter	33	2[2])	6·0	Z kliniki lwowskiej prof. Marsa.

Dla lepszego przeglądu i zwięzłości ująłem krótkie historye chorób tych 33 przypadków w tablice poglądowe, które do dzisiejszego zeszytu „Przegl. lekar." dołączam.

Statystyka niniejsza jest jedną z liczniejszych. Zaznaczam na wstępie, iż na 33 przytoczonych przypadków znajduje się 31 czystych wad serca, których śmiertelność równa się zeru, dwa zaś przypadki z powikłaniami: oba zakończyły się śmiercią. Zwracam uwagę na to, iż ściśle odróżniam przypadki czystych wad serca wśród ciąży — od przypadków wad serca z powikłaniami. Ogromna bowiem zachodzi różnica co do rokowania, — a i terapia w wielu względach się różni. — Szczególniejszy zaś nacisk kładę na terapię, — która, jak dziś sprawa stoi, — niekiedy zanadto jest wkraczającą, zbyt radykalną, — niekiedy znowu za ostrożną, zwłaszcza w przypadkach, które już z góry uważamy za stracone. Nigdzie jednak tak często niespodzianki się nie przydarzają, jak właśnie w przypadkach ciąży powikłanej wadą serca, które uważamy za stracone. Na 31 przypadków czystych wad serca nie straciliśmy zatem ani jednej chorej. W przypadku — 31, w sześć tygodni po wypuszczeniu pacyentki z kliniki nastąpiła śmierć nie bezpośrednio wskutek niedomogi serca, lecz wskutek zakażenia połogowego, z następowem zwyrodnieniem mięśnia sercowego i z następowej niedomogi.

Wszystkie stany gorączkowe w połogu przy obecności wady serca wpływają bardziej szkodliwie na ustrój, niż przy sercu zdrowem; — gorsze bowiem odżywianie tkanek czyni je mniej odpornemi na wtargnięcie koków. — Przeglądając historye chorób, mimowoli uderza nas wielka ilość porodów przedwczesnych i poronień [3]). Na 33 przypadków przerwanie ciąży dobrowolne nastąpiło w 14 przypadkach; u 12 z tych chorych żadnej innej przyczyny przerwania ciąży wykazać nie można było, jak tylko wpływ zmian

[2]) Z tych dwóch przypadków: w jednym było: *Endocarditis ulcerosa.-Nephritis chron.*, w drugim: *Insufficientia valvul-semilunar. aortae, myo- et pericarditis.* Autopsye wykonane przez Dra Kučerę potwierdziły oba rozpoznania.

[3]) Dokładnej statystyki przypadków wczesnych poronień nie robiłem; dwa zaś przypadki w niniejszej statystyce przypadają na okres statystyki systematycznej, t. j. na czas 6-cio miesięczny, w którym wszystkie, zgłaszające się przypadki położnicze sam badałem.

w sercu. Jeśli do powyższej liczby dodamy jeszcze przypadek 31, dotyczący chorej, która podczas ciąży opuściła klinikę i u której również według doniesienia listownego poród nastąpił przedwcześnie, otrzymamy 39.4%. U 16 chorych poród nastąpił w oznaczonym czasie, a między tymi dwa razy poród bliźniaczy. Uwzględniając zaś wszystkie poprzednio odbyte porody naszych chorych, okaże się, iż na 103 porodów u 32 chorych nastąpiło przedwczesne przerwanie się ciąży 23 razy, co czyni 22.3%.

W ogóle na 33 chorych — 18 przebywało przedwczesne przerwanie ciąży, 14 rodziło na czasie, między temi 4 pierwiastki, jedna zaś pierwiastka, jako ciężarna, opuściła klinikę.

Na podstawie zatem naszej statystyki okazuje się, iż 55·1% porodów u osób z wadą serca — występuje przedcześnie. Inni autorowie podają również wysoki odsetek przedwczesnego przerwania ciąży. I tak Guérard 40·5%, Leyden 48%, Laubinger 28·2%, Peter 46·2%, Schayer 21·4%. Słusznie zatem podaje Porak radę pisząc: „en prosence d'avortements séccessifs il faut ne jamais oublier d'ausculter le coeur, si l'on veut trouver la cause des expulsions prématurées".

Według zapatrywania Spiegelberga większe niebezpieczeństwo przedstawiają wady serca niedawno nabyte,— wady świeżego pochodzenia, — statystyka zaś nasza wykazuje nam wręcz coś przeciwnego. Właśnie u wieloródek, u których już w poprzednich porodach występowały objawy niedomogi serca i to niejako stopniowo przy każdym następnym porodzie wybitniej, — można było stwierdzić ciężkie objawy ze strony serca, wprost zagrażające ich życiu. Na 13 przypadków przedwczesnego przerwania ciąży było 11 wieloródek, a 2 pierwiastki. U każdej niemal wieloródki wywiady wykazują, iż pierwsze porody były czasowe i prawidłowe lub z nieznacznymi objawami ze strony serca; w miarę liczby porodów występowały tem wybitniej objawy niedomogi i tem wcześniej przedwczesne przerwania ciąży. Na tej podstawie zatem śmiało twierdzić możemy, iż w miarę liczby porodów serce coraz bardziej odmawia posłuszeństwa, — łatwiej występują poronienia i porody przedwczesne tak, iż przypuszczać należy, że każdy poród następny pozostawia piętno po sobie, przynosząc uszczerbek wytrzymałości serca i przyspieszając powolnym krokiem z latami postępujące naprzód zwyrodnienie mięśnia sercowego.

Jak wyżej wspomniałem, nie mieliśmy u naszych chorych z czystemi wadami serca pomimo bardzo ciężkich objawów niedomogi ani jednego przypadku śmierci. Stwierdzić tylko było można, iż objawy ze strony serca wzmagały się wybitnie podczas porodu, w połogu zaś ustępowały powoli i stopniowo. W dwóch tylko przypadkach (21,4) był stan po porodzie coraz gorszy, — pod wpływem jednak naparstnicy powoli nastąpiło polepszenie. W przypadkach tych widocznym był zbawienny wpływ tego leku. Przed porodem i wśród porodu podano tra strophanti; wyraźnego skutku atoli nie stwierdzono; gdy zaś po porodzies tan chorej zaczął się pogarszać, podano naparstnicę, pod wpływem której, objawy niedomogi powoli ustąpiły. Zaznaczam, iż w obu przypadkach była wada zastawki dwudzielnej.

Statystyka śmiertelności noworodków nie przedstawia się u nas tak fatalnie, jak n. p. w klinice Martina, gdzie 40%, — według Schlayera zaś 25% dzieci przychodzi na świat obumarłych. Na 30 dzieci, — między temi dwa razy bliźnięta, — przypada 4 nieżywo urodzonych, t. j. 12·4%. Trzy noworodki nieżywo urodzone były niedonoszone; z po między 26 noworodków żywo urodzonych 7 było niedonoszonych — czyli, że na 30 dzieci przypada 10 niedonoszonych, co czyni 31%.

U położnic z wadą serca występowały stosunkowo dość często obfite krwawienia tuż po porodzie z powodu złego kurczenia się macicy (1, 9, 12, 22, 25, 29). W żadnym z tych przypadków nie spostrzeżono wskutek tego złych następstw, owszem nawet w przypadkach, które sam spostrzegałem, — doznawałem wrażenia, iż krwawienie przyczyniło się do szybkiego, doraźnego polepszenia stanu chorych, objawy zaś niedomogi, aczkolwiek wybitne w tych przypadkach, ustępowały w bardzo stosunkowo krótkim czasie, może szybciej, niż w przypadkach, w których macica dobrze się kurczyła.

Wpływ ten obfitszego krwawienia należy uważać tylko za chwilowo korzystny, o ile bowiem działa na ustrój osłabiająco, musi być niekorzystnym. Ważnem, sądzę, jest to, że krwotok mierny u tych osób nie jest bardziej niebezpieczny jak u zdrowych, lecz nawet chwilowo przyczynia się do zmniejszenia groźnych objawów niedomogi.

Spostrzeżenie to przemawia przeciw teoryi Fritscha, iż zaraz po porodzie prawy przedsionek serca za mało otrzymuje krwi i cała krew zostaje nagromadzoną w dużych naczyniach żylnych jamy brzusznej; łatwość znoszenia krwotoków u tych położnic i ta szybkość w wyrównaniu zaburzeń w obiegu krwi przemawiają raczej za wręcz przeciwną teoryą Spiegelberga, na którą zgadzają się Löhlein, Schlayer i inni, a do której również przychylam się z małemi zmianami.

W wielu przypadkach, a może w większej części przypadków, macice zwijały się bardzo leniwie w ogóle w połogu. Mimowoli przychodzi na myśl pewien związek przyczynowy z wadą serca, skoro się to spostrzega w klinice w pewnym czasie tylko u osób, obarczonych wadą serca, a u wszystkich innych zdrowych widzi się dobre zwijanie się macicy. Podczas gdy u osób zdrowych można było 10 dnia połogu znaleść macicę, wyczuwalną zaledwie nad spojeniem łonowem, to u obarczonych wadą serca sięgały macice w tymżesamym czasie na szerokość 2—3 palców poniżej pępka.

Przychodzi mi na myśl rodzaj samopomocy ustroju jeśli wolno użyć przenośni i tak się wyrazić. — W miarę bowiem zwijania się macicy i wyłączania skutkiem tego dróg ubocznych (kolateralnych) zwiększają się opory w krążeniu i rośnie praca serca; — w miarę zaś powolnego bardzo zwijania się macicy, również bardzo nieznacznie i stopniowo rośnie praca serca; — serce to ma zatem możność stopniowego przystosowania się powoli do rosnących wymagań i nie jest narażone na szybsze zmiany w ciśnieniu krwi. W niektórych przypadkach spostrzegałem, iż w kilka dni po porodzie, już po ustąpieniu objawów niedomogi serca, — nagle wystąpiło pogorszenie, pod postacią omdlewania, bicia serca, nieregularnego tętna, które zwykle po podaniu leków podniecających po kilku godzinach lub po jednym dniu trwania ustępowało; — może i w tych razach przy dokła-

dniejszem spostrzeganiu stanu macicy dałby się wykazać związek przyczynowy pomiędzy sercem a wysokością dna, względnie szybkością zwijania się macicy.

Również zwrócić muszę uwagę, iż w przypadkach przedwczesnego porodu łożyska z małymi wyjątkami okazywały prócz starszych, zupełnie świeże wynaczynienia krwi. Przyczyny tych wynaczynień szukać należy według Müllera w zastoju żylnym z następowemi wynaczynieniami i z następowem odklejaniem się łożyska. Webster zaś kładzie nacisk głównie na niedostateczne utlenianie się krwi, co znowu jest czynnikiem wywołującym bóle porodowe.

C. d. n.

V. Wyciągi.

Schönwerth. **Przypadek ostrego zapalenia kręgów.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1902, Nr. 7). Choroba ta należy do rzadkości; w całem piśmiennictwie zanotowano 41 przypadków. W przypadku autora chory dostał nagle bólu w krzyżach, który uniemożebniał chodzenie i schylanie się ku przodowi; ból ten rozprzestrzeniał się na lędźwie, a najbardziej na lewo od kręgosłupa. Przy badaniu przedmiotowem znalazł autor kręgosłup w części piersiowej skrzywiony nieco na lewo; okolice ostatnich żeber, ostatnich kręgów piersiowych i dwóch lędźwiowych na dotyk wrażliwe, ciepłota znacznie podwyższona. Drugiego dnia wystąpiła niemożność podnoszenia się z łóżka z powodu bólów, wyrostki tylne XII kręgu piersiowego i I lędźwiowego przy dotyku bardzo bolesne; okolica brzucha po stronie lewej również bolesna. Trzeciego dnia bolesność przy dotykaniu kręgów prawie ustąpiła, chory mógł się przy pomocy dźwigać z łóżka, z powodu zaś postawionego rozpoznania: *Abscessus paranephriticus* przystąpiono do operacyi, która rozpoznania nie potwierdziła. W trzy dni później chory wśród ustawicznej gorączki umarł. Przy sekcyi znaleziono w okolicy I kręgu lędźwiowego po prawej stronie wyrostka tylnego w kości, pozbawionej w tem miejscu okostnej, ubytek wielkości orzeszka, sięgający aż do rdzenia kości. Ubytek ten zawierał małą ilość ropy, jednakże komunikacyi z jamą rdzeniową nie było. Badanie bakteryologiczne tego miejsca i krwi dało czystą hodowlę gronkowca ropnego złocistego. Autor uzasadnia błąd w rozpoznaniu przed operacyą zmniejszeniem się objawów w trzecim dniu choroby, co nie odpowiadało zwykłemu typowi ostrego zapalenia kręgów, a chory przecież mógł się już nawet przy pomocy służącego dźwignąć z łóżka; za ropniem kołonerkowym przemawiała bolesność i wrażliwość w okolicy lędźwiowej lewej, nadto ból przy dotykaniu ostatnich żeber i ból w podżebrzu. Ustąpienie bólów trzeciego dnia odpowiadałoby z największem prawdopodobieństwem przebiciu ropnia przez warstwę korową kości kręgu, co sprawiło choremu chwilową ulgę. Śmierć była następstwem ogólnego zakażenia krwi gronkowcem. Przypadek ten o tyle był trudny do rozpoznania, iż nie było czasu do wytworzenia się objawów, któreby rozpoznanie ostrego zapalenia kręgów usprawiedliwiało, mianowicie nie przyszło w okolicy schorzałej do obrzęku i chełbotania, coby zmusiło do nacięcia, odsłonięcia kości i wydłutowania części kostnych, zniszczonych ropną sprawą zapalną. Za punkt wyjścia tego zapalenia i następowego zakażenia krwi uważa autor czyrak na lewem przedramieniu chorego.

B. Żmigród.

Ochsner. **O dających się uniknąć powikłaniach przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1902, Nr. 8). Aby uniknąć powikłań w zapaleniu wyrostka robaczkowego trzeba uchwycić tę chwilę, kiedy wyrostek znajduje się w stanie zapalnym, a zapalenie nie przeniosło się na otoczenie; — to jest najdogodniejsza pora do wycięcia wyrostka. Okresem tym, oznaczanym przez autorów jako najodpowiedniejszy do wkroczenia, są pierwsze 36 godzin po wystąpieniu napadu; operacya jest wtedy łatwa, rokowanie bardzo dobre. Lekarze jednak w tym czasie nie często dostają chorych, nie zawsze rozpoznanie odrazu jest ustalone i nie zawsze chirurg znajduje się w miejscu. Jeśli jednak ten ostatni warunek daje się wypełnić, to zdaniem wielu autorów, między nimi Kümmela, Sonnenburga, trzeba operować w przerwie między bólami, najtrudniejsze zaś są przypadki spóźnione dla okresu operacyjnego w pierwszych 37 godzinach, lub jeśli bóle trwają bezustannie. Na podstawie 620 przypadków w $3^1/_2$ latach, a w szczególności na podstawie 17 przypadków bardzo pilnie spostrzeganych i badanych przez trzy miesiące, potwierdza autor swe spostrzeżenie, zrobione przed dziesięciu laty, że zapalenie ogranicza się we wszystkich prawie przypadkach tylko na wyrostek, jeśli się w przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego nie podaje od początku choroby bezwzględnie żadnych pokarmów przez usta. Autor tłómaczy to w następujący sposób: sieć kładzie się około wyrostka, a obok sieci jelito cienkie; zastawka Bauhina zamyka się i nie przepuszcza ani gazów, ani treści jelitowej, nadto spokój powstały potęguje jeszcze skurcz mięśni brzucha nad schorzałym wyrostkiem. Jeśli następowo zaś przychodzi do zgorzeli lub do przedziurawienia wyrostka, to nie powstaje wtedy ogólne zapalenie otrzewnej, jak długo ruchów robaczkowych niema. Dawniej sposób ten postępowania ograniczał autor tylko do pewnej liczby wybranych przypadków; obecnie od trzech lat we wszystkich tak postępuje i doszedł do tego przekonania, że powikłania dają się bezwarunkowo we wszystkich prawie przypadkach uniknąć, a jeśli już nawet istnieją, to postępowanie to stanowczo polepsza rokowanie. W razie skłonności do wymiotów płócze się regularnie żołądek; można tylko podawać co cztery godziny małe ilości ciepłej wody przez usta i lewatywy odżywcze, przyczem powinno się unikać środków przeczyszczających i dużych lewatyw.

B. Żmigród.

Prof. Kisch. **Kąpielowe leczenie nerwowo-czynnościowych zaburzeń serca.** (*Wiener med. Presse* Nr. 18, 1902). Mianem tem objęte są to przypadki schorzeń serca, w których przedmiotowo żadnej chorobowej zmiany w narzędzie krążenia wykryć nie można, a źródło choroby leży natomiast w unerwieniu serca. Jako pierwsze objawy choroby podają chorzy „bicie“ serca, które — bez jakiejś widocznej przyczyny nagle się pojawiło, trwało kilka minut i kilka razy w tym samym dniu się powtórzyło; od tego czasu powtarzają się te napady w nierównych odstępach czasu. Obok tego miewają chorzy przykre uczucie ucisku w okolicy serca, uczucie lęku, i zdaje im się, jakoby serce bić przestało, czemu towarzyszą zawroty głowy, chód niepewny, w rzadkich zaś przypadkach omdlenie. Do znanych etyologicznych czynników (nadużycia: płciowe, tytoniu, wyskoku) dodaje autor jeszcze dwa, z których pierwszy odnosi się do nadmiaru zajęcia umysłowego, drugi pojawia się jedynie u młodych dziewcząt w okresie pokwitania, znikając potem po wystąpieniu pierwszego miesiączkowania. W obydwóch tych przypadkach uważa Kisch uczucia podmiotowe chorych jako następstwo nadmiernego napięcia układu nerwowego w ogólności a nerwów regulujących czynność serca w szczególności. Na usunięcie wyżej opisanych zaburzeń nic tak dobrze nie wpływa, jak leczenie kąpielowe, które też przedstawia wdzięczne pole działania. W pierwszym rzędzie zasługują na uwagę kąpiele, zawierające kwas węglowy, naturalnie ciepłe, lub też sztucznie ogrzane, o ciepłocie mniejwięcej 32°—33° C.; a czas trwania kąpieli od 5—8 minut; przy użyciu solanek należy mieć na względzie, by zawartości soli w wodzie kąpielowej nie przekraczała $1-1^1/_2\%$. Przedłużenie czasu kąpania, zarówno jak i podwyższenie ciepłoty wody i zawartości soli, ma następować zwolna i stopniowo, — tak samo rzecz się ma z przejściem od wód stojących, spokojnych do płynących, falujących. Z zabiegów wodoleczniczych znajdują zastosowanie wilgotne zawijania, okłady w połączeniu z mięsieniem, ruchami biernymi i z oporami, — obok tego nie należy spuszczać z oka leczenia dyetetycznego. W każdym razie należy i psychicznie zadziałać na chorego — starać się go przekonać, że nie jest dotknięty żadną organiczną wadą serca.

Dr. Pisek (Podgórze).

Leopold. **O szybkiem rozszerzeniu ujścia macicy zapomocą rozszerzacza Bossiego.** (*Arch. f. Gynäc.* 1902, tom 66, Zeszyt I). W przypadkach, w których lekarzowi zależy na możliwie szybkiem i łagodnem rozszerzeniu ujścia lub szyjki macicy — w celu natychmiastowego operacyjnego rozwiązania kobiety, radzi L. zastosowanie rozszerzacza Bossiego, tembardziej, że może on nieraz znakomicie zastąpić dotychczasowe niebezpieczne użycie śródmacicznego balonu Brauna. Przyrząd Bossiego składa się z czterech ramion, zamkniętych w chwili wprowadzania go. W miarę poruszania śrubą, dogodnie umieszczoną, ramiona się rozchodzą, a odległość ich od siebie znaczy równocześnie w centymetrach wskazówka. Rozejście się ramion można doprowadzić do 10 ctm., podczas gdy ujście macicy jest zupełnie rozwarte już przy $8^1/_2$ ctm. Autor miał sposobność zastosowania przyrządu B. w 14-tu przypadkach, głównie z powodu drgawek porodowych, zawsze ze świetnym wynikiem. We wszystkich tych przypadkach było ujście macicy zaledwie lub swobodnie drożne dla palca, i udało się osiągnąć zupełne rozwarcie w przeciągu 15 do 30 minut. W trzech tylko przypadkach nastąpiło nieznaczne naddarcie szyjki macicy, które L. kładzie na karb małej jeszcze wprawy w używaniu tego przyrządu. Ze względu na znakomite wyniki samego prof. Bossiego (Genua) i swoje, dalej ze względu na pojedynczą konstrukcyę i łatwość w użyciu, poleca L. przyrząd ten gorąco lekarzom praktycznym.

Dr. E. Ehrenpreis.

Dobber. **Sześćdziesiąt przypadków ciąży trąbkowej, przerwanej we wczesnym okresie.** (*Arch. f. Gyn.* 1902, t. 66, Z. 1). Ciąża trąbkowa według autora zostaje przerwaną wskutek krwotoku z miejsca łożyskowego, z powodu czego przychodzi do oddzielenia i zniszczenia jaja płodowego; niestosunek między wielkością jaja płodowego, a wytrzymałością ścian trąbki, oraz jej skurcze mają wpływ na dalszy przebieg już przerwanej ciąży. Najczęstszem następstwem przerwania ciąży trąbkowej jest poronienie zwykle niezupełne, rzadziej zupełne; w małej tylko liczbie pęknięcie ścian trąbki, a najrzadszem następstwem jest utworzenie się w trąbce zaśniadu krwawego. Zależy to od czasu trwania ciąży, od wytrzymałości ścian trąbki, od wielkości krwotoku w trąbce, wreszcie od tego, czy ujście brzuszne trąbki jest zarośnięte, czy też wolne.

Aby ułatwić rozpoznanie, dzieli autor przypadki tu należące na trzy grupy. Do pierwszej należą te, które prowadzą do utworzenia się krwisteku przed- lub zamacicznego. Aby dojść do pewnego rozpoznania, poleca D. nakłócie próbne, zresztą wykonanie jego jest łatwe przy pomocy wywiadów i badania skombinowanego. Do drugiej grupy należą przypadki, w których idzie o krew wolną w jamie brzusznej. Tu rozpoznanie ułatwia niedokrewność czasem bardzo znacznego stopnia, prócz tego przy nagłym wylewie znacznej ilości krwi objawy podrażnienia otrzewnej, występujące nieraz nagle (*shok*). Przy powolnym krwotoku zaś przeważają objawy ze strony przewodu pokarmowego (porażenia jelit), a więc: zaparcie stolca, czasem b. uparte, wzdęcie i tkliwość brzucha, nudności, skłonność do wymiotów; tętno słabo napięte, przyspieszone, oddechy częste. Ponieważ i w zapaleniu otrzewnej i w niedrożności jelit objawy są podobne, dlatego wywiady są tutaj b. ważne (zatrzymanie regularności, krwotok z części rodnych). Do trzeciej grupy wreszcie należą przypadki, w których przychodzi do utworzenia się w trąbce zaśniadu (*mola*). Tu rozpoznanie często bardzo trudne, a nawet niemożliwe. Jedynym bowiem objawem jest guz w przydatkach, podobnie jak przy sprawach zapalnych. Leczenie powinno zawsze zależeć tylko od krwotoku i dalszego zachowania się krwi wylanej. Zastanawianie się, czy mamy do czynienia z pęknięciem trąbki, czy z poronieniem, jest bezwartościowe (dla leczenia), a nawet zgubne tam, gdzie idzie o szybkie działanie. W przypadkach więc grupy drugiej należy operować i to im wcześniej, tem lepiej; operować jednak w każdym razie, jeżeli chora wogóle jeszcze oddecha, choćby tętno nie było wyczuwalne. Przypadki grupy pierwszej i trzeciej nadają się do leczenia zachowawczego, lecz tylko w pewnych granicach. Przy krwisteku należy operować; 1) jeżeli guz się powiększa, co wskazuje na trwanie krwotoku; 2) jeżeli nastąpił rozkład (gnilny) guza krwawego, wreszcie 3) przy długotrwałej gorączce i bólach, które zawsze wskazują na podrażnienie otrzewnej. Zaśniad krwawy w trąbce (grupa trzecia), należy leczyć, jak guzy zapalne, a więc i tu trzeba czasem operować. Jako drogę operacyjną poleca D. tylko laparotomię. Droga przez pochwę, często niewdzięczna i narażająca chorą na długie leczenie pooperacyjne, jest wskazaną tylko przy starych, rozległych, rozkładających się krwawych guzach zamacicznych. Wreszcie zastanawia się D., czy dobrze jest przy krwi wolnej w jamie brzusznej zostawić ją tam, czy też wydalić ztamtąd. Polegając na własnem doświadczeniu, radzi autor stanowczo wydalić krew wolną z jamy brzusznej (przy operacyi) jak najskrupulatniej, a z pewnością uniknie się nieraz posocznicy po operacyi.

Dr. E. Ehrenpreis.

A. Puławski. **Próba określania wartości odżywczej jedzenia w zakładzie leczniczym.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). Za typ żywienia się naszej inteligencyi autor skłonny jest uważać żywienie w zakładach leczniczych, przeznaczonych dla ludzi średniozamożnych. Pragnąc wyrobić sobie pojęcie o tem, jaką jest wartość odżywcza pokarmów, podawanych w zakładzie Nałęczowskim, Puławski prowadził badania w ciągu dni 47: wszystkie produkty codziennie ważono z oznaczeniem, ile i jakich produktów ma być zużyte na przyrządzenie danej potrawy; dalej obliczano, ile wypada na jedną osobę i wyniki przedstawiano w postaci głównych składników chemicznych (białko, tłuszcz, węglowodany), co znów obliczano na kalorye względne (nieco wyższe od kaloryj przyswajalnych). Wyniki tych badań dowiodły, że dyeta w Nałęczowie znacznie jest wydajniejszą w porównaniu ze znaną formułą Voita (o 2100 kaloryj), że w okrągłych liczbach przedstawia wartość 4600 kaloryj, z których 725 przypada na białko i że koszt dla publiczności wynosi 0,032 kop. za każdą kaloryę, gdy koszt dyety szpitalnej wynosi 0,016 kop. za kaloryę. Dalej autor podaje całe szeregi potraw, przykłady jadłospisu obiadu, wieczerzy, śniadania i podwieczorku, — wszystko z obliczeniem głównych składników i kaloryj.

Dr. Czaplicki.

Henryk Landau. **Poszukiwania doświadczalne nad zachowaniem się żelaza w ustroju zwierząt i ludzi.** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). Praca ta, obejmująca 68 stron księgi jubileuszowej, rozpada się na dwie części. W pierwszej znajdujemy krytyczny przegląd piśmiennictwa, a w drugiej opis doświadczeń własnych autora, dokonywanych częściowo na ludziach (8 doświadczeń), częściowo zaś na królikach i myszach (35 doświadczeń), poczem następuje omówienie wyników. Nieorganiczne sole żelaza wchłaniają się w przewodzie pokarmowym zwierząt i ludzi wyłącznie w dwunastnicy, przez której nabłonek żelazo dostaje się dalej do ustroju drogą naczyń chłonnych i krwionośnych. Wchłonięte żelazo gromadzi się głównie w śledzionie, w części zaś w wątrobie i w szpiku kostnym; w dwóch ostatnich narządach prawdopodobnie w postaci ścisłego związku organicznego, nie zawsze dającego się wykryć zapomocą zwykłych odczynników. Żelazo, uwalniające się wskutek gromadnego rozpadu czerwonych ciałek krwi (niedokrewność, głodzenie), zbiera się całkowicie prawie w wątrobie. Wydalanie żelaza odbywa się głównie w dolnym odcinku przewodu pokarmowego, poczynając od jelita ślepego; w nerkach wydalanie to zachodzi w znacznie mniejszym stopniu. Nieorganiczne sole żelaza, dodane do pokarmu sztucznego, nie zawierającego żelaza, zwiększają w stopniu dość znacznym ogólną zawartość żelaza w ustroju, jednak nie o tyle, by zawartość ta dorównała ilości żelaza w ustroju zwierząt, żywionych normalnie. Skuteczność nieorganicznych przetworów żelaza w pewnych postaciach niedokrewności polega nie na drażnieniu narządów krwiotwórczych, lecz prawdopodobnie na tem, że zostaje ono zużytkowane wprost na wytworzenie hemoglobiny.

Dr. Z. Czaplicki.

Hacker. **Wycięcie tchawicy i zeszycie szwem okrężnym.** (*Beiträge zur klin. Chirurgie* 1902, Tom 32). Glück i Zeller pierwsi wykonali wycięcie tchawicy na zwierzętach, Küster zaś pierwszy wykonał tę operacyę na ludziach. Eiselsberg, Foderl, König wykonali także tę operacyę z dobrym skutkiem z powodu bliznowatego zwężenia tchawicy. König w swoim przypadku prócz tego pokrył ubytek przedniej części płatem skórno-okostno-kostnym z mostka. Jones i Keen wykonali wycięcie tchawicy z powodu zamykającej ją błony. H. podaje przypadek wycięcia tchawicy, który ma być czwartym przypadkiem, w którym wykonano wycięcie całego obwodu tchawicy. Przypadek dotyczy 21-letniego mężczyzny, który w bójce został zraniony w szyję toporem tak, że przecięto mu tchawicę w górnej części. Po miesiącu wystąpiły objawy duszności; musiano jeszcze niezupełnie zarośnięty otwór rozszerzyć i wstawić rurkę do tchawicy. Zwężenie tchawicy doszło do takich rozmiarów, że pozostał tylko mały otworek. Wykonano wycięcie tchawicy w miejscu zwężenia po zrobieniu poprzednio tracheotomii dolnej. Cięciem podłużnem odsłonięto krtań i górną część tchawicy, a następnie wycięto kawałek długości $2^1/_2$ ctm. z górnej części tak, że tchawicę przyszyto następnie wprost do chrząstki pierścieniowej. Leczenie pooperacyjne trwało sześć tygodni. W parę miesięcy później chory przybył do kontrolnego zbadania, przyczem stwierdzono wynik dobry. Także porażenie nerwu zwrotnego z lewej strony, które wystąpiło po operacyi, zmniejszyło się. Najczęstszem wskazaniem do wycięcia tchawicy jest zwężenie z powodu blizn, choć mogą być i inne wskazania. Bruns wykonał resekcyę tchawicy z powodu pierwotnego raka bez następowego zeszycia. Chory żył sześć lat. H. w przypadku raka gruczołu tarczykowego wykonał wycięcie gruczołu z jednej strony wraz z 4 ctm. długim kawałkiem tchawicy; koniec tchawicy wszył w ranę skórną.

Dr. Teofil Zalewski.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Vogt. **W sprawie leczenia gruźlicy tiokolem.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 17, 1902). Działanie tiokolu zaleca autor, jako bardzo skuteczne: gorączka pod wpływem tego leku opada i znika czasami w zupełności; poty nocne, kaszel i odpluwanie stopniowo się zmniejszają, łaknienie i waga ciała się podnosi, zarówno jak i ogólny stan chorego. Objawy wypukowe i przysłuchowe zmieniają się wielce na korzyść, — rzężenia wilgotne znikają, a rozległość nacieku maleje czasami tak szybko, że już po upływie jednego tygodnia można stwierdzić znaczne zmniejszenie się przestrzeni przytłumionego odgłosu. W przeciwieństwie do innych przetworów kreozotu ma jeszcze tiokol tę zaletę, że jest znakomitym środkiem przeciwbiegunkowym.

Dr. Pisek (Podgórze).

Wild. **Orexinum tannicum, jako środek przeciw chorobie morskiej.** (*Wiener med. Presse* Nr. 17, 1902). Znakomite wyniki uzyskał autor u osób, które po podróży koleją trapiły przez kilka dni nudności i wymioty, lub też u osób, które przy każdej jeździe statkiem zapadają na chorobę morską. Skutek bywa jednak tylko wówczas pewnym, jeśli zachowywano następujące postępowanie: *Orexini tannic.* 0·50 na $^1/_2$ lit. płynu (mleko, herbata

sok mięsny) użyć na trzy godziny przed zamierzoną podróżą, — a po dwóch godzinach tuż przed jazdą dobrze się posilić.

Dr. Pisek (Podgórze).

Eschle (Baden). **Leczenie róży pędzlowaniami ichtyolu.** (*Wiener klin. Rundschau*, Nr. 19, 1902). Całą zajętą okolicę powłok skórnych, n. p. twarzy (u mężczyzn po należytem ogoleniu), należy dość grubo napędzlować ichtyolem, pokryć cienką warstwą waty, — po przyschnięciu należy znów to wszystko przykryć grubszym pokładem waty i przymocować opatrunkiem. Już po kilku dniach ustępuje napięcie skóry, a po tygodniu zaczyna ona się łuszczyć i odpadać wraz z watą, pozostawiając świeżą, różowo zabarwioną skórę. Powtórne pędzlowanie jest zazwyczaj zbyteczne. Gorączkę i zajęcie sfery umysłowej usuwa się zapomocą worka lodowego.

Dr. Pisek (Podgórze).

Erythroltetranitrat (Tetranitrol). (*E. Merck. Jahresbericht über das Jahr 1901*). Lek ten, polecony w swoim czasie przez lekarzy angielskich, zyskał w tym kraju trwałe zastosowanie. Obecnie po odczycie Hucharda[1]) w paryskiej Akademii lekarskiej zdobywa sobie we Francyi coraz więcej zwolenników. Tetranitrol jest znakomity, jako środek rozszerzający naczynia: działanie jego występuje powolniej, niż działanie nitrogliceryny, ale trwa znacznie dłużej. W napadach dusznicy bolesnej oddaje nam bardzo wielkie usługi. Mattirolo[2]) poleca go w kolce ołowiczej; z powodu swego powolnego, lecz trwałego działania lek ten skuteczniej zwalcza występujący tu skurcz naczyń, niż nitrogliceryna, natriumnitryt i amylnitryt. Znajduje się w handlu w tabletkach po 0·03.

Dr. T. Ż.

Kwas kakodylowy i jego sole. Gautier, który leczenie kwasem kakodylowym określa jako *„médication par l'arsenic latent"*, roztrząsa[3]) obszernie świeżo przeciwwskazania, jak również środki pomocnicze w stosowaniu tego leku. Obok zaburzeń w sprawności wątroby, główne przeciwwskazanie stanowi pewne osobnicze nieznoszenie niektórych chorych; trzymając się jednak ścisłej metody w sposobie dawkowania, możemy prawie zawsze uniknąć wszelkich objawów ubocznych. Zaczynamy od dawki 25 mgr. na jedno wstrzyknięcie: następnego dnia dawkę podwajamy i stosujemy ją przez dni 7. Następnie siedmiodniowa przerwa, poczem zaczynamy od 50 mgr. i dochodzimy zwolna do 100 mgr. W razie objawów zatrucia (uderzenia do głowy, podniecenie, pokrzywka, szum w uszach, głuchota i krwotoki maciczne), dawkę natychmiast zmniejszamy. Jako środki pomocnicze zaleca Gautier dawkę 0·05 grm. dziennie jodku potasu, fosforany alkaliczne, surowe mięso, a w gruźlicy płuc ostrożne wdechanie dwusiarczku węgla (3—4 razy na dobę po kilka kropel).

Kwas kakodylowy ma działać korzystnie na przemianę materyi i działać tonizująco na tkanki: również ma ułatwiać wydzielanie toksyn z ustroju. Cierpienia, w jakich można go stosować, są: gruźlica płuc I i II stopnia z krwotokami lub bez, zołzy, dna, zimnica, przewlekłe choroby skórne i neurastenia. Również dobre wyniki daje u ozdrowieńców po wycieńczających chorobach długotrwałych.

Dotąd stosowano najczęściej *natrium cacodylicum* w postaci wstrzykiwań podskórnych: Anelli (Sem. med. 1901, Nr. 31) zaleca wstrzykiwanie wprost do żyły roztworu *0·05 grm.: 1 sz. cm. aqu. dest pro die.*

Dr. T. Ż.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 28. maja 1902 r.

Przewodniczący kol. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący wita obecnych na posiedzeniu jako gości: kol. Marsa i Szulisławskiego ze Lwowa, Grabowskiego z Wołogdy i Potopowicza z Petersburga.

II. Kol. Przewodniczący odczytał wniosek, podpisany przez liczniejsze grono kolegów, następującej treści:

»Towarzystwo lekarskie uchwala wyrazić Czcigodnemu Koledze Kwaśnickiemu w dniu dzisiejszym najgorętsze uznanie i wdzięczność z prośbą, aby raczył i nadal Towarzystwo otaczać swoją życzliwością i aby zezwolił ku pamiątce tego dnia umieścić w sali posiedzeń swój wizerunek, ofiarowany przez członków Towarzystwa.

[1]) Huchard: Presse médicale, 1901, Nr. 19.
[2]) Mattirolo: Nouveaux remèdes. 1901, Nr. 20.
[3]) Gautier: Bull. de l'acad. de Med. du 8 Juillet 1901 i Rev. de therap. med. chir., 1901, str. 567.

Wniosek ten uzasadnił kol. Jakubowski w następujących słowach:

»Zapisałem się do głosu w celu bliższego uzasadnienia i gorącego poparcia dopiero co odczytanego przez Pana Prezesa wniosku. Przemawiam przedewszystkiem w imieniu Kolegów podpisanych na wniosku, a to jako jeden z najdawniejszych członków, który wśród ubiegłych lat 25-ciu był naocznym świadkiem wytrwałej i skutecznej pracy Kolegi Kwaśnickiego w łonie naszego Towarzystwa. Do zazabrania głosu zniewala mię również i ta okoliczność, że miałem sposobność poznać bliżej zalety, prawy charakter, wielkie zamiłowanie do pracy Kolegi Kwaśnickiego wprzód, nim jeszcze przystąpił do naszego Towarzystwa; przybywszy bowiem przed dwudziestu kilku laty do Krakowa, oddał się szczerze pracy zawodowej jako lekarz w szpitalu św. Ludwika, zostającym pod moim kierunkiem. Zalety, jakiemi odznaczał się przy rozpoczęciu swego zawodu, uwydatniły i rozwinęły się na szerszej arenie jego życia jako obywatela i lekarza, jednając mu coraz większe uznanie i szacunek, zarówno między kolegami, jak i publicznością.

Zasług i prac Dra Kwaśnickiego w łonie Towarzystwa lekarskiego nie będę tu wyliczał szczegółowo: są one znane wszystkim kolegom. W ogólności jednak zaznaczyć muszę, że skory do pracy z powołania i przekonania nie ubiegał się nigdy o godności i zaszczyty, lecz wzywany przez kolegów nie uchylał się od spełniania poruczonych mu obowiązków, troszcząc się jedynie o to, by zadość uczynić położonemu w nim zaufaniu.

Rzuciwszy okiem na kronikę i przebieg spraw w Towarzystwie naszem w ubiegłej ćwierci wieku, spotykamy się na każdym kroku z nazwiskiem Dra Augusta Kwaśnickiego. Przez lat 7 pełnił on gorliwie obowiązki sekretarza stałego, dwukrotnie z woli kolegów piastował godność prezesa, — od lat 25 bez przerwy należy do Komitetu redakcyjnego, — a rok już siódmy spoczywają na barkach jego ciężkie, z wielką odpowiedzialnością, częstokroć i z przykrościami łączące się obowiązki, głównego redaktora »Przeglądu lekarskiego«.

Komu dokładniej znane są wewnętrzne stosunki naszego Towarzystwa, zaprzeczyć nie może, że Dr. Kwaśnicki na każdem przez kolegów poruczonem mu stanowisku pracował z naśladowania godną pilnością, z zdumiewającą wytrwałością, co tem więcej przez nas cenionem być winno, że Dr. Kwaśnicki jest lekarzem wolno praktykującym, cieszącym się wielkiem zaufaniem publiczności, posiadającym rozległą praktykę. Jako lekarz chorób dzieci zmuszony częstokroć do poświęcania wiele czasu nie tylko wśród dnia, ale i wśród nocy, nie dał się pochłonąć praktyce, nie utonął wyłącznie w wirze codziennych zajęć lekarskich, lecz party siłą woli, wysoko zrozumianem poczuciem obowiązków i zamiłowaniem do nauki, znajdował zawsze czas i do dziś dnia go znajduje, aby w gronie naszego Towarzystwa spełniać dokładnie i skutecznie wszystkie przez współkolegów poruczane mu obowiązki.

Nie wątpię, że wszyscy Panowie wielostronne zasługi Kolegi Kwaśnickiego, równie jak ja, należycie oceniacie, czego dowodem, iż tak licznie zebraliście się na dzisiejszem posiedzeniu, na którem sprawa odznaczenia Kolegi Kwaśnickiego umieszczoną jest na porządku dziennym.

Uchwalając przedłożone wnioski nie tylko uczynimy zadość obowiązkom naszym wobec zasłużonego Kolegi i życzeniom ogółu lekarzy w kraju; ale co więcej, podjęta uchwała z zadowoleniem przyjętą będzie przez lekarzy polskich i pobratymczych poza granicami kraju. Kolega Kwaśnicki bowiem znany jest nie tylko jako współpracownik wielu pism lekarskich, ale na wielu zjazdach lekarskich poza granicami kraju jako delegat, godnie reprezentujący Towarzystwo nasze.

Co do sposobu i formy uznania, to nie możemy się ograniczać do gratulacyi i przemówień, chociażby ujętych w najżyczliwszych i najgorętszych słowach, lecz jak wytrwałą i długoletnią była jego praca, również trwałą winna być pamiątka. Szczęśliwą jest zatem myśl podniesiona we wniosku, aby ze składek złożonych przez współkolegów wymalowanym został portret kolegi Kwaśnickiego, który następnie, jako własność Towarzystwa, mógłby być umieszczonym w jednej z sal budować się mającego w przyszłości gmachu Towarzystwa. Portret ten nie tylko pozostanie trwałą pamiątką, ale dla następców naszych służyć może za wskazówkę w tym kierunku: iż nie koniecznie musi się zajmować katedrę Uniwersytetu, nie koniecznie musi się być kierownikiem zakładu lub oddziału szpitalnego, lecz że każdy lekarz przy dobrych

chęciach, wytrwałej pracy, łączącej się że szczerą miłością kraju, może skutecznie i z uznaniem pracować dla dobra stanu lekarskiego i postępu nauki!

Po przemówieniu ten wniosek przyjęto przez aklamacyę, a kol. Przewodniczący zaprosił kolegów: Pieniązka i Raczyńskiego, aby się udali do kol. Kwaśnickiego z zaproszeniem, by przybył na dzisiejsze posiedzenie

IV. Kol. Siedlecki wygłosił odczyt p. t.: »Komórka zwierzęca i pasorzyt«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabrał głos kol. prof. Browicz: Pochop do badań w kwestyi pasorzytniczego pochodzenia raka dały spostrzeżenia kliniczne przypadków rozsiewania się raka *(carcinosis miliaris)* przypominające rozsiewanie się zmian chorobowych pochodzenia nie wątpliwie zakaźnego. Olbrzymi rozwój bakteryologii i stwierdzenie działania udziału pasorzytów roślinnych w różnych sprawach chorobowych nasunęły podstawę do tych badań. Wzięto się do badania stanu komórek rakowych i odkryto w nich twory pod względem kształtu, wejrzenia, barwienia się najróżnorodniejsze i opisywano je jako pasorzyty będące podstawą, przyczyną nowotworu. Ograniczono się zaś tylko do badania komórek nowotworowych.

W r. 1893 przedsięwziąłem badania porównawcze stanu komórek różnych tkanek w różnych sprawach chorobowych przewlekających się lub przewlekłych, niemających nic wspólnego z rakiem, wogóle z nowotworem i porównywałem je z obrazami, jakie w komórkach przedewszystkiem rakowych jakoteż mięsakowych napotykamy. O wyniku badań moich zdałem sprawę na zjeździe chirurgów polskich. Przekonałem się, iż w tych różnych etiologicznie nawet jasnych sprawach chorobowych, w których np. pasorzyty są przyczyną pewną, jakoteż w różnych etiologicznie dokładniej nieokreślonych, spotyka się podobne lub zupełnie takie same twory, jakie jako pasorzyty rakowe opisywano. Twory te były po części obrazem przeobrażeń, zmian w jądrach komórek, po części przeobrażeniami krwinkami białemi lub czerwonemi do komórek wnikającemi. Na podstawie badań moich powiedziałem, podówczas iż twory, jakie znajdowano w komórkach rakowych nie użyczają żadnej podstawy teoryi pasorzytniczej raka. Badania moje ówczesne przekonały mnie również, iż my nie znamy dokładniej morfologii wytworów chorobowych komórek tak w komórkach tkwiących jakoteż będących już poza komórkami. To samo i dzisiaj powtórzyć muszę W toku moich badań komórki wątrobnej w różnych sprawach chorobowych, w przypadkach, gdzie nigdzie w organizmie śladu raka nie było spotykałem w komórkach wątrobnych twory będące niewątpliwie wytworem chorobowym komórek wątrobnych, niektóre wywoływałem nawet eksperymentalnie, twory przypominające komórki, pączkujące drożdże itp. Tak jak przed 9 laty tak też i dzisiaj uważam badanie morfologii i chemizmu wytworów chorobowych komórek różnych, nietylko rakowych jako ważny szczegół mogący uchronić od pomyłek i przedstawić w świetle właściwem obrazy różnorodne w komórkach nowotworowych napotykane, które z pasorzytami nie mają nic wspólnego. *(Streszczenie własne).*

Kol. prof. Bujwid badał rdzeń i mózg przy wściekliźnie i przekonał się, że komórki różnokształtne naśladują pasorzyty.

Dalszy ciąg dyskusyi odroczono.

Po zjawieniu się na sali kol. Kwaśnickiego kol. Kostanecki przemówił do niego w następujących słowach:

»Czcigodny Panie kolego!

»Dzisiejsze posiedzenie było jednem z tych nielicznych od lat 25 posiedzeń Towarzystwa lekarskiego, w którem nie wziąłeś udziału. A właśnie dzisiaj zależało Towarzystwu na Twej obecności i dla tego postanowiło zaprosić Cię, abyś zechciał przybyć i wysłuchać sprawozdania z przebiegu dzisiejszego posiedzenia, zanim jako redaktor będziesz musiał umieścić je w »Przeglądzie lekarskim«

»Na początku posiedzenia doszedł rąk moich wniosek, aby Towarzystwo lekarskie uchwaliło w uznaniu dwudziestopięcioletniej Twej działalności przyjąć na własność portret Twój, ofiarowany przez szerokie grono kolegów, i aby portret ten w przyszłości był umieszczony w sali posiedzeń domu Towarzystwa lekarskiego.

»Dla umotywowania wniosku zabrał głos kol. rektor Jakubowski, w wymownych słowach skreślił nam obraz dwudziestopięcioletniej Twej działalności w Towarzystwie lekarskiem, przypomniał, jak przez cały ten czas z młodzieńczym iście zapałem, z niestrudzoną gorliwością pracowałeś jako długoletni sekretarz, dwukrotnie jako prezes, jako długoletni członek komitetu redakcyjnego, a od lat 7 jako redaktor »Przeglądu lekarskiego«. Gdziekolwiek było do spełnienia zadanie trudne, wymagające poświęcenia, mozołu i pracy, wymagające wytrawnego sądu, doświadczonej rady i szlachetnego poczucia taktu, tam zwracano się zawsze do Ciebie, a Ty nigdy udziału swego nie odmawiałeś. Wszyscy pamiętamy Twój gorący współudział, Twoje cenne współpracownictwo w krakowskich zjazdach lekarzy i przyrodników polskich, Twój udział w polskich i czeskich jako też międzynarodowych zjazdach naukowych; nigdy nie zbrakło Cię tam wśród przedstawicieli polskiej nauki, polskiego piśmiennictwa, polskiego świata lekarskiego.

»Ty jesteś dla nas, Czcigodny Panie kolego, żywą kroniką dziejów naszego Towarzystwa w ubiegłem dwudziestopięcioleciu, a Twoja działalność jest jedną z najpiękniejszych jej kart.

»Czyń każdy w swojem kole, co każe Duch Boży, a całość sama się złoży«. Otóż Ty, Czcigodny Panie kolego, czyniłeś w zakresie działania, który sobie obrałeś, istotnie to, co tylko wskazać mogło najbardziej wygórowane poczucie obowiązku, głęboko zrozumiana miłość kraju. I gdyby istotnie każdy i na każdem stanowisku tak pojmował i spełniał swoje obowiązki, jak Ty je zawsze pojmowałeś i spełniałeś i do dziś dnia spełniasz, to może pod niejednym względem inaczej działoby się w naszem społeczeństwie.

Ty może, Czcigodny Kolego, surowszym od nas będziesz sędzią Twej działalności i powiesz, że to, co my jako zasługę podnosimy, było tylko prostym Twym obowiązkiem, ale w takim razie pozwól, że właśnie za to szczytne pojmowanie obowiązku hołd Ci złożymy.

»Gdybyś, Czcigodny Panie Kolego, był obecny na początku dzisiejszego posiedzenia, byłbyś niezawodnie odczuł, że w zapale, z jakim przyjęty został wniosek, przebijało się nietylko uznanie, nietylko najgłębsza cześć i szacunek, ale także i szczere, głębokie przywiązanie i prawdziwa miłość, jaką umiałeś sobie zaskarbić u każdego niejako kolegi z osobna. Od dawna przywykliśmy spoglądać na Ciebie jako na wzór kolegi, na ideał koleżeńskiego taktu, na wyrocznię w sprawach etyki koleżeńskiej.

»Do spełnienia uchwały Towarzystwa potrzeba jeszcze jednej rzeczy: potrzeba Twego zezwolenia, aby jeden z największych, kto wie, czy nie największy dzisiaj polski artysta, uwiecznił Twoje rysy. Mamy nadzieję, że nam zezwolenia nie odmówisz.

»Niechaj portret Twój pozostanie w posiadaniu Towarzystwa lekarskiego jako cenna pamiątka na przyszłość. My, współcześni, jednoczymy się wszyscy w życzeniu, aby nam danem było mieć Cię jaknajdłużej wśród nas jako współpracownika dla dobra Towarzystwa naszego, ku pożytkowi wszelkiej dobrej sprawy, ku chlubie stanu lekarskiego«.

Po tem przemówieniu odczytał kol Surzycki podniosłe słowa, przesłane telegraficznie w języku łacińskim przez Towarzystwo lekarskie wileńskie i następujący adres:

Czcigodny Panie, zacny Kolego!

Redakcya »Nowin lekarskich« w Poznaniu, pragnąc także ze swej strony uczcić Twoją 25-cio letnią pracę na polu społeczno-lekarskiem i naukowem, składa Ci w dniu jubileuszowym najserdeczniejsze życzenia.

Kolebką Twoją była »Ziemia wielka! bojowisko od wieków człowiecze; ściśnij garść — to krwią zapachnie i łzami pociecze« Gdyś w czasie studyów w Kijowie wyjechać musiał i gorzki chleb tułaczy na obcej jadłeś ziemi, nie zwątpiłeś mimo rozwianej nadziei o sobie i o swoich, boś wierzył, że »choć żywot nasz twardy bo żywot pokuty«, to jednak prędzej czy później »sprawiedliwość nas nie ominie«, »dnia trzeciego się rozwidni i na wieki będzie rano«. Tęskniłeś za krajem. Marzyłeś nieustannie o tem, aby powrócić choć cudem na Ojczyzny łono«.

A gdyś wrócił do kraju, jakieś wybrał sobie miejsce przyszłego Twego pobytu? Wybrałeś Sichem naszego narodu — wybrałeś Kraków. Przeszczepiony w płonkę lechicką, jak mówi Twój brat Ukrainiec Bohdan Zaleski, owocujesz teraz w pełni i ku pospólnemu dobru naszego narodu Wierny ideałom i zobowiązaniom młodości, pracujesz niezmordowanie dla swoich jako obywatel, jako lekarz sumienny i znakomity kierownik »Przeglądu lekarskiego«.

Bądź, Czcigodny Kolego i nadal naszym dzielnym przewodnikiem po piśmiennictwie lekarskiem!

Przez całe życie Twoje nie oglądałeś się na nikogo, byłeś sobą samym, zawsze przejrzystym i zawsze czystym. Dusza Twoja płonęła ciągle ku temu, co prawe, co swoje i szlachetne. Twoja iście przysłowiowa prostota i skromność, Twoja szczerość i łagodność na jednolite

stopiły się złoto i zyskały dla Ciebie miłość u swoich, szacunek u obcych.

Niechaj Twoja mrówcza praca zawodowa, Twoja obowiązkowość i rzewna miłość kraju przyświecają nam lekarzom w długie jeszcze lata.

Matce Ukrainie cześć i chołd za Ciebie

Redakcya »Nowin Lekarskich«.

Następnie zabrał głos kol. Kwaśnicki:

»Od lat 25. t. j. od czasu zaliczenia mnie w poczet członków Towarzystwa lekar. krak., doznaję tak od zarządu tego Towarzystwa, jak i od jego członków, samych dowodów nieograniczonego zaufania i bezwzględnej życzliwości koleżeńskiej. Dziś mnie spotyka zbiorowe uznanie: wobec tak wysoko wymierzonego odznaczenia muszę zapytać siebie samego, czy w mojem życiu istnieją w istocie takie chwile świetlne, lub takie czyny doniosłe, wznoszące się ponad strychulec powszedniości, któreby usprawiedliwiały ten tak zaszczytny dla mnie krok zbiorowy? Tych chwil świetlnych, tych czynów doniosłych w życiu mojem niema i być nie mogło, bo życie moje nie płynęło prostem łożyskiem do morza prawidłowego bytu, a motor życia, raz wyrzucony z toru, już go nigdy nie odzyska; moralność zna karę tylko za grzechy, polityka zaś karze i za niepowodzenia; mściwe następstwa za niepowodzenia w zakresie politycznym nie kończą się na jednej chwili lub na jednej gromadzie jednostek: całe pokolenie podpada degradacyi.

Gdy przed ćwierć wiekiem powróciłem z obczyzny i stanąłem u stóp Wawelu, w Towarzystwie lekarskiem krak. znalazłem otwarte i wdzięczne pole do pracy: jednoczyło ono w sobie, jak i do dnia dzisiejszego, działalność naukową, zawodowo społeczną i zawodowo-literacką, a nad tem wszystkiem górowało, jak i w dniu dzisiejszym, życie koleżeńskie. Przybywającemu z obczyzny, nie znającemu stosunków miejscowych, nabywającemu dopiero praw obywatelskich, ten zakres działania był jedynie właściwy i jedynie możebny. Nic więc dziwnego, że nagromadzony w duszy zapał do pracy społecznej zużytkowałem w dostępnych mi granicach naszego Towarzystwa, że stało się ono dla mnie ostoją i areną. Jeśli więc Czcigodni koledzy zamierzyliście dać tak zaszczytny dla mnie wyraz uznania za tę 25-letnią służbę w zarządzie Towarzystwa, jeśli chcecie dziś mnie wyrazić, żeście w tej służbie dopatrzyli wiele z mej strony dobrej woli, że w tym ćwierćwiekowym stosunku koleżeńska moja etyka nie była pisana, lecz w życie wcielona, że nikomu słońca nie zasłoniłem, nikomu powietrza od ust nie odjąłem; jeśli poruszając i stronę społeczną, chcecie mi powiedzieć, że dopatrzyliście w całości mego życia i działania chociażby najsłabszy odcień, przypominający żywoty dawno zmarłych Polaków, to Wam cześć i hołd, że nie cnoty i zalety, ale proste cechy szeregowca oceniacie, uznajecie i nobilitujecie. Gdybym dziś zagarnął cały efekt tej koleżeńkiej uroczystości dla siebie, umniejszyłbym znaczenia przed chwilą zapadłej uchwały Waszej: bo tam, gdzie do uznania zbiorowego dochodzi się bez beretu, togi i władzy, tam nie rządzą stosunki poziome, nie rozstrzygają warunki materyalne, przeciwnie, tam hetmani dobra dusza człowiecza, a ster dzierżą zasady etyczne. Z tak wspólnego i ogólnego stanowiska zapatrując się na dzisiejszy obchód jubileuszowy, wyznaję ze szczerością, posuniętą do ostatnich granic, że ten wysoce etyczny objaw naszego pożycia koleżeńskiego napawa mnię bezgraniczną radością, a szczeremu uczuciu radości towarzyszy bezgraniczne uczucie wdzięczności, — przedewszystkiem dla Ciebie Panie Prezesie, żeś z Twego zwierzchniczego stanowiska, a niech mi wolno będzie wierzyć, że i z osobistej dla mnie życzliwości, wniosek jubileuszowy poddałeś pod głosowanie i przeprowadziłeś uchwałę. Z serca i duszy dziękuję Ci Czcigodny Panie Rektorze Jakubowski, żeś powagą swego słowa i swojej osoby wniosek uzasadniłeś i poparłeś; Wam bliżsi przyjaciele, którzy wniosek podpisali, a których spisu jeszcze nie znam, lecz sercem Was odgaduję i za Wasze serca, sercem płacę; wreszcie dziękuję całemu Zgromadzeniu, że dzisiejszą uchwałą zechciało ozdobić szczyty dni moich tak spokojnem, pogodnem i jasnem światłem.

Towarzystwu lekarzy galicyjskich wyrażam głęboko odczutą wdzięczność za życzenia, wyrażone mi przez delegatów. Jeśli w naszych stosunkach miejscowych pewna podmiotowość przy powzięciu uchwał jest możebną, to czynnik osobistej sympatyi w analogicznych stosunkach z poza Krakowa istnieć nie może: zaszczyt więc, który mnię spotyka ze strony Towarzystwa lekarzy galicyjskich potrafię chyba zrównoważyć tem, że jestem, byłem i pozostanę orędownikiem wspólności i celów i środków wszystkich naszych Towarzystw lekarskich krajowych, a od początku mojej działalności redaktorskiej trzymam się ściśle i z przekonania zasady, by »Przegląd lekarski« przy występieniu na zewnątrz był zawsze rzecznikiem wszystkich naszych Towarzystw i całego polskiego stanu lekarskiego.

W dalszym ciągu idą życzliwe wyrazy uznania, przesłane przez Towarzystwa i inne instytucye lekarskie naukowe polskie i przez redakcye pism lekarskich obu bratnich narodów, wreszcie przez zasłużonych w nauce i społeczeństwie: wszystko to napawa serce rzewną wdzięcznością, wstrząsa duszą i czyni mnie bezsilnym do wyrażenia tego, co w tej chwili czuję, bo wśród głębokiego wzruszenia zamiera głos w krtani, a przemawia serce.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

VIII. XXVII. Zjazd południowo-zachodnich neurologów i psychiatrów niemieckich.

XXVII. Zjazd południowo-zachodnich neurologów i psychiatrów niemieckich odbył się w Baden-Baden 24 i 25 maja r. b. Przewodniczący Komitetu gospodarczego prof. Kraepelin (Heidelberg), zagajając obrady, podniósł na wstępie zasługi zmarłego w r. b. byłego członka Zjazdów, Fryderyka Goltza, znanego ze znakomitych prac nad lokalizacyą objawów psychicznych i nerwowych w mózgu. Na kierowników obrad wybrani: prof. Hitzig (Halle), prof. Fürstner (Strassburg) i prof. Schultze (Bonn). Odczytów z zakresu niemal wszystkich gałęzi badań, dotyczących mózgu, wygłoszono 18. Prof. Monakow (Zurych) przedstawia wyniki swych badań nad *fissura calcarina*, której niezliczone odmiany dzieli na 4 typy i przedstawia wzory tych 4-ch typów. Dodaje, że badane przezeń przypadki wrodzonej ślepoty posiadały *fissura calcarina* I i II typu. Nie sądzi atoli, aby na powstanie i kształt brózd miały wpływ funkcye odnośnych części mózgu.

Odnośnie do poruszonej przez sprawozdawcę sprawy, jakie siły wpływają na powstanie brózd, — zaznacza prof. Hitzig, że już w VII-ym dziesiątku z. w. wypowiedział zdanie, które obecnie utrzymuje, że opony miękkie wraz z układem naczyniowym odgrywają wybitną rolę w powstaniu brózd.

Prof. Edinger (Frankfurt n. M.) omawia budowę mózgu ptasiego, zestawiając go z ludzkim. U ptaków kora mózgowa mało rozwinięta, natomiast potężny rozwój przedstawia ciałko prążkowane, w którem odróżnia sprawozdawca cały szereg części składowych, jak *hyperstriatum, mesostriatum, epistriatum, ectostriatum, hemistriatum i globus pallidus*. — *Capsula interna* jest już wyraźnie zaznaczona u gęsi i papugi, najinteligentniejszych z ptactwa; niema zaś jej np. u gołębi. Jasne pojęcie o budowie mózgu ptasiego uzyskał sprawozdawca dopiero wtedy, gdy zaczął badać mózgi zarodkowe.

Prof. Schwalbe (Strassburg) dzieli się wynikami swych badań frenologicznych; usiłuje mianowicie wykazać na zewnętrznej powierzchni czaszki obraz, odpowiadający zwojom mózgowym, — co oczywiście odróżnia istotnie tę frenologię od frenologii dawnej, polegającej na wyszukiwaniu związku między kształtem czaszki a charakterem i temperamentem człowieka. *Sulcus postorbitalis* odpowiada przedniej granicy mózgu. *Fissura Sylvii* odpowiada *sulcus Sylvii externus*, jak go sprawozdawca nazywa. Płat skroniowy daje wyraźne na kości skroniowej — *protuberantia gyri temporalis medii* i *protuberantia gyri temporalis inferioris* i t. d. Tylko tak ważnego miejsca powierzchni mózgowej, jak brózda Rolanda, nie udaje się ściśle oznaczyć na czaszce.

Trudności, jakie ta frenologia spotyka, wywołane są tem, że na kształt zewnętrznej powierzchni czaszki wpływa również układ mięśni czaszkowych.

W rozprawach podniesiono znaczenie przytoczonych badań dla zabiegów operacyjnych wewnątrz czaszki.

Prof. Nissl (Heidelberg) skierowuje uwagę słuchaczów ku mikroskopowej budowie mózgu, omawiając stosunek komórek glejowych do naczyń. Spostrzegane często charakterystyczne stykanie się protoplazmatycznych wypustek glejowych ze ścianami zewnętrznemi naczyń, tudzież spotykane

często całe rzędy jąder glejowych wzdłuż naczyń, — wskazywały na bliższy związek, zachodzący między komórkami glejowemi a układem naczyniowym. Bliższe badania potwierdziły istnienie tego związku. Spotyka się bowiem często charakterystyczne grupy jąder glejowych wśród mało zróżnicowanej protoplazmy, a wśród tego przekrój naczynia, niejednokrotnie wraz z komórką śródbłonkową. To znowu, — robiąc preparaty z kory mózgowej królika w kilka dni po jej zranieniu, spostrzegamy nadzwyczaj wyraźne pasy protoplazmatyczne pomiędzy jądrami glejowemi a ścianą naczyń, od której często wprost niepodobna odróżnić owych pasów.

Jakie atoli bliższe znaczenie tego powiedzmy przebijania komórek glejowych przez naczynia, — jasnem dotąd nie jest. W końcu wspomniał sprawozdawca o t. zw. komórkach ziarnistych, spotykanych często w mózgu, mianych nie jednokrotnie za komórki glejowe. Komórki te atoli według niego pochodzą z naczyń, uważa on je za komórki nabłonkowate (epitelioid).

Prócz odczytów z zakresu anatomii mózgu uwagę Zjazdu zwróciło na siebie parę odczytów, omawiających coraz częstsze zastosowanie zabiegów operacyjnych w chorobach nerwowych.

Dr. Ebers (Baden-Baden) przedstawia pacyenta, u którego drogą zabiegu chirurgicznego usunięty został przewlekły skurcz mięśni, szyi i karku, schorzenie, którego patogeneza nie jest znaną. Nim doszło do zabiegu krwawego, próbował sprawozdawca stosowania innych środków: mięsienia, gimnastyki, różnych leków, elektryczności i t. d. — wszystko bez skutku. Wykonana w klinice prof. Kochera w Bernie operacya polegała na poprzerywaniu lub poprzecinaniu odnośnych mięśni i odbyła się w 4 posiedzeniach. Pacyent, zadowolony z operacyi, ma głowę prawidłowo ustawioną i może poruszać nią we wszystkich kierunkach. Czy atoli ten wynik dodatni długo trwać będzie? pytanie to podniesiono w rozprawach, jak również zwrócono uwagę, czy nie lepszą by była amerykańska metoda operowania omawianego schorzenia, polegająca na przecięciu na jednem posiedzeniu odnośnych nerwów?

Dr. Vulpius (Heidelberg) przedstawił 2 chłopców z *paralysis spastica infantorum*, u których m. półbłoniasty przyczepiono do guzowatości kości goleniowej, przez co mięsień ten zastąpił w działaniu mięśnie porażone: czworogłowy i dwugłowy uda.

Prof. Schultze (Bonn) podaje do wiadomości o kilku przypadkach wyleczenia guzów przez rozcięcie błon rdzenia pacierzowego, tudzież zaleca te zabiegi pod warunkiem jednak, aby do pomocy chirurgów odwoływano się nie zapóźno, gdy guz staje się już nieoperowalny, tudzież aby zabieg był dokonany o ile to tylko możliwe bez wszelkiego urazu rdzenia.

Prof. Dinkler (Aachen) opowiada o jednym przypadku, w którym zachodziło uderzające podobieństwo między zapaleniem rdzenia a ropniem; trudność rozpoznawcza wprowadziła go w błąd i spowodowała do zabiegu operacyjnego, oczywiście bezskutecznego. Prelegent podaje przy tej sposobności w wątpliwość istnienie ogłoszonej przed 10 laty przez Leydena *myelitis acuta gonorrhoica*, twierdząc, że ogólne zakażenie, występujące wówczas, ma za punkt wyjścia wrzody w ścianie pęcherza, które powstają tylko wskutek rzeżączki.

Prof. Erb (Heidelberg) przedstawia swoje uwagi o zmianach patologiczno-anatomicznych w kile ośrodkowego układu nerwowego. Anatomia patologiczna — mówi prelegent — nie jest jeszcze w stanie utrzymywać zawsze z zupełną ścisłością i bez najmniejszej wątpliwości, że jakaś zmiana kiłowa istnieje. Wielką w tym kierunku przysługę oddaje badanie kliniczne. Przypadki schorzeń kiłowych ośrodkowego układu nerwowego dzieli Erb na 3 grupy: w pierwszej — na naczelny plan występują zmiany swoiste (kilaki i t. d.), przy istniejących często t. zw. zmianach pierwotnych (wiąd i t. p.); w drugiej grupie przypadków na pierwszy plan występują zmiany pierwotne przy istniejących także zmianach specyficznych; wreszcie do trzeciej grupy należą przypadki czystych zmian pierwotnych.

Dr. Link (Freiburg) pokazuje preparaty mięśni z *myasthenia gravis*.

Prof. Kraepelin (Heidelberg) przedstawia wyniki wieloletnich swych badań nad czynnikami występującymi przy pracy; wykazuje pięć takich czynników: wprawa, znużenie, przyzwyczajenie, napięcie woli i podnieta do pracy. Podnosi praktyczne (w pedagogii) znaczenie tych badań.

Prof. Hofmann (Heidelberg) przedstawił ciekawy przypadek *neuritis interstitialis hypertrophica progressiva*, schorzenia opisanego po raz pierwszy przez Dejerina: żadnych zmian w czuciu, osłabienie odruchów ścięgnistych, zmniejszenie pobudliwości na prąd elektryczny, silne bóle — sprawa powolnie postępująca; przy dotyku np. nerwu pośrodkowego wyczuwa się twardy powrózek, jakby ołówek.

Dr. Schüler (Strassburg) przedstawia dwóch pacyentów, braci, z obniżoną wrażliwością na ból, czego przyczynę po wykluczeniu *syringomyelii* i histeryi dopatruje w licznych nerwiako-włókniakach w skórze, jakie pacyenci owi mają niemal na całem ciele.

Prof. Fürstner (Strassburg) opisuje jeden nieznany dotąd rodzaj zmian w nerwach naczynioruchowych, występujący pod postacią specyalnego nabrzmienia skóry i skurczów w palcach, mających siedzibę przeważnie na kończynach; schorzenie to jest rodzinne.

Dr Bayerthal (Worms) porusza sprawę rozpoznawania guzów mózgowych; przy guzach wzgórków *(thalamus)* występuje według prelegenta zanik ruchów mimicznych twarzy, podobnież jak przy sprawach wywołujących podrażnienie wzgórków — ma zachodzić wzmożenie mimiki. Na twierdzenie prelegenta, że przy guzach w mózgu powstaje osłabienie umysłowe z powodu podniesionego ciśnienia, jeden z członków przytoczył przypadek ogromnego guza w *gyrus hypocampi* bez najmniejszego upośledzenia inteligencyi.

Prof. Hoche (Strassburg) mówi o rozpoznaniu różniczkowem między padaczką a histeryą. Podnosi niezbadaną zagadkowość istoty obu chorób; w każdym atoli razie jest to pewne, że są to dwie choroby istotnie różne. Nadto jeszcze powiedzieć można, że histerya jest chorobą funkcyonalną bez podkładu anatomicznego, padaczka zaś polega na zmianach anatomicznych, których jednak gruntownie nie znamy. Ścisłych cech odróżniających te dwie choroby nie znamy również: ani brak odczynu źrenicznego na światło, ani zranienia języka, ani bezwiedne oddawanie moczu i kału itd. nie mają znaczenia dla rozpoznania różniczkowego. W dyskusyi uczynił uwagę prof. Strümpell (Erlangen), że jeżeli uda się dowolnie u chorego wywołać napad drgawek, — to już niewątpliwie przemawia za histeryą. Dalej podniesiono, jako właściwość odróżniającą tę okoliczność, czy napady powtarzają się z zupełnie fotograficznem niejako podobieństwem (padaczka), czy też są różnorodne (histerya). Kraepelin sądzi, że i w dziedzinie histeryi i padaczki należy także odróżniać objaw od choroby, że napady t. zw. padaczkowe jak i t. zw. histeryczne spotykają się także i w wielu innych chorobach. Wyłania się zagadnienie tzw. „histero-epilepsyi", atoli do stanowczego rozstrzygnięcia nie dochodzi.

Dr. Blum (Frankfurt n. M.) opowiada o wynikach swoich doświadczeń na psach, którym wycinał gruczoł tarczykowy. Zwierzęta zdradzały objawy różnych schorzeń psychicznych (omamy, apatya i t. d.), z czego prelegent wnioskuje, że gruczoł tarczykowy jest źródłem zatruć dla kory mózgowej.

Dr. Schröder (Heidelberg) wykazuje, że katatonia występuje nie tylko w wieku młodym i średnim, lecz także i w starości (ponad lat 50), o czem się przekonał na 20 badanych przez siebie przypadkach; a odznacza się katatonia u starych przewagą stanów pognębienia, tudzież wyższym stopniem zniedołężnienia umysłowego.

Dr. med. i fil. Piotr Pręgowski.

IX. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

XIV. Kongres międzynarodowy lekarski w Madrycie odbędzie się od 23—30 kwietnia 1903 r.

Pod względem naukowym Kongres zapowiada się świetnie; w 16 sekcyach przyjęli referaty najwybitniejsi uczeni całego świata, a udział biorą lekarze wszystkich narodów cywilizowanych. Komitet główny Kongresu rozesłał już do wszystkich Komitetów narodowych drukowane programy, spis tematów i ich referentów, w osobnej zaś książce zestawione prezydya wszystkich Komitetów narodowych.

Z Komitetem polskim prowadzi Komitet główny w sprawach Kongresu żywą korespondencyę. Oprócz delegatów do Komitetu polskiego ze wszystkich dzielnic Polski wybiera się wielu kolegów na Kongres w Madrycie.

Warunki należenia do Kongresu: Każdy członek Kongresu uiszcza na ręce skarbnika prof. Dra Reissa (Kraków, Basztowa 25) wkładkę 30 franków, a w zamian otrzymuje legitymacyę, która mu daje prawo do korzystania ze wszystkich przywilejów Kongresu, udział w dyskusyach naukowych, we wszystkich przyjęciach, uroczystościach, wycieczkach i znacznie zniżonej taksie kolejowej, oraz otrzyma pamiętnik Kongresu ze wszystkiemi pracami tych sekcyj, do których należał. Który z kolegów zamierza wziąść udział w Kongresie, zechce przesłać na ręce skarbnika prof. Dra Reissa 30 franków, dokładny swój adres, godność i oznajmienie, do której sekcyi chce być wpisany. Panie, towarzyszące członkom Kongresu, korzystają ze zniżonej ceny jazdy, mogą brać udział w uroczystościach i przyjęciach, wydanych na cześć członków Kongresu i otrzymują osobne karty za opłatą tylko 12 franków.

Sekretaryat generalny w Madrycie wyda artystycznie wykonane album, które ma zawierać około 400 fotografij mężów sławnych na polu naukowem, do których rozeszle osobne imienne zaproszenia. Panowie ci zechcą albo za pośrednictwem naszego skarbnika, lub wprost do: *Secrétariat Général du Congrès médical a Madrid (Faculté de Médecine)* przesłać swoją fotografię, podać datę urodzenia, adres, godność, tytuł i załączyć 35 franków, a przy odbiorze albumu dopłacą jeszcze po 30 franków.

Każdy członek Kongresu może zamówić dla siebie album, składając teraz 35 fr., a przy odbiorze 30 fr.

Ażeby istnienie i znaczenie nauki i wiedzy polskiej stwierdzić przed całym cywilizowanym światem, wobec reprezentantów wszystkich narodów, nie powinno w tem szlachetnem współzawodnictwie zabraknąć uczonych polskich. Pożądanem jest przeto: aby koledzy zgłaszali do Sekretaryatu generalnego oryginalne prace, albo też podjęli się referatu z tych tematów ogłoszonych w programie Kongresu, które jeszcze są wolne do objęcia.

Tematy te są następujące:

Anatomia:

1) „Quelle est la meilleure méthode d'exposition didactique du système nerveux?"

2) „Structure de la cellule nerveuse".

Patologia ogólna:

1) „Parasitisme dans les neoplasies".

2) „La genèse du sarcome".

Neuropatya:

„Centre de projection et d'association dans le cerveau selon les determinations de l'anatomie pathologique actuelle".

Medycyna sądowa:

„Signification légale des blessures d'après leur cause, situation et caractère".

Językami urzędowymi przy wygłaszaniu odczytów, w dyskusyach i t. d. są: hiszpański, francuski, angielski i niemiecki.

Komitet polski XIV-go międzynarodowego Kongresu lekarskiego w Madrycie.

Prof. Dr. B. Wicherkiewicz, Prezes *Dr. M. Buzdygan*, Sekretarz.
Prof. Dr. W. Reiss, Skarbnik

P. S. Uprasza się Redakcye wszystkich pism lekarskich o przedrukowanie niniejszego ogłoszenia.

XII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie, dnia 14. i 15. lipca r. b.

Dalsze wykłady zgłosili:

15. Dr. Kozłowski (Drohobycz): O nowem postępowaniu przy znieczulaniu lędźwiowem.
16. Dr. Zawadzki (Warszawa): Aseptyka wstrzykiwań i przemywań (z przedstawieniem przyrządów własnego pomysłu).
17. Dr. Pomorski (Poznań): Wycięcie śledziony z powodu białaczki (*leukaemia*) z szcześliwym wynikiem.
18. Tenże: Ciąża zamaciczna operowana dwa razy drogą laparotomii; wyzdrowienie.
19. Tenże: Rak pierwotny wątroby u 7-mio letniej dziewczynki.
20. Tenże: Kościomięsak (*Osteosarcoma*) czaszki u 1½ letniego dziecka; operacya: wyzdrowienie.
21. Prof. Trzebicky: O amputacyi przy ropieniu na kończynach.
22. Tenże: Przyczynek do wycięcia śledziony (z przedstawieniem preparatów i chorych).
23. Dr. Berger (Kraków): O leczeniu gruźlicy jąder na podstawie obserwacyi 25-cio letniej.
24. Dr. Blassberg (Kraków): O stosunku ciałek białych we krwi przy ropieniu.
26. Dr. Frommer (Kraków): Przyczynek do techniki amputacyi.
26. Tenże: Jeszcze słów kilka w sprawie wad pętli osowatej.

Jako tematy do ogólnej dyskusyi:

27. Chirurgia dróg żółciowych. Ref. prof. Kader, koref. Dr. Pruszyński.
28. O operacyjnem leczeniu chłoniaków (*lymphoma*) na szyi — ref. Prof. Trzebicky.

X. Wiadomości bieżące

Kraków, dnia 3 lipca.

* *Otrzymaliśmy od kol. prof. Jordana następujące ogłoszenie:*

»Ponieważ zwołane na d. 29 czerwca b. r. Zgromadzenie lekarzy krakowskich nie doszło do skutku, zawiadamiam Szanownych Kolegów, iż Komitet przedwyborczy, wybrany w d. 15 czerwca celem przedstawienia kandydatów do Izby lekarskiej, uchwalił zalecić do wyboru na członków Izby: pp. Drów: Józefa Łazarskiego, Augusta Kwaśnickiego, Stefana Schoenguta i Rudolfa Trzebickyego; na zastępców zaś: pp Drów: Jana Gwiazdomorskiego, Jana Raczyńskiego, Maksymiliana Rutkowskiego i Karola Żuławskiego

Imieniem Komitetu przedwyborczego *Dr. H. Jordan.*

* Towarzystwo lekar. krak. odbyło dnia 25 czerwca posiedzenie nadzwyczajne, na którem mieli wykłady: 1) kol. Dobrowolski O przypadkach operowanych w bieżącym roku w klinice prof. Jordana drogą cięcia pochwowego; 2) kol. Stankiewicz: O przypadkach mięsaka trzonu macicy; 3) kol. Wojciechowski: O przypadku zakażenia połogowego, leczonego wyjęciem macicy.

* Rada m. Krakowa powołała do Komisyi sanitarnej z grona radców: doktorów: Bujwida, Cybulskiego, Domańskiego, Jordana, Lustgartena, Pareńskiego, Poniklę i Trzebickyego.

* Lekarze praktykujący w Krynicy zawiązali »Stowarzyszenie lekarzy Zakładu kąpielowego Krynica«. Na walnem zgromadzeniu, odbytem w dniu 16 czerwca b. r., odczytano statut Stowarzyszenia, zatwierdzony przez c. k. namiestnictwo i wybrano wydział, w skład którego weszli: Dr. A. Lorentski (prezes), Dr M. Cercha (wiceprezes), Dr. Zarzycki (sekretarz) i Dr. W Grabowicz (skarbnik).

* Rektorem Uniw. wiedeńskiego wybrany został prof. chirurgii Dr. Gussenbauer.

* Wydział lekarski we Lwowie urządza trzytygodniowy kurs dla lekarzy, który rozpocznie się w pierwszej połowie października; udział w nim wezmą wszyscy profesorowie i niektórzy docenci. Za parę tygodni podamy szczegółowy program.

* W obradującym obecnie Sejmie galicyjskim złożono do laski marszałkowskiej dwa wnioski, obchodzące ogół lekarski: prof. Marsa »o reorganizacyi systemu gospodarki Departamentu sanitarnego« i prof. Rydygiera »o uzupełnieniu Wydziału lekarskiego Uniw. lwowskiego brakującemi jeszcze klinikami«.

* Ministerstwo spraw wewnętrznych zarządziło przed kilku miesiącami, ażeby adwokaci byli dopuszczani do zastępowania obwinionych na rozprawach Rady honorowej Izb lekarskich. Rozporządzenie to spotkało się z jednomyślnym protestem Izb lekarskich i wskutek tej stanowczej postawy zostało cofnięte.

* Komitet gospodarczy egipskiego Zjazdu lekarzy w Kairze przy-

gotowuje następujące wycieczki: pierwszego dnia zwiedzanie cytadeli, meczetu Harana i Mohameda Ali w starym Kairze, świątyni koptyjskiej i meczetu Amru; drugiego dnia wycieczka do piramid, sfinksów i świątyni, a z powrotem zwiedzenie Muzeum egipskiego w Kairze; trzeciego dnia wycieczka do drzewa Matki Boskiej, do Heliopolis, do obelisków, do parku strusiego i grobu khalifów; czwartego dnia wycieczka do Sakkary nad Nilem i ztąd do Memfis i do piramid. Koszta wszystkich tych wycieczek, wliczając w to jazdę kołami, na osłach, oraz przewodników, wyniosą 98½ franków od osoby.

* Niemiecki parlament uchwalił ustawę, zakazującą wyrobu sacharyny w interesie przemysłu cukrowego. Istniejące już fabryki obejmie rząd i ograniczy produkcyę tylko dla aptek i do celów naukowych.

* W Wiedniu wyszła broszura Dr. Engländera, traktująca o chorowitości rasy żydowskiej; w szczególności występować mają często poważne zaburzenia w układzie nerwowym, cukrzyca i jaskra. Autor przypisuje ten stan nie tylko warunkom życiowym, lecz i częstym związkom małżeńskim osób, pozostających w blizkiem pokrewieństwie.

* Wielka Rada szwajcarskiego kantonu Tessin uchwaliła prawo o bezpłatnej pomocy położniczej. Rząd i gminy biorą na siebie opłatę położnych.

* Zarząd wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu zawiadamia, że w przyszłym roku szkolnym przyjmowani będą i maturzyści ze szkół realnych, jeśli złożą dodatkowy egzamin z języka łacińskiego w granicach, wymaganych w pierwszych czterech klasach gimnazyalnych.

* W Nrze 25 donieśliśmy, że w Wiedniu odbyła się 1 czerwca narada nad zorganizowaniem walki z gruźlicą, w której wzięli udział ministrowie, lekarze i znani filantropi. Austryacki ten związek przeciwgruźliczy ma objąć całe państwo, powołać do walki wszelkie władze rządowe, krajowe i gminne i otoczyć opieką wszystkich obywateli bez różnicy narodowości i wyznania. Ponieważ związek ma wejść w życie już w jesieni, należy się spodziewać, że w niedługim czasie organizatorowie zwrócą się do organów władz krajowych, ogłoszą statut, wskażą środki i drogi, któremi dążyć zamierzają do szlachetnego i zbawiennego celu.

* Między 4 a 10 czerwca doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy w trzech gminach powiatu gorlickiego.

W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w następujących powiatach: bohorodczańskim (1 gm.), buczackim (4 gm.), cieszanowskim (1 gm.), czortkowskim (1 gm.), drohobyckim (2 gm.), horodeńskim (2 gm.), jaworowskim (3 gm.), kałuskim (2 gm.), kamioneckim (1 gm.), kołomyjskim (1 gm.), limanowskim (1 gm.), nadworniańskim (2 gm.), peczeniżyńskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm), skałackim (1 gm.), stanisławowskim (3 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (7 gm.), złoczowskim (1 gm.), żółkiewskim (1 gm.).

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 115; w tygodniu poprzedzającym 99.

Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XVIV (8—14—VI). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 8, urodziło się dzieci 50, zmarło osób 63, mianowicie: z gruźlicy 21 (6 zam.), z zapalenia płuc 5, z błonicy i dławca 4 (4 zam.), z płonicy 5 (1 zam.), z cholery dzieci 5.

* W artykule prof. Kleckiego »O cytotoksynach« (Numer 26 »Przegl. lekarskiego«) na str. 383, szpalta I. wiersz 24 z góry zaszła pomyłka; zamiast »antytoksyny« ma być autotoksyny.

Nekrologia. Dr. Tomasz Witkowski zmarł 8 czerwca w Mińsku gubern., licząc lat 67. — Dr. F. Sommer, b. prof. anatomii, zmarł w Gryfii w wieku 74 lat. — W Paryżu zmarł Dr. Azar Rajchlin, l. 38. pochodzący z Królestwa Polskiego.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 26. Ciechomski: Przyczynek do leczenia bliznowatych zwężeń przełyku (c. d.). Brudziński: Wrodzone nieprawidłowe położenie serca na prawo bez jednoczesnego odwrotnego położenia trzew u dziecka. Piltz: O znaczeniu rozpoznawczem nieregularności konturów źrenic w przebiegu organicznych chorób nerwowych (dok.).

— *Medycyna* Nr. 26. Bregman i Steinhaus: Przypadek limfosarkomatu śródpiersia, przechodzącego do kanału kręgowego (c. d). Bohdanowicz: Wstrzykiwania modyfikacyjne w leczeniu gruźlicy jądra i przyjądrza (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 26. Hegner: Biostatistické poměry w Plzni w roce 1900 a 1901. Kopfstein: Operace při chorobách orgánů močových, provedené v letech 1897 až 1901 ve veřejné všeobecné nemocnici cis. Frant. Jos. I ve Mladé Boleslavi.

— *La Presse médicale* Nr. 50. Lecène i Burgeois: Surowicze zapalenie opon mózgowych pochodzenia usznego. Busquet: Poszukiwanie za prątkiem Ebertha we krwi durowych.

— Nr. 51. Jayle: Ułożenie pochyłe (na stole operacyjnym). Martin: Choroby odżywiania się, odprawa dana teoryi chorobliwego zmniejszenia się kwaśności w cieczach ustroju.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 25. Morgenroth: O wytwarzaniu hemolitycznych amboceptorów za pomocą wstrzykiwań surowicy. Krause: O przypadku zaszczepienia się gruźlicy u robotnika rzeźniczego z narządów bydlęcia gruźliczego. Martin: Statystyczne badania następstw kiły u dzieci (nabytej lub odziedziczonej). Loewenfeld: O narkolepsyi. Batsch: Przyczynek do rozpoznania i leczenia nerki wędrującej. Wiesner: Przyczynek do nauki o zapaleniu skóry, spowodowanej promieniami Röntgena. Galli: O wydolności serca (dok.).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 25. Pfeifer i Friedberger: O istocie siły zakaźnej bakteryj podług badań z mętwikiem cholery. Ehrlich i Marshall: O gromadach komplementofilnych amboceptorów. Bruining: Przyczynek do sprawy cukrzycy pokarmowej przy chorobach wątroby. Strassmann: O usuwaniu ciąży trąbikowej drogą operacyjną przez pochwę (c. d.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 26. Ghon: O zapaleniu błon mózgowych w przebiegu grypy. Wiener: O zachowaniu się czerwonych krwinek w wyższej ciepłocie. Kreibich: O przypadkach łupieżu liszajowatego przewlekłego. Merck: Przyczynek do kwestyosutki krowiankowej ogólnej prawdziwej.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 26. Koziczkowski: O klinicznem zużytkowaniu metody Sahliego, służącej do badania czynności żołądka. Hess: Przyczynek do nauki o zakrzepach żylnych w przebiegu ostrego gośćca stawowego. Moeller: O bakteryach nie odbarwiających się w kwasach. Becker: O stanach chorobowych wywołanych cianką ludzką *(trichocephalus dispar)*. Winter: Ocenianie pokarmu niewieściego podług jego obrazu drobnowidowego.

Redakcya otrzymała. Niemiłowicz: Ueber die fractionirte Oxydation mit Hülfe von Indicatoren und ueber zwei neue quantitative Bestimmungsmetoden der Xanthinkörper im Harne. Piltz: Ueber centrale Augenmuskelnervenbahnen. Bier: 1) Organizacya desinfekcyi w miastach większych. 2) Nowoczesne sposoby odkażania mieszkań. 3) Sprawozdanie z 25-go Zjazdu niemiec. Tow. dla higieny publicznej, odbytego w Trewirze. Tchórznicki: 1) Kąpiele ludowe. 2) Łaźnia ludowa.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Ogłoszenie.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że nagroda pieniężna z legatu ś. p. Dra Romualda Pląskowskiego, przyznana zostanie przez Towarzystwo w roku 1904 za pracę z dziedziny psychiatryi, bądź ogłoszoną drukiem w języku polskim, w terminie od dnia 1 Kwietnia 1902 roku do dnia 31 Marca 1904 r. bądź też w rękopisie Towarzystwu Lekarskiemu przedstawioną.

W braku prac odznaczających w specyalnej treści psychiatrycznej, mogą być nagrodzone ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro te przyczyniać się będą do rozjaśnienia powstawania chorób umysłowych. Termin ostateczny do złożenia rozpraw oznacza się na dzień 31 Marca 1904 roku. Za najlepszą pracę wyznacza się nagroda Rb. 346 kop. 63.

Nagroda ta ewentualnie może być rozdzieloną, stosownie do uznania Komitetu konkursowego.

Wszystkie prace nadsyłane być mają pod adresem »Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie« (ulica Niecała Nr. 7.) z zachowaniem co do prac w rękopisach, zwykłych form konkursowych t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania, mają być podane w oddzielnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowania jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa Sekretarz Stały *Dr. Hoyer*.

Ogłoszenie.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez Dra Walentego Koczarowskiego:

a) **Nowe tematy:**

1. Badania kryoskopowe nad wysiękami, przesiękami albo wydzielinami.
2. O zatruciach pokarmami mięsnymi, na zasadzie własnych badań.
3. Hemaliza u człowieka w stanie zdrowia i choroby.
4. Anatomia patologiczna sclerosis disseminatae.
5. Badania nad trawieniem kiszkowem w przypadkach przetok kiszkowych.
6. Wpływ leczenia surowicą na przebieg, zakażenia rogówki jednym z ropotwórczych pasorzytów podczas operacyi wyjęcia soczewki. (Badania doświadczalne).
7. Badania doświadczalne nad wpływem suchych kąpieli na ustrój, w szczególności na krew.
8. Graficzne badania skurczów mięśniowych u ludzi w stanach normalnych i patologicznych.

b) **Tematy pozostawione na rok następny z poprzedniego konkursu:**

9. Badania doświadczalne i kliniczne nad zaskrzepami żylnymi przy chorobach zakaźnych.
10. Jak działa emetyna i apomorfina na gruczoły i komórki śluzowe.
11. Rozpoznanie gruźlicy kiszek na zasadzie badania bakteryologicznego.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1903 r.

Za najlepszą pracę napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych tematów wyznacza się nagroda Rub. 300.

Rozprawa nagrodzona wydrukowaną będzie nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopisach, pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul Niecała l 7); z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest: nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa. Sekretarz Stały, *Dr. Hoyer*.

L. p	L. prot.	Dzień przyjęcia	Wiek	Ilość i jakość porodów przebytych	Rodzaj wady serca	Objawy	Stan i przebieg obecnej ciąży	Dzień, przebieg i sposób ukończenia porodu	Płód; ciężar	Łożysko: utkanie i ciężar	Przebieg połogu	Terapia	Uwaga
1.	484.	21/XI 1899 o godz. 6·10 rano.	31	IV. para; prawidłowe.	Insufficientia et stenosis valvulae mitralis, pericarditis chronica.	Sinica, znaczna duszność, bronchitis, wybitne obrzęki ogólne.	W drugiej połowie ciąży zawroty głowy, duszność napadowa. Parturiens in X. mense.	21/XI o godz. 7. rano Expressio foetus. Objawy ze strony serca przy końcu okresu II. wybitniejsze. Po porodzie obfite krwawienie, wydobycie ręczne łożyska, tamponada macicy.	Żywy 3.800 gr.	600 gr. kształtnieregularny.	Przez 3 dni tętno szybkie 112, słabo napięte, objawy ze strony serca dość szybko ustępują.	Środki pobudzające. Tra. strophant.	Opuszcza klinikę z wadą wyrównaną.
2.	240.	12/IV 1901 o godz. 2 w nocy.	26	II. para; 1 poród w 8 mies. ciąży, płód nieżywy.	Insufficientia et stenosis valvulae mitralis.	Nieznaczna sinica; tętno 112 łatwo uciskalne. Oddechy nasilone.	Od kilku dni duszność. Parturiens początek X. miesiąca księż	12/IV o godz. 1. w południe siłami natury, bez wybitnych zaburzeń ze strony serca.	Żywy 2.900 gr.	Anemiczne bez zmian.	Bez zaburzeń ze strony serca, tętno znacznie wolniejsze.	Środki pobudzające.	»
3.	222.	15/IV 1901 o godz. 6 rano.	27	I. para.	Insufficientia valvulae mitralis.	Nieznaczna sinica i duszność l. oddechów 32. W płucach nieliczne rzężenia.	Często występująca duszność od 2 miesięcy. Parturiens in VII. mense.	15/IV o godzinie 11.35 rano siłami natury, przebieg prawidłowy, bez znaczniejszych zaburzeń.	Nieżywy 1.400 gr.	500 gr. świeże wynaczynienia.	Objawy ze strony serca w kilka godzin ustąpiły.		»
4.	372.	26/VII 1901 o godz. 2 po poł.	41	III. para; ost. przed 8 laty. W 1 porodzie: zatrzymanie się częściowe łożyska połóg nieprawidłowy.	Stenosis valvulae mitralis.	Oddechy nasilone l. 34. Obrzęki nieznaczne; tętno 80, słabo napięte, regularne.	W drugiej połowie ciąży objawy ze strony serca napadowe. Od kilku dni duszność, bicie serca, zawroty głowy. W przejściu do porodu X. miesiąca.	30/VI o godz. 2. w nocy siłami natury, wybitna duszność, znaczna sinica, tętno niewyczuwalne.	Żywy 3.000 gr.	750 gr. bez zmian.	Objawy się wzmagają, tętno nieregularne, po dwóch dniach stan stale się poprawia. Macica leniwo się zwija.	Środki pobudzające. Tra. strophant. Digitalis.	»
5.	498.	8/VII 1902 o godz. 5·30 rano.	24	II. para; 1 poród w 8 miesiącu ciąży, płód nieżywy.	Stenosis aortae et insufficientia valvulae mitralis.	Oddechy nasilone, duszność, sinica znaczna, tętno 84, pełne, nieregularne.	Objawy ze strony serca od kilku dni. Parturiens in VIII. mense.	5/VII o godz. 6. rano siłami natury. Objawy groźne.	Żywy 2.250 gr.	550 gr. bez zmian.	Przez dwa dni objawy niedomogi ciężkie, powolnie ustępują. Macica źle się zwija. Secale w 8 dniu połogu.	Środki pobudzające. Tra. strophant. i digitalis.	»
6	137.	4/III 1901.	36	IX para; prawidłowe (?). Przed rokiem poronienie w 3 miesiącu.	Insufficientia mitralis; hydramnios acutum.	Sinica znaczna, duszność l. oddechów 40. powierzchowne; tętno 104, łatwo uciskalne, regularne.	Bicie serca, duszność napadowa przez cały czas ciąży. Od dwóch tygodni nagły wzrost brzucha. Objawy ze strony serca znacznie się spotęgowały. Gravida in mense? Hydramnios acutum.	8/III o godz. 8. wieczór, kleszcze niskie, po odejściu znacznej ilości wód objawy się zmniejszyły wybitnie.	Omdlały, docucony, w 3 godziny zmarł. 2.250 gr.	700 gr. liczne świeże wynaczynienia.	Stan coraz lepszy, połóg prawidłowy. Macica leniwo się kurczy. Secale.	Środki pobudzające.	Płód okazuje wybitne zmiany w budowie kośćca (Rhachitis foetalis Winkleri (?!).

L. p.	L. prot.	Dzień przyjęcia	Wiek	Ilość i jakość porodów przebytych	Rodzaj wady serca	Objawy	Stan i przebieg obecnej ciąży	Dzień, przebieg i sposób ukończenia porodu	Płód; ciężar	Łożysko: utkanie i ciężar	Przebieg połogu	Terapia	Uwaga
7.	10.	6/I 1901 o godz. 10. wieczór.	26	III. para; ostatni przedwczesny, płód nieżywo urodzony.	Insufficientia valvulae mitralis.	Obrzęki na nogach, sromie i brzuchu. Oddechy nasilone, liczne rzężenia w płucach. Tętno 112, nieregularne, słabo napięte.	W drugiej połowie ciąży duszność, kaszel, zawroty głowy, bicie serca. Gravida in VIII. mense					Tra. strophant. Digitalis, spokój, dyeta.	Z początkiem X miesiaca chora opuściła klinikę z wadą zupełnie wyrównaną. W kilka dni potem tow. ratunkowe przywiozło chorą jako rodzącą z wypadniętą pępowiną na oddział szpitala, gdzie urodziła płód niedonoszony, nieżywy, bez zaburzeń ze strony serca.
8.	267.	10/V 1900.	29	II para; przed $^1/_2$ rokiem poród przedwczesny w VIII. mies.; płód żywy zmarł tuż po porodzie.	Insufficientia mitralis.	Obrzęki kończyn nieznaczne. Tętno 84, słabo napięte, nieregularne.	Od kilku tygodni ogólne osłabienie, ćmienie przed oczami napadowo występujące Abortus in IV. mense in tractu.	Po ręcznem usunięciu jaja płodowego stan powoli się polepszał. Przy zabiegu omdlewania, tętno szybkie, ledwie wyczuwalne.			Z każdym dniem widoczne polepszenie.	Pobudzające środki i nasercowe.	Opuściła klinikę z wadą wyrównaną
9.	183.	29/III 1900 o godz. 3. rano.	21	I para.	Endocarditis recurrens sub forma insufficientiae et stenosis valvulae mitralis.	Sinica wybitna, oddechy nasilone. Obfita wydzielina surowicza z płuc, furczenia i świsty. Tętno szybkie, nieregularne. Temp. 38·2.	Przebieg ciąży prawidłowy. od kilku dni objawy ze strony serca nagle wystąpiły. Parturiens in X. mense, pelvis plana.	29 III o godz. 6·30 Forceps alta. Episiotomia, sutura. Objawy dość wybitne jednak stan stosunkowo zadowalniający. Po okresie 3 krwawienie ustąpiło pod wpływem: Cornutini ergotici Bomb. podskórnie.	Omdlały, docucony 3 700 gr.	700 gr. bez zmian widocznych.	Przez 12 dni stan ciężki, tętno 140; temp. do 40°, jednak codzień widoczne polepszenie, sinica ustępuje, tętno spada do 84, regularne.	Środki pobudzające. Tra. strophant. Digitalis. Serum Marmorka profilaktycznie.	Po 35 dniach opuściła klinikę na własne żądanie z wadą wyrównaną. Stan ogólny zadowalniający.
10.	165.	22/IV 1900.	35	II. para; 1. poród kleszczowy, dziecko żywe.	Insufficientia valvulae mitralis.	Sinica i duszność wybitna, obrzęki kończyn, sromu i powłok brzusznych znaczne. Tętno bardzo słabo napięte, szybkie, nie dające się policzyć, bardzo nieregularne, poczynający się obrzęk płuc. W moczu ilość białka 2‰.	Przez cały czas ciąży napadowa duszność, napady omdlewania; w ostatnich czasach znacznie się wzmogły. Gravida in VIII. mense. Pelvis normalis.	26/III o godz. 7. wieczorem siłami natury. Stan chorej aż do porodu stale się pogarszał, podczas porodu, który nadzwyczaj szybko postępował, stan bardzo groźny, tętno niewyczuwalne duszność bardzo znaczna, siłami natury.	2.600 gr. żywy.	560 gr. liczne stare wynaczynienia.	Przez [illegible] dni stan nieznacznie lepszy, lecz groźny ciągle, stopniowo jednak się poprawia. Arytmia tętna przez 8 dni w połogu się utrzymuje, obrzęki się zmniejszają.	Excitantia Analeptica Tra. strophant. Digitalis.	Opuściła klinikę z wadą zupełnie wyrównaną.

L. p.	L. prot.	Dzień przyjęcia	Wiek	Ilość i jakość porodów przebytych	Rodzaj wady serca	Objawy	Stan i przebieg obecnej ciąży	Dzień, przebieg i sposób ukończenia porodu	Płód; ciężar	Łożysko: utkanie i ciężar	Przebieg połogu	Terapia	Uwaga
11.	258.	27/IV 1901 o godz. 9 wieczór.	27	I. para.	Insufficientia valvulae mitralis, fibromata uteri interstitialia.	Objawów niedomogi niema.	Od 3 tygodni nieznaczne krwawienie z części rodnych, bóle dołem brzucha. Abortus in VII. mense imminens. Placenta praevia marginalis.	6/V o godz. 4 30 rano, siłami natury, bez żadnych objawów niedomogi. Łożysko usunięto ręcznie z powodu obfitego krwawienia.	Długość = 45 nieżywy.	420 gr.	Prawidłowy.	Tamponada macicy.	W jamie macicy wyczuć można było dwa włókniaki wielkości jaja kurzego, położone wśródściennie, które były powodem poronienia.
12.	64	31/I 1900 przeniesiona z kliniki chorób wewnętrznych.	30	III para. Oba porody ciężkie, operacyjne. O zabiegu przy pierwszym porodzie nic powiedzieć nie umie, gdyż była usypianą, przy drugim bliźnięta, obrót. Dzieci żywe, tuż po porodzie zmarły. Podczas 1 i 2 ciąży występowały objawy ze strony serca, jednak w znacznie lżejszym stopniu jak obecnie.	Insufficientia et stenosis valvulae mitralis, pericarditis chronica.	Wybitna sinica, oddechy nasilone = 36. Obrzęki ogólne, nieznaczne, tętno 106, regularne, średnio napięte. Wątroba 2 palce niżej łuku żebrowego, śledziona również powiększona. W moczu ilość białka = 2%.	Od 3 miesięcy kłucie w okolicy serca, omdlewania, częste krwioplucia, kaszel. duszność, ogólne obrzęki przemijające Obecnie nieznaczne polepszenie po terapii zastósowanej na klinice chorób wewnętrznych. Gravida in X. mense (?).	1/III o godz. 11. przed południem. siłami natury. Podczas porodu duszność nadzwyczaj znaczna, tętno niewyczuwalne, sinica wybitna. Injekcye podskórne kamfory i eteru bez skutku.	Żywy 3.000 gr.	550 gr. bez zmian widocznych.	Tuż po porodzie prawie nagłe polepszenie, tętno wolne, białko z moczu i obrzęki dość szybko ustąpiły. Dziesiątego dnia nagłe bicie serca, omdlenie, tętno 120. Pod wpływem injekcyi eteru nastąpiło polepszenie, dalszy przebieg połogu prawidłowy.	Środki podniecające, Tra. strophant. Digitalis. Injekcye eteru, kamfory.	Opuściła klinikę z wadą zupełnie wyrównaną.
13.	48.	24/I 1901 o godz. 1 po poł.	30	III. para; 1 na czasie, 2 w 8 miesiącu ciąży.	Insufficientia valvulae mitralis.	Nieznaczna sinica, duszność, w płucach świsty i furczenia, obfita surowicza wydzielina z płuc. Tętno szybkie, średnio napięte, nieregularne.	Od kilku dni bicie serca, uczucie lęku i omdlewania i zawroty głowy. duszność, kaszel. Parturiens in X. mense.	24/III o godz. 6 40 wieczorem, wygniatanie zapomocą opasek. Objawy ze strony serca nieznacznie wybitniejsze, jednak nie niebezpieczne.	Żywy 3.200 gr.	550 gr. nieliczne infarkty białe i świeże wynaczynienia.	W kilka godzin po porodzie duszność i sinica ustąpiły, wydzielina płuc skąpsza, tętno przez dwa dni nieregularne jednak wolniejsze, ósmego dnia przez cały dzień dwubitne. Macica źle się kurczy; trzykrotnie podano sporysz.	Środki podniecające, Tra. strophant.	Przy opuszczeniu kliniki wada wyrównana.
14.	34.	16/I 1901 o godz. 7 wieczór.	34	IV. para; poprzednie porody siłami natury. ostatni przedwczesny, dziecko żywe.	Insufficientia valvulae mitralis.	Sinica, oddechy nasilone = 36, obrzęki kończyn i sromu. Tętno wolne słabo napięte, przepuszczające. Wątroba sięga na dwa palce poniżej łuku żebrowego, śledziona powiększona. W moczu ślad białka.	Duszność, ból w okolicy serca i kaszel, występujące napadowo w drugiej połowie ciąży. W ostatnich tygodniach stan się pogorszył. Gravida in IX. mense.	21/I 1901 o godz. 9. wieczorem, siłami natury. Wystąpiła duszność bardzo znaczna, tętno ledwie wyczuwalne, nieregularne.	Żywy 2.250 gr.	550 gr. utkanie prawidłowe.	Na drugi dzień objawy ze strony serca znacznie lżejsze, powoli ustępują zupełnie.	Środki podniecające, Tra. strophant. Digitalis. Injekcye podskórne eteru kamforowego.	Z wadą wyrównaną opuszcza klinikę.

L. p.	L. prot.	Dzień przyjęcia	Wiek	Ilość i jakość porodów przebytych	Rodzaj wady serca	Objawy	Stan i przebieg obecnej ciąży	Dzień, przebieg sposób ukończenia porodu	Płód; ciężar	Łożysko: utkanie i ciężar	Przebieg połogu	Terapia	Uwaga
15.	92.	14/II 1901 o godz. 11 wieczór.	43	X. para; porody prawidłowe, przed 2 laty przechodziła jakąś ostrą chorobę infekcyjną, po której wystąpiło poronienie IV. miesiącu. Od tego czasu choruje na serce.	Stenosis valvulae mitralis.	Duszność nieznaczna. Tętno szybkie łatwo uciskalne. Mocz czysty.	W drugiej połowie ciąży od czasu do czasu napadowa duszność i omdlewania. Gravida in X. mense.	18/II 1901 siłami natury, wygniatanie płodu opaskami. Objawy ze strony serca nieznacznie się wzmogły.	3 600 gr. żywy.	600 gr. utkanie prawidłowe.	Objawy sercowe w kilka dni ustępują zupełnie.	Środki podniecające. Tra. strophant.	Opuszcza klinikę z wadą wyrównaną
16.	9.	7/I 1901 o godz. 10·30 rano.	21	I. para.	Insufficientia valvulae mitralis.	Sinica, duszność nieznaczna, tętno miękie, szybkie regularne. Obrzęki kończyn dolnych. Wątroba palec niżej łuku żebrowego; w moczu ślad białka.	Od kilku tygodni ciężkość w oddychaniu, ból napadowy w okolicy serca, zawroty głowy. Parturiens in X. mense.	7/I 1901 o godz. 4. popołudniu siłami natury. Ze strony serca objawy się nieznacznie wzmagają.	3.000 gr. żywy.	650 gr. prawidłowe.	Przez 4 dni stan coraz gorszy, obrzęki wybitniejsze, tętno 84, nieregularne. Po podaniu digitalis, stan się poprawia, dalszy przebieg połogu prawidłowy. Macica źle się kurczy, 6 dnia Secale.	Tuż po porodzie Tra. strohanti, bez skutku, podano Digitalis. Środki podniecające.	Opuściła klinikę z wadą dobrze wyrównaną.
17.	397.	14/X 1900 o godz. 11. przed połud.	32	VI. para; siłami natury, przed rokiem poronienie w V. mies. wśród objawów ze strony serca.	Insufficientia et stenosis valvulae mitralis.	Oddechy nasilone, kaszel, w płucach liczne rzężenia, wydzielina surowicza. Dość znaczne obrzęki kończyn twarzy i sromu. Tętno 102, nieregularne. W moczu ślad białka.	W drugiej połowie ciąży obrzęki, bicie serca napadowe, jakoteż omdlewania i zawroty głowy. Parturiens Gemelli.	14/X 1900 o godzinie 1·30 popołudniu siłami natury. Przebieg porodu bez znacznych zaburzeń ze strony serca.	Żywe 2 800 gr. 2.600 gr.	Wspólne 1.100 rozległe stare wynaczynienia, nieliczne świeże.	Obrzęki powoli ustępują, tętno regularne. 4. dnia nagle omdlewania bicie serca, arytmia tętna. Dalszy przebieg prawidłowy.	Środki podniecające, injekcye podskórne eteru, kamfory. Tra. strophant.	Opuściła klinikę ze znacznem polepszeniem.
18.	106.	20/II 1901.	28	IV. para; z powodu miednicy rachitycznej płaskiej, 1. wymóżdżenie, 2. obrót, dziecko żywe, 3. wymóżdżenie. Obecnie zgłosiła się w 34. tygodniu ciąży do wywołania przedwczesnego porodu.	Insufficientia valvulae mitralis compensata.	Objawów niedomogi serca niema.	Czasem bicie serca, zresztą zupełnie czuje się zdrową. Graviditas in IX. mense. Pelvis plana rhachitica. Poprzeczne II. Con. diagon $9^1/_2$.	Provocatio partus praemat. Versio in pedem, Extractio foetus Extractio manualis placentae. Tamponada uteri propter haemorrhagiam Injectio Cornutini ergotici prof Bombellon 1.0. Bez zaburzeń ze strony serca.	2.500 gr. żywy, omdlały, docucony, w $1^1/_2$ godz. umarł.	450 gr. prawidłowe Cyanosis placentae.	Zupełnie prawidłowy.		Wytoczenie główki natrafiało na znaczne trudności.
19.	84.	13/III 1901 o godz. 2·45 popołudniu.	28	III. para; porody poprzednie(?)	Insufficientia mitralis.	Objawów niedomogi serca niema.	Prawidłowy. Gravida in X. mense.	27/II o godz. 6·15 rano, siłami natury. Tętno niedające się policzyć, sinica nieznacznego stopnia, duszność	3.600 gr. żywy.	600 gr. liczne infarkty białe.	Po dwóch dniach tętno regularne. Duszność nieznaczna ustępuje. Macica leniwie się zwija. Secale. Połóg zresztą prawidłowy.	Tra. strophanti. Środki podniecające, podczas porodu i po.	Opuszcza klinikę z wadą zupełnie wyrównaną.

L. p.	L. prot	Dzień przyjęcia	Wiek	Ilość i jakość porodów przebytych	Rodzaj wady serca	Objawy	Stan i przebieg obecnej ciąży	Dzień, przebieg i sposób ukończenia porodu	Płód; ciężar	Łożysko: utkanie i ciężar	Przebieg połogu	Terapia	Uwaga
20.	50.	24/I 1901 o godz. 1 w południe.	30	IV para; porody siłami natury, ostatni wśród wybitnych objawów niedomogi serca.	Insufficientia et stenosis valvulae mitralis, insufficientia valvular semilunar. aortae.	Sinica Oddechy nasilone 36, tętno średnio napięte, regularne, w płucach nieliczne furczenia i świsty, nad sercem fremissement cataire. Mocz czysty.	W ostatnim miesiącu wystąpiła duszność. bicie serca, zawroty głowy. kaszel, napadowo. Parturiens in X. mense. Gemelli	24/I 1901 o godz. 4. popołudniu. Pierwszy siłami natury. przy drugim obrót na nóżkę. Sinica bardzo znaczna, duszność wybitna, tętno chwilami zupełnie niewyczuwalne.	2.550 gr. 2.150 gr. żywe.	Wspólne 950 gr. utkanie prawidłowe.	Przez 2 dni tętno wolniejsze, lecz nieregularne, duszność dość znaczna. W następnych dniach objawy powyższe powoli ustępują, duszność jednak wprawdzie w mniejszym stopniu ciągle się utrzymuje. 13. dnia nagle, duszność znaczna, tętno szybkie, nieregularne. Ustępuje pod wpływem injekcyi podskórnych eteru.	Przed, wśród, i po porodzie środki podniecające i Tra. strophant. W połogu digitalis.	Opuszcza klinikę ze znacznem polepszeniem.
21.	118.	24/II 1901 o godz. 2·45 popołudniu.	27	IV. para; porody poprzednie ciężkie, dlaczego? nie można się od chorej dowiedzieć.	Insufficientia et stenosis mitralis.	Sinica nieznaczna, tętno słabo napięte, duszność miernego stopnia.	Od czasu do czasu w ostatnim miesiącu napadowa duszność i osłabienia. Gravida, początek X. miesiąca. Miednicowe II. Pelvis angusta rhachitica.	25/II 1901 o godz. 2·40 popołudniu. Extractio foetus. Objawy ze strony serca nieznacznie się wzmogły.	2 900 gr. omdlały, do cucony.	650 gr. świeże wynaczynienia.	Po porodzie stan się poprawił połóg zresztą prawidłowy. Macica źle się zwija, kilkakrotnie Secale.	Środki podniecające. Tra. strophant.	Opuszcza klinikę z wadą wyrównaną zupełnie.
22.	47.	13/II 1901 o godz. 12·30 w południe.	24	I. para.	Insufficientia valvulae mitralis.	Sinica dość wybitna, tętno nie dające się policzyć, duszność znaczna.	Częste napady duszności od dwóch miesęcy i bicie serca. Parturiens in IX. mense.	13/II 1901 urodziła tuż po przybyciu do kliniki na sali przyjęć. W okresie trzecim porodu znaczny krwotok Expressio placentae modo Créde.	2.550 gr. żywy.	650 gr. liczne świeże wynaczynienia.	Tuż po porodzie stan znacznie lepszy, tętno regularne, wolniejsze, sinica zwolna ustępuje. Macica źle się zwija, kilkakrotnie Secale.	Środki podniecające.	»
23.	16.	7/I 1901 o godz. 9·15 rano.	34	II. para; 1. poród siłami natury na czasie.	Insufficientia valvulae mitralis.	Niema żadnych.	Prawidłowy. Parturiens in X. mense.	7/I 1901 o godz. 2·15 popołudniu, siłami natury, bez zaburzeń ze strony serca.	3.300 gr. żywy.	650 gr. liczne infarkty białe.	Zupełnie prawidłowy.		
24	20.	10/I 1901 o godz. 6 rano.	32	IV. para; poprzednie siłami natury (?).	Insufficientia valvulae mitralis.	Sinica i obrzęki znaczne, oddech nasilony, tętno szybkie, regularne.	Od kilku dni duszność. obrzęki od 3 miesięcy. Parturiens in X. mense.	10/I o godz. 9·40 rano, siłami natury. Duszność i sinica znaczna, tętno bardzo szybkie, słabo wyczuwalne	3.400 gr. żywy.	650 gr. liczne infarkty białe.	Po porodzie objawy ze strony serca w kilku godzinach ustąpiły. Obrzęki powoli ustępują. Macica leniwo się kurczy, Sporysz.	Środki podniecające. Tra. strophant.	Wada zupełnie wyrównana.

L. p.	L. prot.	Dzień przyjęcia	Wiek	Ilość i jakość porodów przebytych	Rodzaj wady serca	Objawy	Stan i przebieg obecnej ciąży	Dzień, przebieg i sposób ukończenia porodu	Płód; ciężar	Łożysko: utkanie i ciężar	Przebieg połogu	Terapia	Uwaga
25.	445.	14/XI 1900 o godz. 4. popoł.	18	I. para.	Stenosis aortae.	Nieznaczna sinica, oddechy przyśpieszone, obrzęki, tętno 120 regularne, twarde.	W drugiej połowie ciąży częste bicia serca, od kilku dni duszność. Gravida in X. mense.	3/XII o godz. 2·30 popołudniu, siłami natury. Duszność znacznie się spotęgowała, tętno bardzo szybkie, sinica, w 3 okresie, znaczny krwotok. Expressio placentae tamponada macicy.	3.350 gr. żywy.	700 gr. liczne złogi wapienne.	Po porodzie znaczne polepszenie, tętno przez cały czas połogu szybkie około 100, zresztą przebieg połogu bez zaburzeń. Macica źle się zwija. Sporysz	W ciąży spokój, dyeta. Tra. strophant, środki podniecające.	W ciąży zastósowano terapię, po której objawy sercowe zupełnie ustąpiły. podczas porodu znowu wystąpiły. Opuszcza klinikę z wadą wyrównaną.
26.	47.	23/I 1901.	34	III. para; siłami natury.	Insufficientia valvulae mitralis.	Objawów niedomogi niema.	Prawidłowy. Parturiens in X. mense.	23/I o godz. 1 15 popołudniu. siłami natury. bez objawów ze strony serca.	2.900 gr. żywy.	450 gr. świeże wynaczynienia.	Prawidłowy.		
27.	11.	6/I 1901.	20	I. para.	Insufficientia mitralis.	Sinica, oddechy nasilone, powierzchowne, tętno słabo wyczuwalne, szybkie, regularne.	Od kilku dni brak oddechu i bicie serca. Gravida in VIII. mense.					Objawy pod wpływem spokoju, dyety, środków podniecających i Tra. strophant ustępują zupełnie.	Chora na własne żądanie opuszcza klinikę bez żadnych objawów niedomogi.
28.	530	1/I 1901 o godz. 12·45 w nocy.	26	II. para; siłami natury.	Insufficientia valvulae mitralis.	Objawów niedomogi niema.	Prawidłowy. Parturiens in X. mense.	1/I 1901 o godz. 11·20 wieczorem. siłami natury, bez zaburzeń ze strony serca.	3.400 gr. żywy.	550 gr. utkanie prawidłowe.	Prawidłowy.		
29	520	25/XII o godz. 7·45 rano.	40	IX. para; poprzednie porody prawidłowe (?).	Insufficientia valvulae mitralis.	Sinica znaczna, oddechy szybkie, powierzchowne, tętno 112, regularne, średnio napięte. Meteorismus dość znaczny, wolny płyn w jamie brzusznej temperatura 37·6.	W ostatnich dniach bicie serca, duszność. Parturiens po przeczne. grzbietowe II. bóle od 20 godzin	25/XII o godz. 8. rano w narkozie chloroformowej, versio in pedem. extractio. Zabieg Credego tamponada macicy z powodu krwotoku. Tętno bardzo liche ledwo wyczuwalne, duszność znaczna.	3.000 gr. nieżywy.	600 gr. nieznaczne zmiany włókniste.	Objawy ze strony serca po porodzie wkrótce ustąpiły. Objawy podrażnienia otrzewnej wśród gorączki.	Środki podniecające, diuretica zresztą terapia zapalenia otrzewnej.	Opuszcza klinikę z wadą zupełnie wyrównaną.
30.	445.	8/XI 1900 o godz. 6 wieczór.	26	I. para.	Stenosis aortae.	Objawów niedomogi niema Pulsus celler.	Prawidłowy. Gravida in VIII. mense.	11/I 1901 o godz. 2·45 popołudniu. Prócz nieznacznej siniçy i duszności poród prawidłowy, siłami natury.	3.200 gr. żywy.	600 gr. nieliczne stare i świeże wynaczynienia.	Ośm pierwszych dni zupełnie prawidłowy przebieg, 9. dnia obrzęki, duszność, napady omdlewania, tętno nieregularne, szybkie, ustępują po dwóch dniach. dalszy przebieg prawidłowy.	W połogu Tra. strophant. Injekcye podskórne eteru. kamfory. Środki podniecające.	Przy opuszczeniu kliniki wada zupełnie wyrównana

L. p.	L. prot.	Dzień przyjęcia	Wiek	Ilość i jakość porodów przebytych	Rodzaj wady serca	Objawy	Stan i przebieg obecnej ciąży	Dzień, przebieg i sposób ukończenia porodu	Płód; ciężar	Łożysko: utkanie i ciężar	Przebieg połogu	Terapia	Uwaga
31.	226.	15/II 1901.	23	II. para; 1. poród wśród bardzo nieznacznych zaburzeń ze strony serca.	Insufficientia et stenosis valvulae mitralis, insufficientia relativa valvulae tricuspidalis. Pericarditis.	Wybitne ogólne obrzęki, płyn wolny w jamach surowiczych, sinica znaczna, oddechy bardzo powierzchowne, przyspieszone. Tętno szybkie 120 nieregularne. Tętnienie żył szyjnych w płucach, liczne rzężenia, krwioplucie, wątroba 3 palce poniżej łuku żebrowego. Poczynająca się nekroza wargi większej prawej z powodu obrzęku, w moczu białko w ilości 5⁰/₀₀.	Od 5 tygodniu obrzęki, duszność coraz bardziej się potęgująca. krwioplucie. Gravida in VIII. mense.					Digitalis Tra. strophant Środki podniecające Scarificatio warg większych.	Po 10 dniach obrzęki ustąpiły, stan się zupełnie poprawił, tętno około 100, regularne. I o 15 dniach opuszcza klinikę na własne żądanie, według doniesienia listowego w kilka dni po przybyciu do domu na wsi poród, siłami natury wśród bardzo nieznacznych objawów sercowych, w kilka dni gorączka, dreszcze po 6 tygodniach uległa zakaż. polog. i wśród objawów niedomogi serca.
32.	467.	13/XI 1901.	41	IV. para; ostatni poród w 8. miesiącu ciąży, wśród objawów ze strony serca przed $1^1/_2$ rokiem.	Insufficientia et stenosis valvulae mitralis, nephritis chronica.	Sinica bardzo znaczna, duszność, oddechy szybkie, nasilone, obrzęk płuc rozpoczynający się. Wątroba 2 palce poniżej łuku żebrowego. Obrzęki ogólne, wolny płyn w jamach surowiczych. W moczu dość znaczna ilość białka, wałeczki. tętno 112, słabe, tmp. normalne.	W drugiej połowie ciąży obrzęki, częste bicie serca, duszność przemijająca. Od tygodnia stan ciężki. Gravida in VII. mense.	15/XI 1901 o godz. 8. rano poronienie bez pogorszenia stanu, siłami natury, szybko.	1.000 gr. nieżywo urodzony bez oznak maceracyi.	300 gr. rozległe zmiany włókniste. Pępowina obrzękła, gruba krwawo imbikowana; wydalone w całości.	Stan do porodu jednakowy, po porodzie trzydniowe nieznaczne polepszenie, następnie stan stale pogarszał się. Dziewiątego dnia exitus letalis wśród objawów obrzęku płuc, t. j. † 24/XI 1901 o godz. $8^1/_4$ rano.	Środki nasercowe, podniecające. Injekcye podskórne eteru, kamfory. Środki wykrztuśne. bańki itd.	Antopsia wykazała. Endocarditis verrucosa valvulae bicuspidalis. dilatatio et hypertrophia totius cordis Degeneratio adiposa myocardii, atheroma aortae. Nephritis chron. Degenerat. diffusa Oedema pulmon. Ascites, Anasarca. Wykonał sekcyę Dr Kučera.
33.	72.	30/I 1902 o godz. 9 rano.	32	IV. para; porody prawidłowe.	Insufficientia valvularum semilunar. aortae. Peri et myocarditis.	Sinica nieznaczna, wybitna duszność. 1 oddechów 42, nasilone, powierzchowne. tony serca bardzo głuche. tętno 120. W płucach liczne furczenia i świsty w dolnych płatach płuc. Temp 36·3 w moczu znaczna ilość białka. Obrzęków niema.	W grudniu 1901 przechodziła rheumatismus articulorum acutus, od tego czasu nieznaczne objawy sercowe. Od 3 dni bardzo znaczna duszność i obfita wydzielina z płuc. Gravida in IX. mense, poprzeczne II.	31/1 o godz. 4·30 rano pękł pęcherz płodowy i przy ujściu na 2 palce rozwartem wykonano obrót, poczem płód mały natychmiast się urodził, krwotok, ręczne wyjęcie łożyska.	2.600 gr. nieżywy.	450 gr. nieliczne świeże wynaczynienia, cyanosis placentae.	Od chwili przyjęcia stan coraz cięższy, duszność wybitniejsza. Tuż po wykonaniu zabiegu operacyjnego exitus letalis t. j. † 31/I 1901 o godz. 4·45 rano.	Środki nasercowe, podniecające. Injekcye podskórne eteru, kamfory.	Antopsia wykazała. Endocarditis ulcerosa valvular semilun. aortae subsqt. insuff. ostii arteriosi sinistri dilatatio cordis utriusque. Degeneratio adiposa myocardii majoris gradus, necroses disp. et myocarditis recens myocardii sinistri, pericarditis serofibrinosa. Infarctus septicus renis dextri. Pleuritis chron. adhaesiva Bronchitis catarrh acuta. Induratio cyanotica pulm levis. Degeneratio parenchym. organorum Wykonał sekcyę Dr. Kuczera.

Rok XLI. Kraków, 12 Lipca 1902. Nr. 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przyczynek do techniki operacyjnej na pęcherzu moczowym (z przedstawieniem chorej).

Podał

L. Rydygier.

Według wykładu na XI. Zjeździe chirurgów polskich.

Korzystając z przypadku nader zajmującego, jaki mam przedstawić, chciałbym uczynić kilka uwag co do techniki operacyjnej na pęcherzu.

Zależy mi przedewszystkiem na tem, żeby raz jeszcze zwrócić uwagę na sposób zakładania szwu pęcherzowego, bo mimo kilkakrotnego podnoszenia tej sprawy w dawniejszych mych pracach, przekonywam się nawet z najnowszych wydań rozmaitych i najlepszych podręczników, że sposób zakładania szwu na pęcherz, tak często przezemnie za najlepszy zalecany, nie znalazł jeszcze ogólnego uznania. Mogę zaś zaręczyć, że sposób zalecany wypróbowałem nie tylko w licznych doświadczeniach na psach, ale w stosunkowo znacznej liczbie przypadków szwu pęcherzowego, wykonanego u ludzi.

Nie tak dawno temu, bo zaledwie kilka lat, znaczna liczba chirurgów, a pomiędzy nimi i najwybitniejsi jak np. Guyon, byli zasadniczo przeciwni zakładaniu szwu pęcherzowego, który tak często zawodził. I dziś jeszcze naliczylibyśmy znaczną liczbę takich przeciwników, chociaż większość tylko wówczas oświadcza się przeciwko zakładaniu szwu, jeżeli ściany pęcherza są chorobowo zmienione. Tak oznaczywszy granice, naprawdę wcale ich nie ustalamy, gdyż prawie w każdym przypadku, w którym byliśmy zmuszeni otworzyć pęcherz, ściany jego mniej lub więcej bywają zmienione, a ocena stopnia tych zmian zawisła zupełnie od podmiotowego zapatrywania operującego. Powyższem tedy oświadczeniem nie dajemy żadnych wskazówek mniej na tem polu doświadczonym. My w naszej klinice trzymamy się tej zasady, że zasadniczo zawsze zaszywamy ranę pęcherza, a tylko w tych przypadkach sączkujemy pęcherz niezaszyty, jeżeli stan jego i bez poprzednio dokonanej operacyi wymagałby szerokiego otwarcia, n. p. jeżeli mamy szeroką ranę na wewnętrznej powierzchni pęcherza po wycięciu rozlanego nowotworu, z której krwotok nie da się zupełnie zatamować. Po usunięciu uszypułowanych guzów, gdzie się nie obawiamy znaczniejszego krwotoku, ranę w pęcherzu zaszywamy. Tak samo w stanach posokowatych pęcherza tylko wtenczas nie szyjemy, jeżeli mamy przekonanie, że i po usunięciu pierwotnego cierpienia, stan ten wywołującego, nie zdołamy naturalnego zapewnić odpływu, a nadto potrzebny nam jest szeroki dostęp do dalszego stosowania środków leczniczych.

Mimo tak daleko posuniętych granic dla szwu pęcherzowego, ani razu szew na szerszej przestrzeni nam się nie rozszedł, a tylko 1 raz powstała maluczka przetoka, która w kilku dniach sama się zagoiła: to najlepiej przemawia za doskonałością naszego postępowania w zakładaniu szwu. W przypadku owym, u młodego człowieka po cięciu nadłonowem, wykonanem z powodu brodawczaka śluzowego, założono na stałe cewnik Pezzera, jak się u nas zawsze dzieje po tej operacyi. Nie zauważono jednak, że cewnik się zatkał, prawdopodobnie skutkiem zapadnięcia się czapeczki Zatkanie to trwało najprawdopodobniej 18 godzin. Mocz nie znajdując ujścia, rozszerzył nad miarę pęcherz i wytworzyła się przetoczka, która po wprowadzeniu innego, dobrze funkcyonującego cewnika, po paru dniach zamknęła się sama.

Przedewszystkiem podnoszę z naciskiem, że na pęcherz tak samo jak na jelito należy zakładać jedynie szew kuśnierski. Nie chodzi tu tylko o oszczędność na czasie, ale o pewność szwu. Załączone szematyczne ryciny najlepiej to uwidocznią: Szew zakładamy zawsze na próżny pęcherz.

Fig. I.

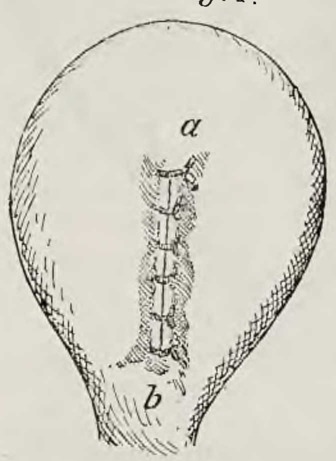
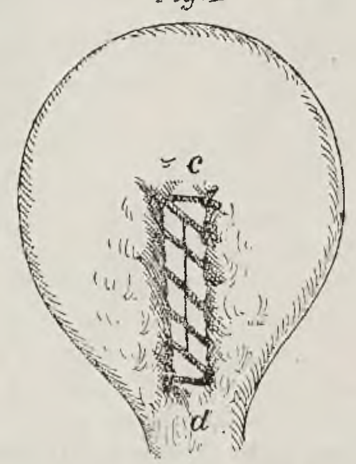


Fig. III.



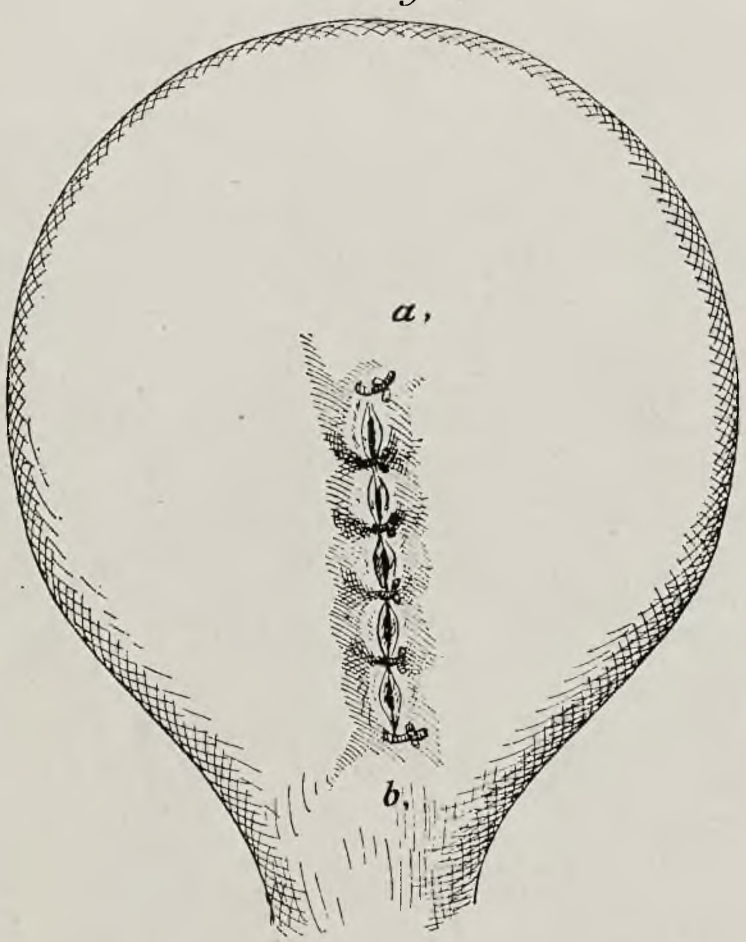
Chociaż więc niby dość gęsto go założyliśmy *(Fig. 1. a, b)* to po znaczniejszem wypełnieniu pęcherza odstępy węzełkowe pomiędzy pojedyńczymi szwami mogą się tak rozszerzyć, że przepuszczą napierająay mocz *(Fig. 2. a' b')*. Przeciwnie, linia szwu kuśnierskiego *(Fig. 3. c d)* nie może się wydłużyć mając końcowe punkty połączone niepodatną nitką: im bardziej mocz napiera, tem mocniej szew się zaciąga, a tylko obok niego ściany pęcherza się wydymają *(Fig. 4. c' d')*. Wyższość szwu kuśnierskiego właśnie na pęcherzu tak się w oczy rzuca, że nie pojmuję, dlaczego go dotychczas jeszcze ogólnie nie przyjęto, jako jedynie dozwolonego.

Drugi punkt, na który należy dokładnie uważać, a na który już Maksimow w cennej swej rozprawie zwraca specyalną uwagę, jest, żeby zaczynać i kończyć przed po-

czątkiem i za końcem rany, t. j. jeszcze w ścianie nienaruszonej. Inaczej bowiem mogłoby się zdarzyć, że po znacznem wypełnieniu pęcherza powstanie pomiędzy pierwszym szwem a kącikiem rany tak wielka przestrzeń, że mocz napierający wydostać się może tak samo, jak pomiędzy dwoma szwami węzełkowymi.

Że szew na pęcherz należy zakładać dwupiętrowy, na to dziś wszyscy się zgadzają. Nie istnieje tylko jeszcze zgoda, jakie warstwy pęcherza każdy z tych szwów zajmować powinien. U nas w klinice zakładamy pierwszy rząd szwów tak, że przechodzi przez całą grubość ściany, niezachwytując tylko błony śluzowej. Nie można się tylko zgodzić z tymi nielicznymi dziś już autorami, którzy jeszcze radzą zajmować i błonę śluzową ze względu na znane niebezpieczeństwo, żeby szew nie dał później początku do powstania kamienia.

Fig. II.



Drugi rząd szwów, założony na sposób szwu Lemberta, powinien koniecznie przechodzić nie tylko przez tkankę łączną pokrywającą warstwę mięśniową, ale dobrze zachwytywać właśnie tę warstwę, która czasem przy zakładaniu tego rzędu przed igłą się usuwa. Do szwu używamy zawsze katgutu, podobnie jak przy szwie jelitowym. Tutaj używanie katgutu ma większe jeszcze znaczenie, bo wiemy przecież, że jedwabne podwiązki, założone nawet po za nienaruszonymi ścianami pęcherza mogą się dostać do jego wnętrza i wywołać powstanie kamienia, którego jądro stanowią.

W dolny kąt zeszytej z resztą rany powłok brzusznych zakładamy kawałek gazy jodoformowej; a może lepiej założyć sączek szklanny, jak radzi Kocher, bo kilka razy musiałem ranę w powłokach później rozpruć, ponieważ gaza niedostatecznie sączkowała.

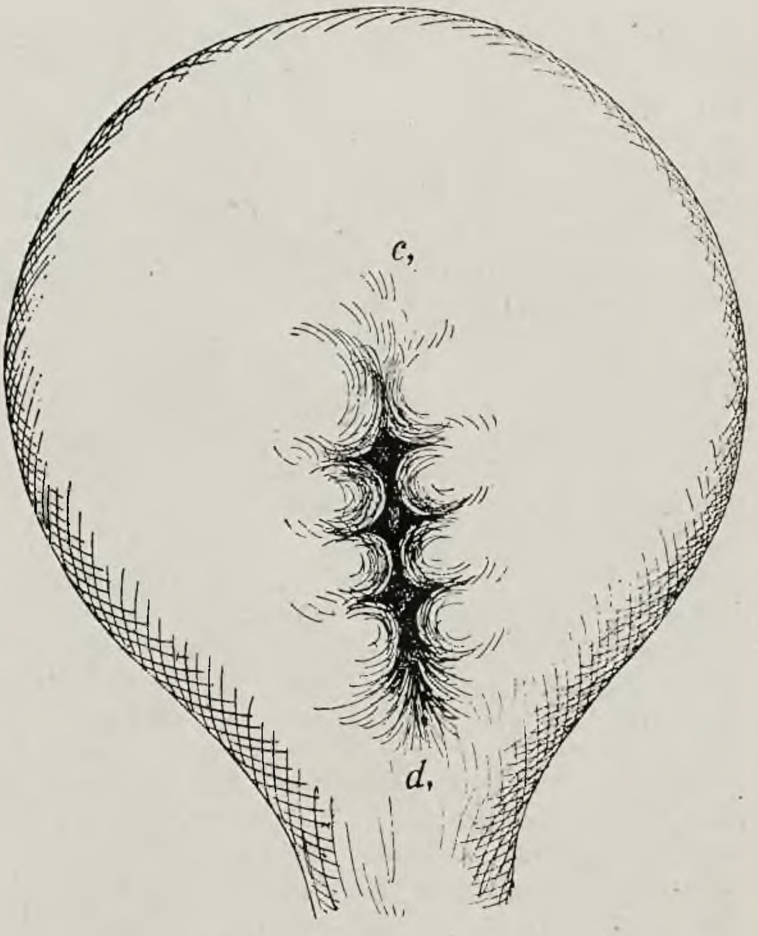
Cewnik Pezzera, wprowadzony zaraz podczas operacyi, pozostawiamy zwykle przez 8—10 dni komornem; jeżeli jednak bardzo drażni cewkę, lub nie dobrze funkcyonuje, to i wcześniej wyjmujemy i zastępujemy regularnem wprowadzaniem cewnika kilka razy dziennie.

Na zakończenie przedstawiam przypadek nader rzadki i trudny przed operacyą do rozpoznania: przypadek wrzodu gruźliczego w pęcherzu, drążącego przez całą grubość jego ścian, zrośniętego z pętlą jelita cienkiego i siecią i tworzącego guz w jamie brzusznej wielkości dwóch pięści.

Dokładniejszy opis choroby podaję poniżej:

A. R. z Ostapia, l. 35, Nr. prot. 100. Pobyt w klinice od 16/3 do 7/5 1901

Fig. IV.



Wywiady: Ojciec umarł w 50 r. ż. z nieznanej jej przyczyny; matka w 63 r. ż. z gruźlicy płuc. Jedyna siostra zmarła na płonicę. W 16 r. ż. wyszła zamąż, rodziła 8 razy, ostatni raz przed 8 miesiącami. Troje dzieci zmarło w niemowlęctwie, pięcioro żyje zdrowych. Miesiączkuje prawidłowo od 18 r. ż. Dotychczas poważniej nie chorowała. Przed 4-ma tygodniami wystąpiły nagle bóle w okolicy spojenia łonowego, a równocześnie pojawiło się uporczywe parcie na mocz. Radziła się lekarza, ale zalecone krople i maści zażywała bez skutku. Cierpienie staje się coraz. dolegliwszem. Obecnie wśród przykrego parcia musi oddawać mocz co kilka minut; mocz jest mętny i cuchnie. Krwi w nim nie zauważyła. Przez ten czas schudła i bardzo zesłabła.

Stan obecny: Wzrost średni, budowa dobra, odżywienie mierne, skóra i błony śluzowe zewnętrzne blade. Gruczoły na szyi, karku i pod pachami nie powiększone. Serce i płuca bez zmian. Kształt brzucha prawidłowy, powłoki brzuszne wiotkie, na skórze liczne blizny porodowe. Wątroba i śledziona nie powiększone. Ponad spojeniem łonowem wyczuwa się guz wielkości dwóch pięści, twardy, o powierzchni gładkiej, niebolesny, ruchomy z boku na bok, ale nie dający się wysuwać ku górze. Gruczoły pachwinowe macalne. Badanie przez pochwę:

część pochwowa macicy z wrębami na $^1/_2$ falangi długa. Trzon macicy w tyłopochyleniu i zgięty ku stronie lewej, wolny. Przez sklepienie przednie i prawe wyczuwa się guzowaty opór, bardzo nieznacznie ruchomy, tkliwy. Badanie przez odbytnicę nie dodaje nowego szczegółu. Przez cewnik, wprowadzony do pęcherza, wylewa się nieco płynu ropiasto-krwawego, ze strzępami tkanki obumarłej. Pęcherz obejmuje zaledwie kilkanaście gramów płynu (badanie cystoskopem niemożliwe!).

Mocz mętny, woni amoniakalnej, alkaliczny, c. g. 1·020. Białko w ilości 0·396%. Barwników krwi nie zawiera. Diazo-reakcya ujemna. Indykan i chlorki prawidłowe Fosforany ziem. zniesione, fosforany ogólne 0·106%. Osad składa się z moczanu amonowego, fosforanów: wapniowego, neutralnego i magnowo-amonowego. Liczne ciałka wypocinowe, pojedyncze erytrocyty. Liczne bakterye. Przybłonek płaski pojedynczo. Komórek nowotworowych ani prątków gruźliczych nie znaleziono.

Operacya (26/3 1901) w uśpieniu chloroformowem. Po otwarciu jamy otrzewnowej okazało się, że guz tworzyła głównie sieć skłębiona, przyrośnięta do okolicy wierzchołka pęcherza. Obok sieci przyrosła tamże jedna pętla jelita cienkiego. Po oddzieleniu sieci i jelita cienkiego okazało się, że na przedniej ścianie pęcherza (śródotrzewnowo) w okolicy szczytu, znajduje się otwór wielkości ziarnka grochu o brzegach owrzodziałych, kruchych. Otwór ten zamkniętym był właśnie przyrosłą siecią, a częściowo jelitem. Część sieci zbliznowaciałą odcięto, ubytek zaś w otrzewnej na jelicie, jaki się okazał po jego oddzieleniu, pokryto szwem Lemberta. Przystąpiono do wycięcia częściowego ściany (śródotrzewnowej) pęcherza, zajętej przez owo owrzodzenie. Wycięto część w kształcie trójkąta równoramiennego (długość boków około 4 ctm.) zwróconego wierzchołkiem ku szczytowi pęcherza. Preparat obejrzano i przekonano się, że cięcia przebiegały w ścianach zdrowych. Ranę w pęcherzu zeszyto typowo szwem katgutowym, ciągłym. Przy oczyszczaniu jamy brzusznej zauważono w dole pęcherzowo-macicznym pojedyncze gruzełki. W końcu oddzielono częściowo otrzewnę ścienną od brzegów rany laporotomijnej i przyszyto ją do okolicy szczytu pęcherza powyżej rany pooperacyjnej (tak, że obecnie cała przednia ściana leży pozaotrzewnowo), poczem ponad pęcherzem założono szew warstwowy na powłoki brzuszne. Do pęcherza wprowadzono cewnik Pezzera komornem i lewar. W dolny kąt rany seton.

Przebieg pooperacyjny. Raz tylko podniosła się ciepłota, do 38° zresztą stale stan bezgorączkowy. Lewar spełnia swe zadanie zupełnie dobrze. Chora zażywa salol i pije wodę sodową. Pęcherz przepłókuje się codziennie letnim rozczynem kwasu borowego. Dziesiątego dnia wyjęto cewnik, a po trzech tygodniach otwór po setonie zgoił się zupełnie. Przez pierwsze dni chora oddaje mocz co parę, potem co kilka godzin. Po tygodniu pęcherz funkcyonował prawidłowo, jak to stwierdzono spostrzegając chorą do 7/5 t. r. Tego dnia oddany mocz był zupełnie czysty, oddziaływał kwaśno, białka nie zawierał, ani nie tworzył osadu. Badanie cystoskopowe, wykonane 6 maja i powtórzone 12 lipca, wykazało w pęcherzu stosunki zupełnie prawidłowe. Na przedniej ścianie pęcherza widać bliznę linijną, w połowie pod kątem rozwartym załamaną. Blizna zaciągnięta w głąb, a na prawo od niej kilka blizn kropkowatych, jako ślad po ranie. Wówczas też (tj. 12/7 1901) stwierdzono, że odżywienie chorej znacznie się podniosło, że czuje się ona zupełnie zdrową, zwłaszcza zaś, że pęcherz sprawuje swą czynność tak, jak za najzdrowszych czasów. Mocz bez zmian.

Badanie mikroskopowe wyciętej ściany pęcherzowej wykazało zwykły obraz gruźliczego owrzodzenia, które szerząc się najprawdopodobniej od błony śluzowej, przedziurawiło całą grubość ścian pęcherza.

II. Z sali mamek i osesków szpitala św. Ludwika pod dyrekcyą Prof. Dra Jakubowskiego w Krakowie.

Kwaśna niestrawność jelitowa u dzieci karmionych piersią.

(Dyspepsia intestinalis acida lactatorum).

Napisał
Dr. Jan Raczyński,
Doc. pedyatryi w U. J.

(Ciąg dalszy)

Na razie najwięcej mnie zajmowało pytanie, czy w przypadkach niestrawności, przebiegającej wśród objawów powyżej przedstawionych, rzeczywiście stopień kwasoty stolców jest wyższy, niż w warunkach prawidłowych. Chcąc na to pytanie odpowiedzieć, należało oznaczyć ilościowo kwasy zawarte w kale; badania jednak takie napotykały na znaczne trudności; wspomniano już wyżej, że kwaśność kału dzieci żywionych piersią zależy przeważnie od kwasów organicznych, tłuszczowych, które tu znajdują się w części jako wolne kwasy lotne (octowy, propionowy, masłowy i t. d.), w części jako kwasy tłuszczowe wolne nielotne, (jak palmitynowy, stearynowy i t. d.), wreszcie jako mydła związane z zasadami, znajdującemi się w przewodzie pokarmowym. W tych warunkach trudno było myśleć o oznaczaniu ilościowem poszczególnych kwasów z osobna, a należało się ograniczyć do oznaczenia ogólnej kwasoty *(Gesammtaciditaet)* tem więcej, że takie oznaczania były do naszych celów zupełnie wystarczające.

Z pomiędzy różnych metod, jakich różni autorowie do oznaczenia kwasoty kału używali, wybrałem za poradą kol. Doc. Dra Lembergera następującą:

I. Pewną, odważoną ilość kału rozrabiano z wodą aż do uzyskania jednolitej cieczy, którą poddawano destylacyi. W otrzymanym destylacie znachodzą się wolne lotne kwasy tłuszczowe obok połączeń organicznych, przechodzących z parą wodną jak indol, skatol, przeszkadzających odmiareczkowaniu.

Aby te ciała oddzielić, zobojętnia się destylat zapomocą węglanu sodowego (który zwiąże kwasy tłuszczowe) i poddaje powtórnej destylacyi, przy której do destylatu przechodzą indol i skatol. Pozostałość oddestylowano po dodaniu kwasu siarkowego i destylat miareczkowano $^1/_{20}$ norm. ługiem potasowym.

II. W innej części kału oznaczano kwasy tłuszczowe wolne nielotne, a mianowicie wysuszony i odpowiednio przyrządzony kał wytrawiano w przyrządzie Soxhleta eterem naftowym, przyczem jako pozostałość w kolbie otrzymywaliśmy tłuszcze i kwasy tłuszczowe wolne. Pozostałość tę odważono, rozpuszczono w eterze z dodatkiem alkoholu, a następnie oznaczono miareczkowaniem znajdujące się w rozczynie wolne kwasy tłuszczowe, przyczem na wskaziciela służył rozczyn fenolftaleiny.

Ilość wolnych kwasów tłuszczowych obliczono na kwas palmitowy, a odjąwszy ją od odważonej sumy tłuszczów i kwasów tłuszczowych, otrzymano ilość tłuszczów zawartych w użytym kale.

III. Kwasy tłuszczowe, znajdujące się w kale w postaci mydeł, oznaczano w ten sposób, że do tej samej próbki, która została już wytrawioną eterem, dodawano alkoholu zakwaszonego kwasem solnym, odparowano i poddawano znów wytrawianiu eterem, oznaczając pozostałość wagowo.

Kał zbierano na płaty płótna ceratowego; badania rozpoczynano najpóźniej w 1 — 2 godzin po otrzymaniu kału. Chcąc uniknąć zmięszania z moczem przeprowadzano badania tylko na oseskach płci męzkiej, którym dla schwytania osobno moczu zakładano zbiorniki (recypienty) pomysłu Raudnitza.

Jak to już poprzednio zaznaczyłem, nie mamy żadnych danych co do zachowania się stopnia kwasoty w warunkach fizyologicznych, odpowiedź więc na pytanie, czy wyższą jest kwasota kału w pewnych stanach chorobowych można było otrzymać tylko przez porównanie wyników badania nad dziećmi zdrowemi i choremi. Ale i wnioski wysnute z wyników uzyskanych tą samą metodą badania chemicznego mogły nas zawieść na bezdroża, gdyby każde z dzieci karmione było przez inną kobietę, bo wiadomo jest z dotychczasowych badań Biederta i Uffelmanna, że kwasota zależy od ilości tłuszczu zawartego w spożytem mleku, a co do tego składnika mogą zachodzić różnice u różnych kobiet. Aby więc ominąć te trudności, ograniczono badania wyłącznie do tych przypadków, gdzie z dwojga dzieci karmionych przez jedną kobietę, jedno było zupełnie zdrowe, drugie okazywało objawy niestrawności, a takiego materyału nie brak było na Sali mamek. Dodać winienem, że za dziecko zdrowe uważałem osobnika donoszonego o ciężarze po urodzeniu powyżej 3.000 gramów, przybywającego na wadze według przeciętnych skali Fleischmanna, — oddającego kał jednolicie przetrawiony, żółty i t. d. Zachowano także i tę ostrożność, że badano zawsze równocześnie kał oddany w tym samym mniej więcej czasie przez oba oseski, tj. zdrowego i chorego. Nie potrzebuję chyba dodawać, że czuwano nad tem pilnie, aby dzieci, na których przeprowadzano doświadczenia, nie dostawały żadnego innego pożywienia, prócz pokarmu kobiety karmiącej:

Spostrzeżenie I. Dotyczyło dwojga dzieci, karmionych przez Maryę K., kobietę zdrową, 32-letnią, posiadającą dostateczną ilość pokarmu dla dwojga dzieci.

Własne dziecko Stanisław K. waży w 8 tyg. życia 4.850 grm., przybywa dobrze na wadze dziennie około 30 grm., dużo śpi, spokojny, stolce prawidłowe, 2—3 na dobę.

Badanie kału wykazało:

Lotne kwasy wolne na 100 grm. kału suchego zobojętniają 537 milgr. KOH.
czyli: Lotnych wolnych kwasów (obliczonych na kw. masłowy) = 0·84%
Wolnych kwasów na 100 gr. such. kału . . . . 0·872% grm.
Kw. tłuszcz. z mydl. » » » » » . . . . . 2·01% grm.

Drugie dziecko karmione przez tę samą kobietę Jan F. liczy 6 tygodni życia, waży 4.150 grm., dziennie przybywa (biorąc pod uwagę tydzień przed i tydzień po wzięciu stolca do badania) po 18 grm., jest niespokojne, — często płacze i t. d; prawie co godzinę oddaje po odrobinie kału nie jednolitego, czasem zielonego.

Badanie kału wykazuje:

Lotne kw. wolne na 100 grm. such. kału zobojętniają 817 milg. KOH.
czyli: Lotnych wolnych kwasów (obliczonych na kwas masł.) = 1·28%
Wolnych kw. tłuszcz. na 100 gr. such. kału . . 1·135% grm.
Kwasów zmydlonych » » » » » . . . 6·20% grm.

Spostrzeżenie II. Dziecko własne mamki A. M., 6. tyg., waży 4.050; cierpiało na objawy niestrawności ze wszystkimi wyżej wymienionymi przypadami. Przybytek dzienny 12 grm., stolców na dobę 10—15.

Rozbiór chemiczny kału dokonany 20/V. 1901. wykazał:

Lotne kw. wolne na 100 grm. kału zobojętniają 4657 milgr. KOH. czyli: Lotnych wolnych kwasów (obliczonych na kwas masłowy) = 7·31%
Kwasów tłuszczowych wolnych na 100 gr. such. kału . . 1·87%
» « zmydlonych » » » » » . . . 10·77%

Dziecko 8 tygodniowe St. M. (waży 4.300 grm.), karmione przez tę samą kobietę jest zupełnie zdrowe, przybywa 25 grm. dziennie, — stolce prawidłowe, skłonność do zaparcia.

Badanie chemiczne kału ze względu na kwasotę, dokonane 20/V. 1901., wykazało:

Lotne kw. wolne na 100 gr. kału such. zobojętniają 501 milgr. KOH.
czyli: Lotnych woln. kwasów (obliczonych na kwas masłow.) = 0·79%
Kw. tłuszczowych wolnych na 100 gr. such. kału . . 0·749%
» » zmydlonych » » » » » . . 3·117%

Spostrzeżenie III. Dnia 24/VI. zgłasza się M. K. na salę mamek z dzieckiem 2 tygodniowem dość dobrze rozwiniętem, ważącem 3·350 grm.; już przy pierwszem badaniu można było stwierdzić objawy niestrawności, mianowicie wzdęcie brzucha, wyprzania i t. d., a obserwacya dziecka na oddziale, wreszcie słaby przybytek ciężaru ciała, potwierdzają to rozpoznanie.

Dnia 21/IV. Kobieta ta rozpo częła karmić $2^1/_2$. miesięcy liczącego St. W., który przy tym pokarmie dobrze przybywa (powyżej 20 grm. dziennie), jest spokojny, stolce prawidłowe.

Badanie chemiczne kału tych dwojga dzieci dokonane 15/V. po dwóch tygodniach karmienia, wykazało.

Dziecko własne mamki:

Kwasy wolne lotne na 100 grm such kału zobojętniają 2116 milgr. KOH,
czyli: Kwasów wolnych lotnych (obliczonych na kwas masł.) = 3·31%
Wolnych kwasów nielotnych na 100 gr. such. kału . . 2·728%
Kwasów tłuszcz. zmydlonych » » » » » . . 2·61%

Dziecko obce:

Kwasy tł. wolne lotne na 100 grm. such kału zobojętniają 817 miligr. KOH.
czyli: Lotnych kwasów wolnych (obliczonych na kwas masł.) = 1·28%
Kwas. tł. woln. nielotnych na 100 gr. such. kału . . 1.980%
» » » zmydlonych » » » » ». . . 2.03%

Spostrzeżenie IV. M. P. karmi dwoje dzieci, z których jedno. t. j. własne, 4 tygodniowe, ważące 3.850 grm. przybywa dobrze, oddaje kilka stolców na dobę prawidłowego wejrzenia.

26/V. kał badany chemicznie co do kwasoty przedstawia się:

Lotne kw. woln. na 100 gr. such. kału. zobojętniają 317 miligrm. KOH.
czyli: Lotnych kwasów woln. (obliczonych na kwas masłowy) = 0·50%
Kwasów tłuszcz. wolnych na 100 gr. such. kału . . . 1·12%
» » zmydlonych » » » » » . . . 4·06%

Dziecko F. M. w tym samym wieku jak dziecko mamki, waży 3.950. karmione przez tę samą kobietę, okazuje objawy niestrawności, przybywa słabo i t. d.

26/V. Badanie kału wykazało:

Lotne kwase wolne na 100 gr. such. kału zobojętniają 821 miligr. KOH
czyli: Lotnych kwasów wolnych (obliczonych na kwas masł.) = 1·29%
Kwasów tłuszcz. wolnych na 100 gr. such. kału . . . 8·07%
» » zmydlonych » » » » » . . . 3·72%

Rozpatrzmy teraz wyniki badania w poszczególnych spostrzeżeniach i porównajmy je z objawami klinicznymi co do zachowania się dziecka. Uderzy nas, że kwasota stolców u dzieci, okazujących objawy niestrawności, jest dużo wyższą: w spostrzeżeniu II. wolne kwasy tłuszczowe znajdujemy w 8 kroć większej ilości u dziecka chorego, niż u dziecka zdrowego; w spostrzeżeniach I. III. IV. różnice są mniejsze, jednak równie wybitne.

Na tej podstawie możemy twierdzić, że:

1) są stany chorobowe u dzieci karmionych piersią, w których kał zawiera większe ilości kwasów tłuszczowych, a z obecnością ich łączy się i cały szereg wybitnych objawów, jak częste oddawanie stolca, brak snu, wzdęcie i t. d.

2) Wytwarzanie się tych większych ilości kwasów nie jest wywołane (w naszych przypadkach) składem chemicznym pokarmu.

3) Ponieważ z dotychczasowych badań wiemy, że kwaśność stolców u dzieci karmionych piersią jest wynikiem działania bakteryj, t. j. flory prawidłowej, musimy przypu-

ścić, że i w tych przypadkach ten sam czynnik jest w grze; że jednak warunki sprzyjające pozwalają w tym razie na większe rozwinięcie się flory, a co zatem idzie, na wytworzenie większych ilości jej produktów.

Stan więc ten możemy nazwać niestrawnością z nadmiaru kwasów w jelitach, *dyspepsia acida intestinalis,* w odróżnieniu od niestrawności żołądkowej z nadmiarem HCl *(Hyperchlorhydria).* (Dok. nast.).

III. **Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. lwowskiego Prof. Dra Marsa.**

Ciąża, poród i połóg u osób obarczonych wadą serca.

Skreślił

Dr. Rudolf Brejter,

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Przystępując teraz do terapii szczegółowej, zaznaczyć muszę z góry, iż była ona we wszystkich przypadkach zachowawczą w całem tego słowa znaczeniu. W naszych przypadkach można się było przekonać tak z wywiadów, jak i z spostrzeżeń, iż objawy ze strony serca występowały dopiero w drugiej połowie ciąży i to przeważnie w ostatnich miesiącach. Niektórzy autorowie przytaczają przypadki, w których zaburzenia ze strony serca występowały już w 2-gim lub 3-cim miesiącu, i uważają wzniecenie poronienia za usprawiedliwione. Zdaje mi się, iż jest to krok cokolwiek za śmiały; — z jednej bowiem strony ciąża tak wczesna nie nakłada prawie żadnych większych wymagań na serce; z drugiej strony wznieceniem poronienia nie przysporzymy sercu prawie żadnej ulgi. W przypadkach takich ciąża, w której autorowie ci dopatrują jedynej przyczyny niedomogi, jest powikłaniem przypadkowem. Nawet w tych razach, gdy poronienie występuje, — co bardzo rzadko się zdarza, — to nie możemy stanąć na tem stanowisku, iż ustrój samodzielnie usuwa przyczynę, która wywołała niedomogę serca, lecz musimy uważać poronienie to za następstwo niedomogi serca, powstałej wskutek innej przyczyny, zarówno jak obrzęki, białkomocz, wolny płyn w jamach surowiczych i t. d. Stosownie zatem do tego powinien lekarz ginekolog po przebytem szczęśliwie poronieniu być bardzo ostrożnym w rokowaniu na dalszy przebieg choroby i nie zapatrywać się zbyt różowo. Na wielką liczbę wczesnych poronień, między 1-szym a 3-cim miesiącem ciąży, w klinice lwowskiej przez przeciąg trzech lat nie udało się prawie nigdy stwierdzić wady serca, jako bezpośredniej przyczyny poronienia; u roniących bowiem z wadą serca zupełnie wyrównaną, bez żadnych objawów niedomogi, nie można poronienia kłaść na karb wady serca. Wychodząc z tego stanowiska, nigdy w żadnym przypadku nie spostrzegłem wskazania do wzniecenia tak wczesnego poronienia ze względu na obecny stan chorej. Mając jednak do czynienia z chorą, u której wada serca jest niewyrównaną i zbyt często wywołuje cięższe objawy niedomogi, a stan ogólny wiele pozostawia do życzenia, — nie wahałbym się zupełnie przed wywołaniem wczesngo poronienia — ze względu na niebezpieczeństwo, jakie jej grozi w miarę dalszego rozwoju ciąży. Jestto bowiem najodpowiedniejsza i jedyna w przebiegu ciąży chwila, w której czynne zachowanie się nasze w tych przypadkach zupełnie jest usprawiedliwione. W późniejszych miesiącach, przy nieznacznych objawach niedomogi, jak bicie serca, lekkie obrzęki itd., polecaliśmy bezwzględny spokój, nakazując chorej ile możności pozostawać w łóżku i zastósowywaliśmy odpowiednią nieobciążającą dyetę. W ten sposób postępując, usuwamy ile możności wszystkie, zwiększające pracę serca bodźce codziennego życia, przez co zabezpieczamy chorą przed wystąpieniem groźniejszych objawów ze strony serca, a co zatem idzie, przed możnością wystąpienia poronienia, lub przedwczesnego porodu. W przypadkach lżejszych terapia taka zupełnie nam wystarczała. W przypadkach cięższych, w których występowały wybitne objawy niedomogi serca, jak ogólne obrzęki, wolny płyn w jamach surowiczych, obfita wydzielina z płuc, w tych przypadkach prócz powyższej terapii miały swe zastosowanie leki sercowe, jak *strophantus,* naparstnica i t. d., prócz środków pobudzających; — skoro zaś występował białkomocz — zaleconą była dyeta mleczna. Postępując w ten sposób, byliśmy zawsze panami położenia. W przypadkach zaś bardzo ciężkich i uporczywych zadowalnialiśmy się tem, jeśli po zastosowaniu przytoczonej wyżej terapii objawy ze strony serca pozostały na tej samej wyżynie, a stan chorej się nie pogarszał. W tych przypadkach, jak nas doświadczenie na naszych chorych poucza, można prawie na pewno liczyć, iż w krótkim bardzo czasie wystąpi przedwczesne przerwanie ciąży. W tym kierunku nie spotkał nas zawód ani w jednym przypadku; dlatego nie uważam wcale za usprawiedliwione wzniecanie porodu przedwczesnego. Pomijając bowiem łatwość zakażenia, niekorzystne wpływy psychiczne na taką chorą, jakoteż kilkakrotne nieraz fizyczne wysiłki chorej przy zabiegach wzniecania porodu, liczyć się musimy z tem, iż do dnia dzisiejszego właściwie nie znamy sposobu szybkiego i zachowawczego wzniecenia porodu; — zabieg taki bowiem nieraz na doby się rozkłada w przypadkach zaś zrozpaczonych, a w takich tylko większa część autorów dopatruje wskazania do wywoływania przedwczesnego porodu, śmiertelność zbyt smutnie się przedstawia; nawet po ukończeniu porodu giną zwykle matki wskutek niczem nie dającego się powstrzymać postępującego naprzód zwyrodnienia serca, lub zakażenia ustroju. Smutne doświadczenie Schlayera najlepiej to uzasadnia: na trzy chore, u których wzniecił przedwczesny poród, ani jednej nie udało mu się uratować, — jedna z nich zginęła wskutek zakażenia. Feiss również stracił trzy chore, wzniecając u nich przedwczesny poród. Po tem doświadczeniu stanął Schlayer na tem stanowisku, jakie zajęła już dawniej większa część poważnych autorów, przedewszystkiem Löhlein. Według niego z zasady należy zachować się biernie; w bardzo jednak ciężkich przypadkach, jeśli wyjątkowo poród przedwczesny dobrowolnie nie występuje, wzniecenie porodu uważa za wskazane, a mianowicie:

1) jeśli objawy niedomogi serca pochodzą od ucisku powiększonej macicy;

2) jeśli śmierć matki jest nieuniknioną i oczekiwaną na pewno jeszcze przed porodem, a więc w celu uniknięcia cięcia cesarskiego *in modo defuncta.* Pierwszy punkt mimowoli nasuwa nam na myśl pytanie: czy mamy jakie pewne podstawy rozpoznawcze niedomogi, spowodowanej uciskiem powiększonej macicy? Drugi punkt, zdaje mi się, iż należałoby zupełnie wykluczyć; — tu bowiem wzniecenie przedwczesnego porodu występuje jako zabieg konkurujący

z cięciem cesarskim *in agone*, względnie *post mortem*, w celu ratowania dziecka. Inni autorowie, jak Sänger, Zweifel, Leyden również zbyt sceptycznie zapatrują się na wzniecenie przedwczesnego porodu. Gusserow słusznie zwraca uwagę na znacznie większe wymagania ze strony serca podczas porodu przedwcześnie wzniecone go, niż podczas porodu na końcu ciąży. Kleinwächter jest stanowczym przeciwnikiem wzniecania porodu przedwczesnego; Guérard zaś zwolennikiem raczej wzniecenia poronienia. Nie ulega wątpliwości, iż nad wznieceniem przedwczesnego porodu lub poronienia w późniejszych miesiącach w przypadkach wad serca nie możemy przejść do porządku. Do tego zabiegu jednak możemy się uciec w wyjątkowych li tylko przypadkach, i to wśród następujących okoliczności:

1) jeśli zostało stwierdzonem, iż przy poprzedniej ciąży wystąpiły u tej chorej bardzo ciężkie, wprost życiu zagrażające, objawy niedomogi;

2) jeśli stan chorej ogólny jest nienajgorszy i liczyć jeszcze możemy na taką wytrzymałość i siłę mięśnia sercowego, iż zabieg wogóle zniesie;

3) jeśli środki sercowe zupełnie odmówiły posłuszeństwa, t. j. iż pomimo ich zastósowania objawy niedomogi serca postępują wybitniej.

Mając zatem na względzie te okoliczności, i jeżeli wyjątkowo wobec dłużej trwającego stanu niedomogi dobrowolne przerwanie ciąży nie następuje, możemy wówczas przystąpić do wzniecenia późnego poronienia, lub przedwczesnego porodu. Są to jednak zbyt rzadkie przypadki, gdyż w największej ich liczbie damy sobie radę środkami sercowymi, — w pozostałych zaś stosunkowo dość wcześnie ustrój przychodzi nam z pomocą porodem przedwczesnym, dobrowolnym.

W przypadku XVIII-tym wznieciliśmy poród przedwczesny, atoli nie wskutek wskazań ze strony serca, lecz ze względu na ogólnie ścieśnioną miednicę. Co się tyczy sposobu wzniecania porodu, to zwykle używamy w klinice rozszerzania szyi macicznej zapomocą setonu z gazy jodoformowej, po dostatecznem zaś rozwarciu gazą rozszerzamy zapomocą kolpeuryntera Brauna z obciążeniem. Sposób ten jest stanowczo pewny i stosunkowo dość szybko doprowadza do celu; w braku zatem środka lepszego jesteśmy z niego zupełnie zadowoleni.

Przed porodem, względnie z chwilą rozpoczęcia się porodu, podawałem chorej dawkę *trae strophanti;* wśród porodu zaś środki podniecające, jak wino, koniak, — w cięższych przypadkach robiłem użytek z wstrzykiwań podskórnych eteru lub oleju kamforowego. Chorą pozostawiało się ile możności w położeniu wpół siedzącem. W cięższych przypadkach bywały chwile podczas porodu, w których zdawało się, iż chora lada chwila zakończy życie; tętno znikało, sinica się potęgowała, chora nie mogła złapać tchu, a pomimo tego jednak terapia nasza pozostała zachowawczą. Z zasady autorów niemieckich „möglichst bald und möglichst schonend zu entbinden“, (t. j. przy miednicy prawidłowej kleszcze, przy ścieśnionej obrót i ekstrakcya) — korzystaliśmy wówczas, jeśli z innej strony wystąpiło wskazanie do ukończenia porodu. W niektórych zaś cięższych przypadkach używaliśmy z dobrym skutkiem podczas bólów wygniatania płodu zapomocą opasek brzusznych lub sposobem Kristellera, wspierając i potęgując przez to siłę bólów porodowych. Postępując w ten sposób, skracaliśmy drugi okres porodu wprawdzie nie tak znacznie, jak zapomocą innych zabiegów, — nie narażaliśmy jednak chorej na bądźcobądź wcale nieobojętną nagłą zmianę w ciśnieniu krwi, powstającą skutkiem nagłego opróżnienia macicy. Z drugiej strony liczyć się również musimy z tem, iż każdy zabieg operacyjny wywołuje u chorej pewne podrażnienie psychiczne, czego również należy u tych osób unikać. Dlatego też pozostawialiśmy zawsze poród siłom natury — i nie starając się wcale o skrócenie fizyologicznego trwania pojedynczych okresów porodu, nie stwarzaliśmy nigdy nienaturalnych stosunków. Nie mogę pominąć milczeniem propozycyi Guérarda, który radzi na początku porodu wykonać forsowny obrót z następową ekstrakcyą. Wyniki, jakie osiągnął autor, przemawiają przekonywująco przeciw podobnym zabiegom: na pięć chorych, u których wykonał obrót i ekstrakcyę, stracił trzy; jedna bez polepszenia stanu, a jedna z wyzdrowieniem. Według Fellnera na 8 obrotów, notowanych w piśmiennictwie, przypada 6 przypadków śmierci, jeden bez polepszenia, a jeden zakończony wyzdrowieniem. Dlatego stanowczo przestrzedz należy przed wykonywaniem podobnego zabiegu, gdyż szkodę tylko, a nie korzyść przynosimy chorej. W przypadku XXXIII-im, zmuszony ułożeniem poprzecznem płodu, wykonałem obrót z następową ekstrakcyą; — tuż po wykonaniu zabiegu nastąpił nadspodziewanie zgon. Jakkolwiek stan chorej, — jak to sekcya zwłok potwierdza, był beznadziejny, — to w każdym razie tak szybkiej katastrofy spodziewać się nie było można. Niewątpliwie zabieg ten skrócił dni jej życia.

W piśmiennictwie znajduje się opis dwóch przypadków cięcia cesarskiego, odpowiadającego najbardziej zasadzie niemieckich autorów „rasch und schonend“. Przypadek pierwszy, zakończony śmiercią, opisał Schlayer. Drugi podobny, niedawno opisany, przypadek cięcia cesarskiego miał miejsce w klinice Schauty; objawy niedomogi były bardzo nieznaczne, a zabieg operacyjny został właściwie wykonany z powodu innych wskazań; — aczkolwiek wynik był pomyślny, to jednak przypadek ten najwymowniej przemawia przeciw temu zabiegowi; po wykonaniu jego bowiem wystąpiły groźne objawy niedomogi, nad którymi ledwie udało się zapanować. Zatem zabieg ten z powodu koniecznej głębokiej narkozy i z powodu nagłych zmian w ciśnieniu krwi nie może mieć tu zastósowania.

Również nie szliśmy nigdy za radą Philippsa, przyjętą przez wielu autorów, by w celu ulżenia chorej przebijać przedwcześnie pęcherz płodowy. Chwilowa ulga po odejściu wód płodowych, jakiej chora doznaje, przynosi nam w zamian nieprawidłowe warunki, zwiększoną pracę macicy, przedłużanie się okresu rozwierania ujścia i wybitniejsze odczuwanie bólów porodowych. Wszystkie te czynniki wpływają niekorzystnie na chore serce. Także nie korzystaliśmy nigdy z rady Olshausena, by w miarę przerzynania się płodu przez kanał rodny, powoli opuszczać na powłoki brzuszne worek, zawierający 4—5 kilogramów piasku, w celu przeciwdziałania opadającemu ciśnieniu w jamie brzusznej, jak to zwykliśmy czynić podczas wypuszczenia wielkiej ilości płynu wolnego w jamie brzusznej, chcąc uniknąć niedokrewności mózgu.

Teoretycznie rozumując, musimy przyjść do przekonania, iż idąc za radą Olshausena, utrudniamy wprawdzie do pewnego stopnia nagromadzenie się większej ilości krwi

w jamie brzusznej, — z drugiej jednak strony przepona wraz z sztucznie zapomocą worka z piaskiem stworzonemi powłokami brzusznemi działa energiczniej jako pompa ssąca. Działanie to odbija się przedewszystkiem na przedsionku prawym, gdyż większa ilość krwi do niego przypływa i stwarza warunki cięższe dla serca prawego, co właśnie, według teoryi Spiegelberga, jest wielce niekorzystne.

W okresie trzecim porodu zachowanie się nasze było zupełnie bierne, o ile inne okoliczności, jak: krwotok, itp. nie zmuszały nas do czynu. Przedewszystkiem zwrócić należy baczniejszą uwagę na ogólny stan chorej — i śledzić pilnie tętno; — w tym bowiem okresie łatwo występuje zapad. Zaraz na początku tego okresu należy podać w większej ilości środki podniecające, a w cięższych przypadkach zastosować podskórne wstrzykiwania eteru kamforowego. Nigdy nie robiliśmy użytku z wygniatania łożyska sposobem Credégo tuż po urodzeniu się płodu, jak to Jess, a za nim wielu autorów, radzi, — jeśli do tego nie zniewoliło nas krwawienie. Wygniatając bowiem łożysko, sprowadzamy znacznie wcześniej nagły spadek ciśnienia krwi, zanim jeszcze serce zdążyło zastosować się do poprzedzającego spadku ciśnienia po urodzeniu się płodu. Niektórzy autorowie radzą w ciężkich przypadkach, gdzie obrzęk płuc wystąpił, wykonać w tym okresie upust krwi, ażeby z powodu znacznego przekrwienia w układzie żylnym, ulżyć chwilowo w pracy prawemu sercu. Myśl ta znachodzi oddźwięk w naszych spostrzeżeniach, — a mianowicie, iż chore z niewyrównaną wadą serca znoszą stosunkowo z łatwością mierne krwotoki po porodzie.

W naszych przypadkach nie uciekaliśmy się do tego środka, w każdym jednak razie nie jest on pozbawiony teoretycznej podstawy, i w razie potrzeby możnaby się do niego uciec. (Dokończenie nastąpi).

IV **Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra Ludwika Rydygiera we Lwowie.**

O wynikach po operacyach doszczętnych przepuklin.

Podał

Dr. Feliks Hahn,
c. k. lekarz pułkowy przydzielony do kliniki.

(Ciąg dalszy).

Bassini obmyślił swoją metodę w r. 1884, ogłosił ją jednak dopiero w r. 1888, gdy się na 102 przypadkach przekonał o jej wartości i zaletach. Staurenghi[1]) tak opisuje technikę operacyjną: „Bassini odsłania powięź ścięgnistą mięśnia skośnego zewnętrznego odpowiednio do ułożenia przepukliny, przecina ją od pierścienia zewnętrznego aż do poziomu pierścienia wewnętrznego, *(Fig. I.)* uwalnia szyjkę worka z warstw składowych sznurka nasiennego i podwiązuje, względnie zaszywa ją na wysokości pierścienia wewnętrznego, a przeciąwszy ją zupełnie poprzecznie, zapuszcza podwiązany kikut do jamy brzusznej. Następnie odsunąwszy sznurek nasienny na bok, uwidocznia tylny brzeg więzadła Pouparta, pociągając ku dołowi za zewnętrzny płat rozcięgna i odpreparowuje na małej przestrzeni od otrzewnej ościennej trójdzielną warstwę, utworzoną przez mięsień skośny wewnętrzny, mięsień poprzeczny i powięź poprzeczną brzucha, o tyle, ażeby warstwa owa dokładnie i łatwo dociągnąć się dała do tylnego brzegu więzu Pouparta, zeszywa warstwę ową z tym więzem na przestrzeni 5—7 ctm., zaczynając na zewnątrz od guza biodrowo-łonowego *(tub. ileo-pubicum)* aż do owego miejsca, na którem sznurek nasienny zdąża ku jamie brzusznej *(Fig. II.)*. Teraz odprowadza się sznurek nasienny na

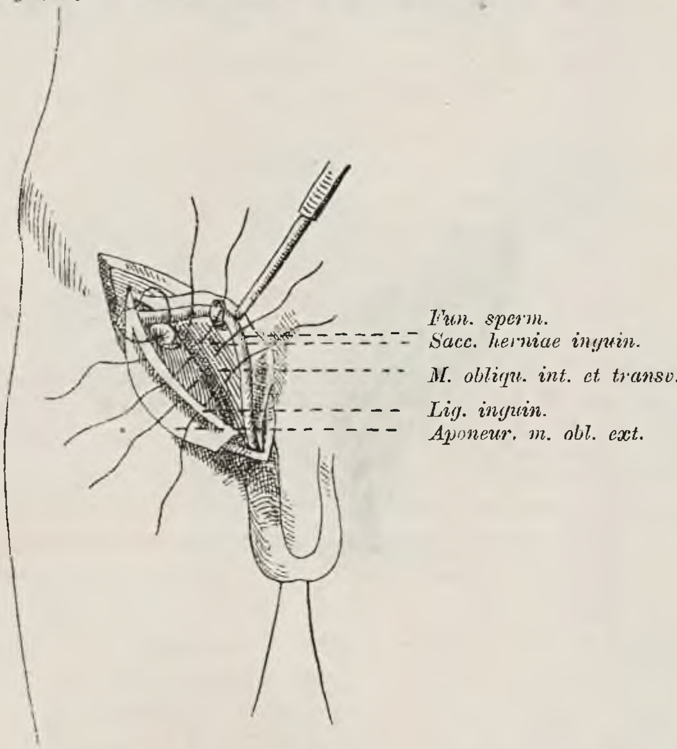


Fig. 1.

tak wytworzoną tylną ścianę przewodu pachwinowego, a ponad nim zeszywa powięź mięśnia skośnego zewnętrznego, pozostawiając u dołu taki tylko otwor, przez który przejśćby

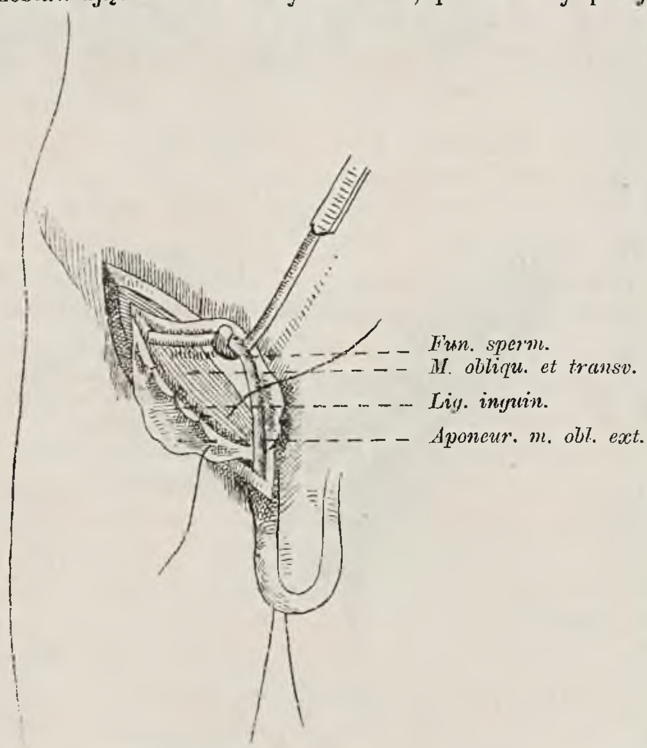


Fig. 2.

mógł sznurek nasienny, nie uległszy zaciśnięciu *(Fig. III.)*. Operacya kończy się zeszyciem skóry i względnie założeniem sączka.

W ten tedy sposób wytwarza się nowy niejako przewód pachwinowy, gdyż stwarza się na świeżo otwór wewnętrzny, czyli brzuszny, wytwarza się nową ścianę tylną, po-

zostaje jedynie stary otwór zewnętrzny, lecz i ten się zwęża. Ważniejszem jest jednak to, że temu świeżemu przewodowi nadajemy napowrót przebieg skośny tak, że podczas zwiększonego ucisku śródbrzusznego tylna ściana przewodu opierać się może o przodkową, a między niemi przebiega swo-

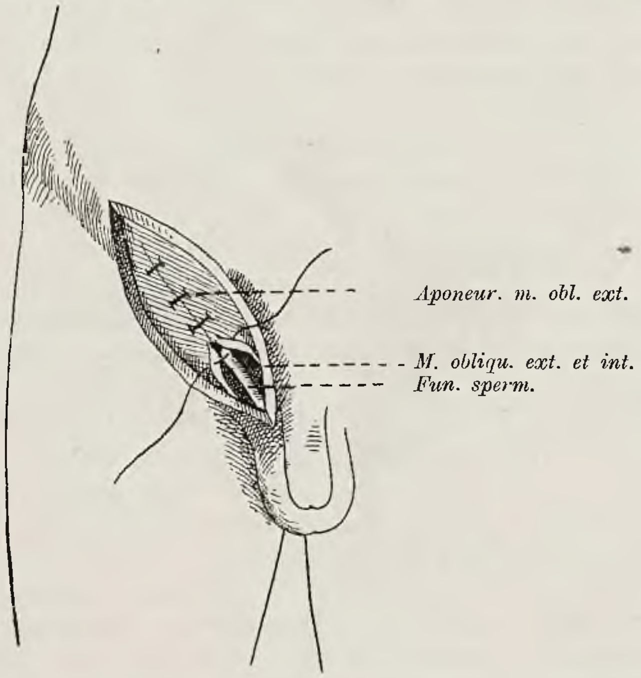


Fig. 3.

bodnie i z jamy brzusznej wychodzi na zewnątrz sznurek nasienny.

Metoda Bassiniego od czasu ogłoszenia uległa wielu modyfikacyom, wykonanym przez Wölflera, Franka, Brennera, Fowlera, Halsteda i Postempskiego. Z modyfikacyi tych opiszemy szczegółowo tylko tę ostatnią,

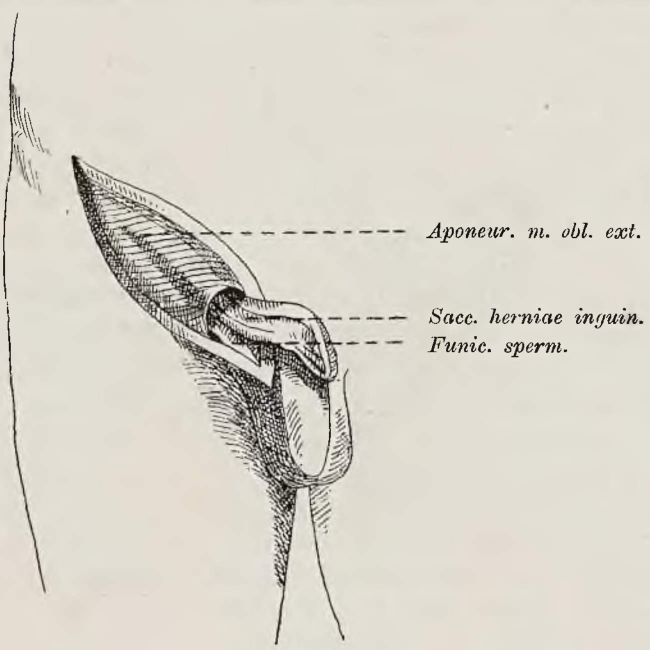


Fig. 4.

gdyż ta głównie bywa używaną w klinice Rydygiera. W metodzie Postempskiego, ogłoszonej w roku 1890, rozróżnić możemy cztery akty:

I. Cięcie skórne rozpoczyna się na wysokości górnego przodkowego kolca biodrowego, na 1—$1^1/_2$ ctm. na wewnątrz od niego, przebiega równolegle do więzu Pouparta, schodząc do granicy moszen. W ranie spostrzega się kilka poprzecznie przebiegających przez pole operacyjne żył, które należy przeciąć pomiędzy dwoma zasuwkami, a po przecięciu tkanki podskórnej odsłonić powięź m. skórnego zewnętrznego, jakoteż brzegi zewnętrznego otworu pachwinowego.

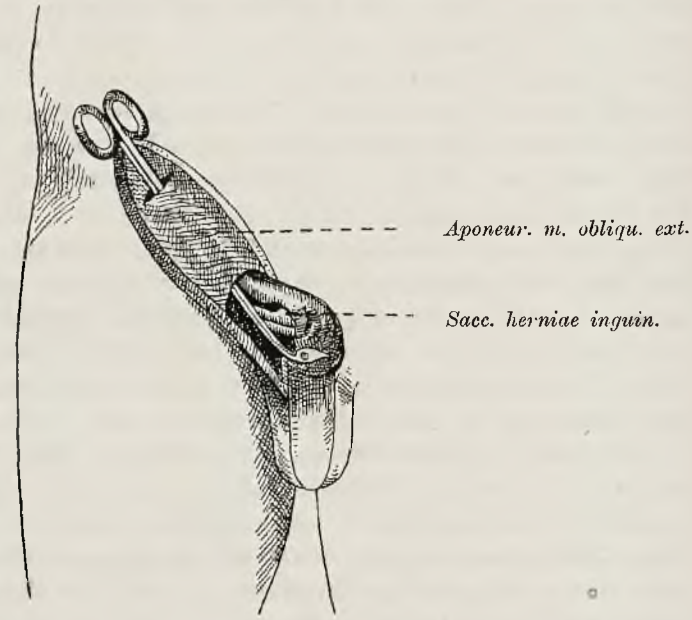


Fig. 5.

II. Odsłoniętą powięź przecina się w kierunku cięcia skórnego na przestrzeni kilku ctmtr., zaczynając od otworu zewnętrznego kanału pachwinowego, poczem przystępuje się do wyosobnienia worka przepuklinowego, szczególniej

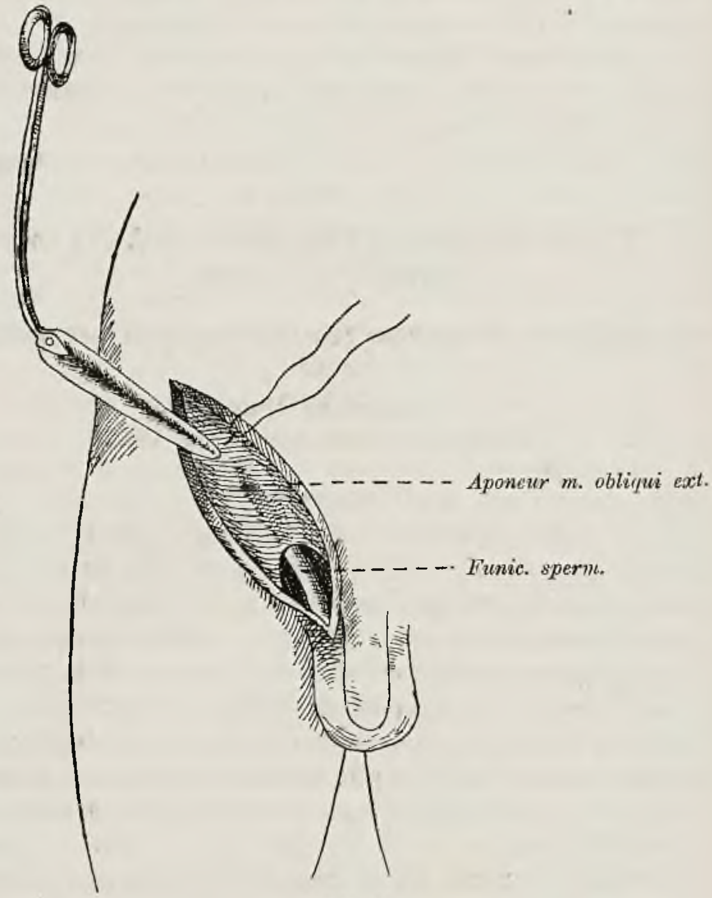


Fig. 6.

w okolicy szyjki, uwalniając go dokładnie od składników sznurka nasiennego, poczem zstępuje się w kierunku dna worka. W przypadku szczególnych trudności po wypreparowaniu samej szyjki możemy ją przeciąć poprzecznie pomiędzy dwoma podwiązkami, pozostawiając niewypreparo-

waną resztę w mosznach. Poprzednio po otworzeniu worka odprowadza się treść przepuklinową do jamy brzusznej (po ewentualnem rozdzieleniu zrostów); przyrośniętą sieć należy resekować. Uczyniwszy to, przecina się odsłoniętą warstwę mięśniową (m. skośny wewn., poprzeczny i powięź poprzeczna) w kierunku i na przestrzeni cięcia w powięzi, szyjkę worka podciąga się do górnego kąta rany i tu ją ostatecznie możliwie nizko przy pomocy igły Dechampsa przekłówa się i podwiązuje na obie strony. Obejrzawszy dokładnie miejsce przewiązania i bacząc na to, aby w podwiązkę wraz z workiem nie zachwycić jelita lub sieci, odcina się nożyczkami część obwodową worka, w odległości 1 ctm. od przewiązki. Na pozostawione dwa długie końce nitki przewiązki nawleka się igły i pod kontrolą palca przeprowadza je pomiędzy otrzewną ścienną a ściankami brzusznemi w kierunku ku górze i na wewnątrz od głównego cięcia rany. Po silnem zawęźleniu tych nitek na mięsnych ściankach brzucha, a e

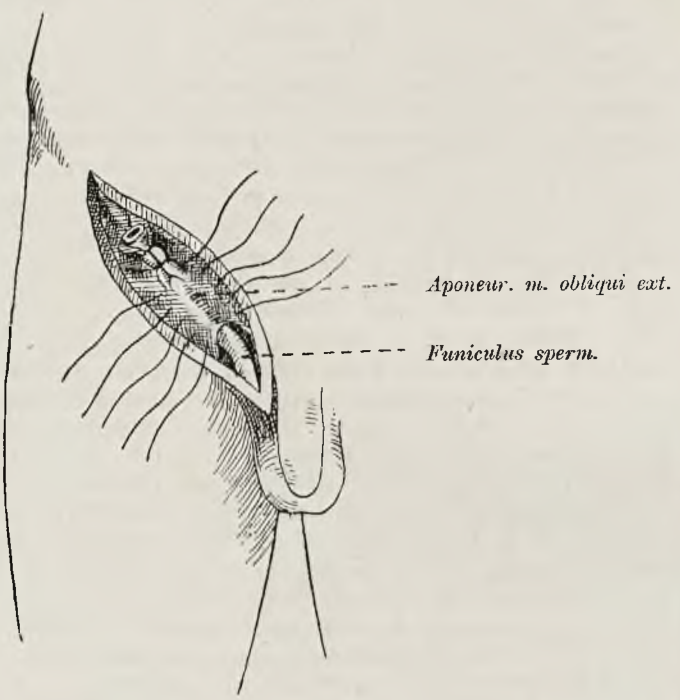


Fig. 7.

podskórnie, przeciąga się lejek otrzewnowy popod odporne i nienaruszone warstwy mięsne.

III. Podczas gdy asystujący tępym hakiem odciąga sznurek nasienny silnie ku górze i na wewnątrz zeszywa się pod nim przecięte mięśnie pod kontrolą lewego palca wskazującego. Szew rozpoczyna się tuż poniżej tego miejsca, przez które sznurek nasienny wychodzi z jamy brzusznej, nie obawiając się jego zaciśnięcia. Schodząc ku dołowi, zachwytujemy brzeg więzu Pouparta, a wreszcie okostną na kości łonowej. Osobnym, zwykle ciągłym szwem zeszywa się rozciętą powięź mięśnia skośnego zewnętrznego.

IV. Wreszcie odprowadza się sznurek nasienny na właściwe mu miejsce, a ponad nim zeszywa się skórę. Tylko w przypadkach, w których nie jesteśmy pewni aseptyki, zwłaszcza u osób z obfitą podściółką tłuszczową, wprowadza się w dolny kąt rany seton z gazy jodoformowej.

W klinice Rydygiera używa się do szwów wszystkich warstw wyłącznie katgutu różnej grubości.

Równie często, jak metoda wyżej opisana, używa się w naszej klinice sposób Kochera.

W r. 1892 zalecił Kocher swoją „mediale Verlagerungsmethode“ (I). Uwolniony worek przepuklinowy przeciąga się przez szczelinę w powięzi m. skośnego zewn., zrobioną nieco powyżej wewnętrznego otworu kanału pachwinowego. Przyczem należy worek przepuklinowy kilkakrotnie skręcić.

Ponieważ jednak następuje przytem dość często obumarcie worka przepuklinowego, metoda ta już w następnym roku (1893) uległa małej modyfikacyi (II), którą Kocher nazwał „laterale Verlagerung“ i tak ją sam opisuje: „Cięciem ponad całym kanałem pachwinowym, przedłużonem nieco w kierunku obwodowym, odsłaniamy powięź m. skośnego zewn. a po przecięciu osłonek sznurka nasiennego i worek przepuklinowy. Potem następuje znamienny i istotny akt naszego sposobu. Zabieg ten polega na tem, że w powięzi m. skośnego zewnętrznego, w miejscu położonem nieco na zewnątrz od obrączki pachwinowej tylnej, robimy otwór, przez otwór ten przebijamy resztę ściany przodkowej kanału pachwinowego za pomocą tępych kleszczyków, które w dalszym ciągu przeprowadzamy przez cały kanał pachwinowy poprzed sznurkiem nasiennym, aż je wreszcie wyprowadzimy na zewnątrz przez obrączkę kanału. Chwytamy teraz w kleszczyki wierzchołek wyosobnionego worka przepuklinowego i cofając kleszczyki wstecz, pociągamy też z całej siły worek, aż go wreszcie w całości przeciągniemy przez otwór zrobiony na samym początku operacyi w powięzi....“ „Worek przepuklinowy zmierza teraz wprost od tylnej obrączki pachwinowej w kierunku ku zewnątrz“. „Część worka przepuklinowego, znajdująca się wśród jamy brzusznej, obkłówamy igłą i mocno zawiązujemy nitką. Dodatkowo dorzucamy jeszcze drugi i trzeci szew i wreszcie odcinamy część obwodową worka. Następnie zapomocą głębokich szwów zmniejszamy i zwężamy kanał pachwinowy, schodząc możliwie nizko, przyczem chronimy sznurek nasienny, naciągając go ku dołowi i osłaniając palcem“.

W parę lat później zmodyfikował (III) Kocher i tę operacyę o tyle, że począł wynicowywać cały worek. Postępuje on w ten sposób, że po wyosobnieniu dokładnem worka, a zwłaszcza jego szyjki i to tak wysoko, jak to tylko możliwe, robi w powłokach brzusznych nieco ku górze i na zewnątrz od otworu wewnętrznego kanału pachwinowego rankę długą na 1 — $1^1/_2$ ctm. przechodzącą przez całą grubość powłok brzusznych, a więc i przez otrzewnę ścienną. Przez rankę tę wprowadza do jamy brzusznej a ztąd do worka przepuklinowego krzywą korncangę, chwyta nią od wewnątrz worka szczyt worka przepuklinowego i cofając, wydobywa wnicowany worek przez wspomnianą rankę na zewnątrz, aż powyraźne w każdym przypadku blizny na szyjce worka w okolicy wewnętrznego otworu kanału pachwinowego. Mocno podciągnąwszy worek, ustala go w rance kilkoma szwami zamykającymi równocześnie otwór otrzewnej ściennej i łączącymi brzegi mięsne ze sobą i wreszcie odcina część obwodową worka. Poczem następuje zwężenie kanału pachwinowego i szew skórny.

Ta ostatnia modyfikacya pierwotnej operacyi Kochera uległa w klinice Rydygiera dalszym zmianom. Po uwolnieniu worka chwytamy od zewnątrz dno jego w krzywe szczypczyki i wynicowując worek, wprowadzamy kleszczyki przez kanał pachwinowy do jamy otrzewnowej, trzymając się ściśle otrzewnej ściennej. Po odciągnięciu haczykiem górnego kąta rany w górę i na zewnątrz, przyciskamy

mocno koniec szczypczyków, w których trzymamy dno worka, do powłok brzusznych w miejscu położonem na parę ctmtrów na zewnątrz i ku górze od otworu wewnętrznego przewodu pachwinowego. Napięte na kleszczykach powłoki częściowo przecinamy, częściowo przebijamy na tępo, poczem postępujemy ściśle wedle zaleceń Kochera z tą jednak różnicą, że worek amputujemy w odległości $1^1/_2$ do 2 ctm. od miejsca wszycia w powłoki brzuszne i tak otrzymany kikut rozpościeramy na kształt gwiazdki lub rozetki, której obwód kilkoma szwami przymocowujemy do powięzi.

(Dok. nast.).

V. Oceny i sprawozdania.

Magnus Hugo. **Medizin und Religion in ihren gegenseitigen Beziehungen. Geschichtliche Untersuchungen.** *Breslau, J. U. Kern's Verlag (Max Müller).* 1902.

Magnus Hugo. **Metaphysische Krankenbehandlung. Medizin-geschichtliche Studien ueber Gesundbeten und verwandte Bestrebungen.** *Breslau, J. U. Kern's Verlag (Max Müller).* 1902.

Towarzystwo dla historyi medycyny, założone podczas ostatniego Zjazdu lekarzy i przyrodników niemieckich w Hamburgu, zaczyna już dawać dodatnie znaki życia. Obok peryodycznie wychodzącego organu będą się pojawiały za jego staraniem prace z dziedziny historyi medycyny, których pierwszy zeszyt właśnie się ukazał. Jako pierwszą pracę obrało wydawnictwo rozprawę Magnusa: „O medycynie i religii i o wzajemnym ich do siebie stosunku“, — znanego już z wielu prac z zakresu historyi medycyny. Profesor Magnus stara się w bardzo poważny, lecz dla każdego przystępny sposób przedstawić genezę nici, łączących medycynę z religią, przeciwieństwa, jakie się z czasem między niemi wytworzyły i nareszcie tryumf nauk lekarskich, wyzwolonych z pod wszelkich wpływów tamujących.

Magnus uwzględnia osobno medycynę z czasów przedchrześciańskich, zastanawiając się nad stanem lecznictwa u Egipcyan, Izraelitów, Greków i Rzymian, a osobno tę, która się wytworzyła po wprowadzeniu chrześciaństwa. W pierwszej części stara się jak najdalej sięgnąć i rozwiązać sprawę pochodzenia nauk lekarskich i dochodzi do wniosku, że w fetyszyzmie, tem najniższem pojęciu religijnem, należy szukać początków naszej nauki tak, że fetyszyzm przedstawia się pierwotnie jako pierwszy łącznik pomiędzy medycyną a religią.

Najdawniejszym narodem, o którego przeszłości z najodleglejszych czasów jesteśmy jako tako poinformowani, są Egipcyanie, których pojęcia o kapłanie i lekarzu wprost się pokrywały, a świątynie stały się najwcześniejszemi przybytkami, przynoszącymi ulgę chorym. Świątynie te, przekazując potomności liczne stosunkowo zapiski pod formą wot, stanowiących najpierwotniejsze niejako biblioteki lekarskie, stały się dla nas obfitą kopalnią źródeł lekarskich.

Misterye, sypianie w świątyniach i ta okoliczność, że kapłani wynagrodzenia za porady nie przyjmowali, to były czynniki, które w najdawniejszych czasach najbardziej leczniczo działały i najwięcej zaufania do kapłanów-lekarzy budziły. W miarę dalszego trwania tych stosunków ujęli kapłani całe lecznictwo w swoje ręce i wprowadzili je w coraz to ściślejszy związek z kultem religijnym. Tak się rzeczy miały obok państwa egipskiego przedewszystkiem w państwie żydowskiem, które zaczęło także wglądać w życie domowe i normować stosunki higieniczne. W następstwie tego stali się kapłani pierwszymi przedstawicielami Eskulapa na ziemi, a świątynie najdawniejszymi przybytkami lecznictwa.

Stosunki te musiały się naturalnie zmienić gruntownie w miarę rozszerzania się chrześciaństwa. Kiedy od początku jego istnienia miłość bliźniego stanowiła najważniejszy bodziec do użyczania pomocy chorym, to mogło się szczególnie w siódmym i ósmym wieku zdawać, że działalność lecznicza duchowieństwa nie pozostanie bez tamującego wpływu na naszą naukę. Biblia i nauki kościoła miały rozwiązać dużo jeszcze naówczas ciemnych zagadnień leczniczych, co nie mogło się obejść bez tamowania do pewnego stopnia swobodnego badania i nauczania. Całą medycynę ujęto w ciasne ramy dogmatyzmu. Nie wolno było odstąpić ani na włos od nauki Hipokratesa, Dioskoridesa i Galena bez narażenia się na ekskomunikę. Dopiero ze wzrostem zamiłowania do nauk humanistycznych zaczęto powoli odstępować od dogmatyzmu, jaki religie wogóle narzuciły naszej nauce. Droga ta jednak nie była tak prostą i gładką, jakby się z tego krótkiego rysu zdawać mogło. Zmiana ta wymagała wieków całych, dla których charakterystyczne były nauki o opętaniu, leczenie za pomocą samych tylko modlitw, egzorcyzmów i t. d., które Magnus w zajmującej swej książce pięknie wyłuszcza i którym poświęca drugą, wyżej przytoczoną pracę.

Do metafizycznych sposobów leczenia zalicza on te, które się znajdują poza granicami naszego poznania, a istniały one od najdawniejszych aż do najnowszych czasów. Sypianie chorych w świątyniach, leczenie, jakie stosowali magowie w starożytnym Rzymie, a szczególnie pod wpływem aleksandryjskich sofistów, nie było niczem innem, jak metafizyką lekarską w najpierwotniejszej jej formie, która była w stanie leczyć nawet zwichnięte lub złamane kończyny. Młode chrześciaństwo sprzyjało początkowo tym metodom leczenia, którego pierwotna forma była trojakiego rodzaju, mianowicie modlitwy, egzorcyzmy i leczenie sympatyczne. Wszystkie te trzy formy miały, według ich przedstawicieli, posiadać podstawę w naukach Nowego testamentu: Wiara, oparta na miłości i litości, musi w logicznem następstwie przez gorące modlitwy usuwać wszelkiego rodzaju cierpienia; egzorcyzmy zaś odpowiadały ówczesnym pojęciom o chorobach umysłowych, które przecież bardzo nizko stały; wreszcie leczenie sympatyczne było tylko dalszym ciągiem tego znaczenia, jakie w świecie starożytnym przypisywano amuletom.

Poglądy te nadały wybitne piętno medycynie wieków średnich, a w historyi nowszej powstawanie chorób przypisywał działaniu dyabła nie kto inny, jak sam Luter. Z lekarzy siedemnastego wieku hołdował Robert Fludd w Londynie zapatrywaniu, że choroby sprowadzają czterej aniołowie, którzy się Panu Bogu sprzeniewierzyli, a jako najskuteczniejsze leczenie poleca gorące modlitwy.

Jak wiele innych poglądów leczniczych, tak i leczenie zapomocą samych tylko modlitw znowu wypłynęło na wierzch. Przyczynili się do tego dwaj amerykanie, zwalczający się zapamiętale nawzajem. Mrs. Eddy, przedstawicielka „nauki chrześciańskiej“ i zasady, że światem rządzi duch, którego cząstka tkwi w każdym człowieku i przedstawia najlepszą jego część, radzi wszelkie zboczenia od stanu prawidłowego usuwać za pomocą „koncentracyi“, oddając się w tym celu doświadczonej osobie. Drugi amerykanin John Alex. Dowie, przedstawiciel „powszechnego chrześciańskiego kościoła“, leczy w przeciwieństwie do oszukańczej „koncentracyi“ Mrs. Eddy, jedynie zapomocą modlitw. Jednę i drugą metodę leczenia uważa M. za powrót do dawno minionych wieków i przeciw nim występuje, nawołując zawczasu do czujności. *Dr. Lachs.*

VI. Wyciągi.

Dr. Jarl Hagelstam. **O przestankowem chromaniu** (*Claudication intermittente Charcot*) — **jako objawie stwardnienia tętnic.** (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde* 1902, Band 20, 1. und 2. Heft). Jeszcze w roku 1858 zwrócił Charcot uwagę na zajmujący obraz chorobowy, nazwany przez niego „claudication intermittente“, a będący w ścisłym związku ze stwardnieniem tętnic. Podobne objawy spostrzegali już przed nim weterynarze (Bouley-Gonbaux u koni). Niedawno Erb spostrzeżenia Charcota po-

twierdził i własnymi dodatkami uzupełnił, proponując dla tej choroby nazwę: „dystasia intermittens angiosclerotica".

Autor opisuje siedm przypadków tej choroby, spostrzeganych w części przez siebie, w części zaś przez kolegów.

Chorzy mężczyźni byli w wieku od 37—60 lat, pięciu było obciążonych dziedzicznie (ojcowie ich mieli pomrzeć w następstwie udaru mózgowego), wszyscy używali alkoholu i tytoniu, a kilku nawet nadużywało, kiłę tylko jeden przechodził.

Pierwszym objawem choroby było uczucie trętwienia, zimna i sztywności w kończynach dolnych, poczem dopiero występowały silne bóle w kończynie tak, że chorzy wśród drogi musieli stawać i wypoczywać na nodze zdrowej, poczem po kilku minutach ból przechodził. Wśród odpowiedniego leczenia w kierunku zwapnienia tętnic chorobowe te objawy ustępowały, by wnet znowu powrócić.

Badanie przedmiotowe wykazywało: mięśnie kończyny chorej wiotsze, kończyna chudsza. Palce zimne, sine, często w późniejszym okresie biało-żółtawe, trupie, a następnie przechodzące w zgorzel. Czucie elektryczne w jednym przypadku obniżono, zresztą czucie we wszystkich rodzajach w początkowym okresie choroby prawidłowe, jak również i odruchy. Tętnice grzbietowe stopy, tylna goleniowa — twarde, postronkowate, tętnienia albo nie wykazują zupełnie, albo bardzo słabe.

Zmian podobnych na kończynach górnych, jak to opisuje Wwedeński, autor nie spostrzegał.

Według badań Friedländera, Billrotha, Zöge-Manteufla i innych objawy te są spowodowane jużto pierwotnemi, jużto następowemi zmianami w tętnicach. Autor jednak jest zdania, że mamy tu do czynienia nietylko ze zwapnieniem tętnic, lecz nadto z następowemi zmianami w nerwach. Badania autorów francuskich, jak Pitres, Vaillard, Joffroy-Lamy, a w szczególności Łapińskiego, wykazują, że w małych tętnicach, zaopatrujących pnie nerwowe chorej kończyny, przychodzi również na tle miażdżycowem do zgrubienia i zwężenia światła, dalej do znacznego rozrostu tkanki łącznej śród- i około pni nerwowych (end-epineurium), co razem z obrzękiem musi wywołać znaczny ucisk na pnie nerwowe. Zmiany te nazwał trafnie Murawjew „sklerozą nerwów".

Z spostrzeżeń swoich przypadków i na podstawie piśmiennictwa wyciąga autor następujące wnioski: choroba ta, objęta mianem przestankowego chromania, występuje prawie zawsze u mężczyzn (u kobiet spostrzegano dotąd jeden tylko przypadek — Erb), w wieku od 50—60 lat, choć nierzadko i wcześniej, głównie u ludzi zamieszkujących Rosyę, Polskę, wybrzeża Bałtyku i kraje o podobnym klimacie, np.: Finlandyę. Chorzy prawie wszyscy należą do klasy ludzi średnio zamożnych. Przeziębienia i przemoczenia, używanie przez dłuższy czas ciepłych kąpieli nożnych, nadużywanie jadła, napojów wyskokowych, tytoniu, skaza moczanowa, moczówka cukrowa i kiła grają ważną rolę, jako czynniki etyologiczne.

Rozmaite zatem przyczyny wywołują u osób z wrodzoną lub nabytą skłonnością do stwardnienia tętnic, prawdopodobnie drogą nerwów naczynioruchowych, te zmiany w naczyniach, które dają obraz „arteriitis obliterans". Zmiany w naczyniach odżywiających nerwy wywołują ze swej strony przypadłości nerwowe i dokąd tylko zmiany te w nerwach są natury czynnościowej, przychodzi do objawów chromania przestankowego. Z chwilą, gdy zaczną występować zwyrodnienia włókien nerwowych, obraz chorobowy zmienia się, zjawiają się bóle stałe, zaburzenia w czuciu i zgorzel.

Dr. Stanisław Gólski (Kr. kl. ch. w.).

Docent Dr. Lud. Korczyński. **Wpływ przypraw korzennych na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka.** (*Wiener klin. Wochenschrift* 1902, Nr. 18). Autor używał do doświadczeń papryki (0·1—1·0), imbiru (0·5—2·0), gorczycy (0·1 do 0·5), pieprzu (0·5—1·0), cebuli (12·0), czarnej rzodkwi (50,0). Przyprawy te podawał do spożycia przy próbie białkowej, lodowej i razem z obiadem próbnym Leubego. Następnie wydobywał treść ze żołądka i porównywał ją z tą, jaką wprzódo trzymał bez dodatku przypraw korzennych. Do doświadczeń użyto pięć osób: Nr. I osłabienie siły wydzielniczej (najwyższa kwasota treści żołądkowej 12); Nr. II prawidłowe wydzielanie (kw. 40); Nr. III nerwica żołądka (kw. 28); Nr. IV prawidłowe wydzielanie (kw. 43); Nr. V prawidłowe (kw. 42). W przypadku I po papryce spadała kwasota przy każdem doświadczeniu, natomiast ilość pozostającej miazgi pokarmowej stawała się mniejszą, niż bez papryki. W przypadku II po gorczycy wynik był zmienny; podczas gdy gorczyca przy próbie lodowej i białkowej kwasotę nieco podwyższała, to przy obiedzie próbnym ją obniżyła do połowy. W przypadku III po podaniu imbiru lub rzodkwi wykazały wszystkie próby mierne podwyższenie kwasoty, najmniej wybitne przy obiedzie próbnym. W przypadku IV po podaniu pieprzu wykazała próba lodowa i białkowa obniżenie kwasoty, obiad zaś próbny lekkie podniesienie. W przypadku V po spożyciu pieprzu, cebuli lub papryki wypadł stopień kwasoty we wszystkich próbach albo mniejszy, albo taki sam, jak bez podania korzeni.

Autor przypisuje podrażnieniu naczynioruchowemu główne działanie przypraw korzennych na wydzielanie, wskutek czego wydziela się większa ilość cieczy przesączynowej i rozcieńcza treść żołądkową. Autor wyprowadza następujące wnioski: działanie pojedynczych przypraw korzennych na wydzielanie nie jest jednakowe i jest także zależne od stanu żołądka. U osób z niedomogą wydzielniczą osłabiają one jeszcze więcej wydzielanie soku żołądkowego, dlatego autor nie radzi ich w takich przypadkach używać. Czynność ruchowa wzmaga się po podaniu przypraw korzennych, a jak autor przypuszcza, wskutek zwiększonej kurczliwości pierwocin w żołądku

W. J. (Kr. kl. w.).

Marx. **Znaczenie chininy w leczeniu ran.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1902, Nr. 16). Badania nad zawartością drobnoustrojów w krwi prawidłowej nasunęły autorowi myśl badania chininy pod względem jej bakteryobójczej własności. Doświadczenia robione na chlorku chininy wykazały, że zabija ono drobnoustroje: *b. pyocaneus* i gronkowca złocistego w rozczynie alkoholowo-wodnym 1%—2% w przeciągu 30—60 minut, zarodniki zaś wąglika w rozczynie 1,5—2% po 24 godzinach. Chinina zatem stałaby pod względem swej bakteryobójczej siły między karbolem, formaldehydem a sublimatem; działanie zaś jej na bakterye polega na zniesieniu czynnych ich objawów ruchowych, a w szczególności na wystąpieniu w nich aglutynacyi, wywoływanej już przez rozczyn 0,3—0,6% chininy. Oprócz tego posiada chinina własność wywoływania krzepnięcie krwi, jest więcej przetworem ściągającym, a jako taki tamującym krew. Tę własność tłómaczy autor aglutynacyą ciałek czerwonych krwi, występującą już w obecności 0,08% chininy. Na mocy tych własności przeciwgnilnych i ściągających poleca autor chininę w leczeniu ran, a nawet w tamowaniu krwotoków miąższowych, w stosunku: *Chinini hydr. 5,0 Spir. rectif. 15,0 na 500, o wody destyl.*, poleca zaś tem chętniej, iż przy stosowaniu tego leku nie nie widział dotychczas żadnego ujemnego działania ubocznego. Można nawet sporządzać gazę napuszczaną chininą, która ma nad jodoformową tę wyższość, iż jest bezwonną.

B. Żmigród.

Ullmann. **Próby przeszczepienia nerki.** (*Wiener klin. Wochenschrift* 1902, Nr. 11). Po nieudałych próbach, robionych na świni, począł autor robić swe doświadczenia na psach, — a polegały one na tem, że nerkę w całości, a więc cały narząd, nie części jego, jak to inni autorowie robili, przeszczepiał u tego samego osobnika. Miejscem przeszczepienia nerki była początkowo okolica podpachwinowa, następnie szyja, gdyż przekonano się, iż rany zrobionej na szyi, nie mogą zwierzęta lizać i w ten sposób zanieczyszczać, co miało miejsce przy przeszczepieniu w okolicy żyły i tętnicy udowej. Autor odpreparowywał tętnicę dogłowową wspólną i żyłę szyjną, podwiązywał obwodowo, a dośrodkowy koniec chwytał szczypczykami, następnie w środku naczynia przecinał. Wyłuszczał potem nerkę, przyczem zabierał część moczowodu i naczynia krwionośne nerki bardzo blizko pni grubszych, spajał zapomocą rurki magnezyowej, wsuniętej w naczynia, a mającej na swej powierzchni drobne gwinty, żyłę szyjną z nerkową, podobnież i tętnice, nerkę wsuwał w jamę, wytworzoną w okolicy głównych naczyń szyi i zeszywał skórę nad nerką, pozostawiwszy tylko miejsce na moczowód. Robił to wszystko z wszelkiemi ostrożnościami tak pod względem aseptyki, jak i bacząc na warunki fizyologiczne nerki, by nie uległa przemianie. Wynik był zadziwiający: po pewnym czasie począł się wydzielać z moczowodu mocz. Tylko pięć dni można było wydzielanie się moczu spostrzegać, gdyż zwierzęta drapały okolicę rany, wskutek czego moczowód obrzmiewał i mocz wylewał się z rany, a nie z moczowodu. Próby te były już dawniej robione przez Exnera, jednakże bezskutecznie z powodu niemożności aseptycznego operowania. Jako zadanie na przyszłość postawił sobie autor przeszczepienie nerki jednego psa na drugiego, dalej jednego gatunku zwierząt na inny, nadto — co najważniejsze — rozstrzygnięcie zagadnienia, czy przeszczepione nerki zdołają prawidłowo funkcyonować, t. j. oczyszczać krew z krążących w niej jadów.

B. Żmigród

Decastello. **O próbach przeszczepiania nerki.** (*Wiener klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 12). Z powodu pracy Ullmanna zwraca D. uwagę, iż przed więcej niż dwoma laty, nie wiedząc nic o tychże samych doświadczeniach Exnera, robił je w zakładzie patologii ogólnej Knolla. Po nieudałych próbach na królikach, przyczem używał do wywijania ścian naczyń krwionośnych, mających być spojonemi, swego przyrządu, przeszedł w końcu rok 1899 do doświadczeń nad psami i przeszczepił nerkę jednego psa na drugiego. Zwierzę żyło 90 godzin, skończyło na krwotok brzuszny, powstały z powodu rozluźnienia się obu żył spojonych. Mocz, otrzy-

many, w ilości 1200 ctm.[3] zawierał białko, wałeczki szkliste i ziarniste ale bez ciałek czerwonych krwi; trzy czwarte nerki były obumarłe. *B. Żmigród.*

Wenkebach. **O skutecznem leczeniu posoczniczego zapalenia wsierdzia.** (*Therapie der Gegenwart* Zeszyt 2, 1902). Z biegiem czasu i badań bakteryologicznych poznaną została prawdziwa istota zapalenia śródsierdzia, polegająca na wpływie drobnoustrojów, które w tych przypadkach prawie zawsze znaleziono bądź po śmierci w ziarninach lub wrzodach wsierdzia, bądź też za życia we krwi; główną rolę chorobotwórczą odgrywają *streptococcus, staphyloc., pneumoc., bact. coli, gonococcus* i inne. Jeśli do zapalenia śródsierdzia przystępuje zakażenie krwi, wtedy mamy obraz kliniczny złośliwego lub posoczniczego zapalenia śródsierdzia o nader niepomyślnem rokowaniu. Mimoto zdarzają się wyzdrowienia, zwłaszcza w postaciach lżejszych, w których przebieg jest zazwyczaj przewlekły, chociaż i tu trudno rozstrzygnąć, czy sprawa zapalna już znikła doszczętnie, i czy po jakimś czasie nie wybuchnie na nowo. Zależy to od wielkości i umiejscowienia się sprawy chorobowej w śródsierdziu; lecz i w tych przypadkach leczenie jest bezsilne. Tylko wtenczas mogłaby być mowa o skutecznem leczeniu, gdybyśmy potrafili wprowadzić w obieg krwi bez szkody lek przeciwgnilny, któryby zmniejszył ilość, lub zniszczył zawarte w śródsierdziu i z niego rozchodzące się drobnoustroje. Takim środkiem ma być *argentum colloidale*, Credégo, znany pod nazwą *collargolum*, który stosuje się zewnętrznie, wewnętrznie, i w wstrzykiwaniach w rozczynie 1—2%. W przypadkach przez autora w ten sposób leczonych wynik był zadawalniający: w jednym przypadku, gdzie ze krwi dał wyhodować *staphyloc. pyogen. albus*, po wstrzyknięciu do jednej z powierzchownych żył ramienia 12·5 mgr. 1% rozczynu kolargolu i w następnych dniach po 24—30 mgr., gorączka spadła, a gdy po krótkim czasie znów poszła w górę, ponowne wstrzyknięcia nietylko całkowicie usunęły gorączkę, lecz szmery i bicie serca ustąpiły i chory wyleczony opuścił klinikę. Podobny wynik był w drugim przypadku. Pożądanem byłoby, rozumuje autor, w takich beznadziejnych przypadkach zastosować jak najprędzej wyżej wymieniony, a dotychczas w swoich skutkach nieszkodliwy przetwór, a może należałoby go polecać nawet w zapaleniu wsierdzia w przebiegu ostrego gośćca. Prawdopodobnie nie srebro same, jak twierdzi Credé, lecz metale koloidalne posiadają właściwość podwyższania siły bakteryobójczej krwi.

Dr. J. Münzer (Lwów).

Hammerschlag. **O „atmokausis uteri".** (*Die Therapie der Gegenwart*, Nr. 5, 1902). Stosowanie gorącej pary jako środka przyżegającego i tamującego krew, wprowadził pierwszy Sniegirew z Moskwy pod nazwą „vaporisatio", a Pincus z Gdańska zrobił stosowny i dokładnie działający przyrząd i uzupełnił tę metodę do użytku w praktyce ginekologicznej, dając jej nazwę „atmokausis" (ἀτμός — para). Naparzanie ma obok żrącego i tamującego krew, działanie znieczulające i niszczące drobnoustroje gnilne. H. stosował tę metodę (w klinice królewieckiej) od 3½ lat w 52 przypadkach; z tych 8 razy w celach naukowo-doświadczalnych tuż przed operacyą na kobietach, przeznaczonych z innego powodu do wycięcia macicy. Pozostałe 44 przypadków dotyczyły kobiet od 22—55 lat, z tych 31 razy naparzano z powodu zapalenia śródmacicznego, w 10-ciu przypadkach z powodu krwotoków w okresie przejściowym życia i trzy razy dla krwotoków z podsurowiczych i małych śródmiąższowych mięśniaków. Co do wyniku, to H. osiągnął w 35 przypadkach, które mógł później badać poraz wtóry, 26 razy stałe wyleczenie (75%), w czterech przypadkach nastąpiło polepszenie (11%), a pięć razy (14%) nie było żadnego skutku. Zważywszy atoli, że leczono parą szczególnie w przypadkach uporczywych, nie ustępujących przy stosowaniu innych metod leczenia (w 16-tu przypadkach poprzedzały bezowocne skrobania), należy uznać ten wynik za bardzo pomyślny. Po operacyi chora powinna pozostać w łóżku cztery do 10 dni, odpowiednio do nasilenia działalności pary w tym właśnie czasie strup zgorzelinowy się oddziela. Autor dochodzi wogóle do następujących wniosków: „atmokausis" jast doświadczalnie i klinicznie wypróbowaną metodą leczenia i powinna być wykonywaną tylko przez specyalistów; operacya jest bezbolesna, usypianie niepotrzebne, a kurczliwość macicy musi być zachowana. Zawsze należy wprzód dokładnie rozszerzyć (rozszerzadła Hegara, lub też blaszkownica) i ochronić szyjkę maciczną. Wysoka ciepłota, stosowana przez krótki czas (115° przez 20″) działa więcej powierzchownie i nadaje się z tego powodu do leczenia, zwłaszcza młodych kobiet; niższa ciepłota, stosowana przez dłuższy czas (105° przez 1—1½′), działa niszcząco na całą błonę śluzową i nadaje się szczególnie do wywołania zupełnego zarośnięcia jamy macicznej. „Atmokausis" można powtórzyć, lecz nie przed odnową błony śluzowej, t. j. mniejwięcej po czterech tygodniach.

Przeciwwskazania dla leczenia parą stanowią nieprawidłości w jamie macicznej (zgrubienia, guzy podśluzowe, resztki z poronienia) i sprawy zapalne w otoczeniu, a szczególnie w przydatkach macicy. Leczenie powinno być stałe, a nie przychodnie; należy też zwrócić uwagę na to, by nie powstały zwężenia i zrosty wewnętrznego ujścia macicznego.

„Atmokausis" jest wyśmienitym środkiem w zapaleniu śródmacicznem i skutkuje często w takich przypadkach, w których inne metody nie odniosły żadnego skutku. Szczególnie poleca się leczenie parą w krwotokach poprzedzających zwrot płciowy i z powodu krwawiączki, będących nieraz cierpieniem arcyniebezpiecznem, a przy których zarośnięcie jamy macicznej często jest pożądane.

Co do mięśniaków, to wolno użyć „atmokausis" przy mięśniakach podsurowiczych i małych śródmiąższowych, nie wypuklających jamy macicznej. Tylko z powodu najściślejszych, niejako przymusowych wskazań może „atmokausis" służyć do wywołania sztucznej niepłodności przez zarośnięcie jamy macicznej. W otoku macicznym (*pyometra*) „atmokausis" może dać dobre wyniki, natomiast spraw połogowych nie należy leczyć parą. Używania wrzącego gorąca (nie pary, „zestokausis" od ζεστότης, wrzące gorąco) autor nie poleca.

Dr. J. Fels.

Dr. Hildebrand. **Spostrzeżenia nad ranami postrzałowemi z dział w wojnie z Boerami.** (*Archiv Langenbecka* 1902, Tom 65, Zeszyt IV). W świeżo zakończonej wojnie południowo-afrykańskiej zranienia pociskami z dział w porównaniu do postrzałów z broni ręcznej należą do rzadkich. Przeciętnie bowiem stanowiły 21·3%. Rozróżnić trzeba rany postrzałowe szrapnelami od postrzałów granatami. Pierwsze okazują wielką skłonność do ropienia, najprawdopodobniej wskutek znacznego zgniecenia brzegów rany. Ztąd też pochodzi prawdopodobnie znaczna skłonność tych ran do krwawień bezpośrednich i późnych. Drążące postrzały jamy brzusznej rzadko stanowiły przedmiot spostrzegania w szpitalach; najczęściej bowiem stają się przyczyną szybkiego zgonu na polu bitwy. Mniej groźnemi okazują się rany klatki piersiowej, choćby na przestrzał dziurawiące, podobnie jak i rany czaszki. Do najczęstszych zranień należą postrzały kończyn, połączone ze zgruchotaniem kości. Odłamki bywają wówczas długie, kończyste. W ogólności w porównaniu do postrzałów z broni ręcznej, zranienia szrapnelami goją się znacznie dłużej i każą gorzej rokować. Mimoto względnie często zdarza się, że pocisk wgaja się bez odczynu, zatem do operacyjnego wyjęcia przystępować należy, mając po temu ścisłe wskazania.

Rodzaj i rozległość zranień, wywołanych wybuchającym granatem, zależą od rozmaitych okoliczności towarzyszących. Sam jednak wybuch granatu, bez poprzedniego zranienia, stać się może powodem ciężkiego okaleczenia, a nawet śmierci. Zabójczo działa tu zagęszczające się nagle powietrze. Zranienia zaś, wywołane czerepami granatu, mogą być niekiedy przerażające. U jednego n. p. żołnierza Boerów stwierdzono, że lewe udo zmiażdżonem zostało na atomy, prawe wyłuszczone w stawie biodrowym, prawa kość ramieniowa i łokciowa starte na proch i klatka piersiowa po tejże stronie zmiażdżona przez wtłoczone w nią ramię. Nawet jednak przy małych zranieniach granatem rokować trzeba poważnie; rany te bowiem bywają zwykle bardzo zanieczyszczone np. ziemią i ztąd po tych zranieniach spostrzegano częściej tężec. *Herman.*

Wirsaładze. **Wpływ podrażnienia kory mózgowej na wydzielanie żółci.** (*Obozrenije psychiatryi* 1901, listopad). W. podwiązywał u psów po otwarciu jamy brzusznej przewód pęcherzykowy (*ductus cysticus*), i zakładał przetokę żółciową, wskutek czego żółć przez kaniulkę, wprowadzoną do przewodu żółciowego wspólnego (*ductus chledochus*) przedostawała się na zewnątrz. Po dwóch dniach autor wykonywał trepanacyę czaszki i następnie drażnił różne miejsca kory mózgowej w okolicy ośrodków ruchowych. Ilość żółci oznaczał przed, w czasie i po drażnieniu. Doświadczenia te wykazały obecność w przedniej części zakrętu esowatego (*gyri sigmoidei*) ognisko, którego podrażnienie wywoływało stale wzmożenie wydzielania się żółci; drażnienie tylnej części zakrętu esowatego nie wywierało żadnego wpływu na wydzielanie żółci.

Witold Orłowski.

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Nadnercze i jego preparaty. (*Merck, Bericht über das Jahr 1901*). Usiłowanie wyosobnienia istoty działającej nadnercza trwają ciągle. Otrzymana w ostatnich czasach „adrenalina", pokrewna z „epinefryną" Abela, jest ciałem krystalicznem, o oddziaływaniu słabo alkalicznem; łatwo rozpuszcza się w wodzie ciepłej, zasadach i kwasach; z kwasami tworzy sole. Siła działania „adre-

naliny" jest bardzo znaczna: 0,000001 grm. na kilogr. wagi ciała wystarcza, aby znacznie podnieść parcie krwi. Badania Reicherta (Med. Bulletin 1901, kwiecień) wykazały wpływ adrenaliny na układ oddechowy, naczyniowy, na ciepłotę ciała i przemianę materyi, jak również skuteczność jej w zatruciu makowcem i morfiną, w zaburzeniach krążenia i zapadzie w przebiegu uśpienia chirurgicznego. Fletscher Ingals zaleca adrenalinę w formie rozpylania płynu (1: 5000), lub proszku (1: 2500—5000 cukru mlecznego) w ostrych zapaleniach jamy nosowej.

Nowe, pod względem fizyologicznym zajmujące spostrzeżenia o działaniu nadnercza i jego wyciągów zawdzięczamy badaniom Pala (Sem. medic. 1901, Nr. 44), Lewandowskyego (Centralblatt f. Physiol. 1900, Nr. 17) i Schäfera (Brit. Med. Journal 1901, Nr. 2104). Badania te dotyczą przeważnie działania nadnercza na mięśnie gładkie, zwłaszcza na umięsienie macicy, co nadaje wyciągowi nadnercza zastosowanie praktyczne w krwotokach macicznych. Najlepiej wstrzykiwać na gorąco do macicy odwar z 2 grm. nadnercza na 560 wody, przyczem można dodać również 4 grm. chlorku wapniowego. W przypadkach „shoku", znacznej utraty krwi, a szczególniej ustania czynności serca w uśpieniu chirurgicznem bardzo skuteczne są wstrzykiwania przesączonego odwaru nadnercza (0·3 i 30·0 wody) do żył, a w razie konieczności — do serca. Według spostrzeżeń Bluma wstrzykiwanie podskórne wyciągu nadnercza wywołuje u wielu gatunków zwierząt cukromocz. Renworthy (Medical Record Vol. 59, Nr. 11) poleca dalej nadnercze, jako niezawodny środek przeciw krwotokom płucnym (0·2 grm. co pół godziny, później co dwie godziny wewnętrznie). W krwotokach gruczołu krokowego należy stosować nadnercze wewnętrznie po 0·30 dwa razy dziennie, a oprócz tego miejscowo zapomocą elastycznego cewnika kilka kropel 12% rozczynu wyciągu z nadnercza. Munro osiągnął znakomite wyniki w trądziku, pędzlując rozczynem wyciągu nadnercza (0·3: 4·0 wody) przy równoczesnem podawaniu 2—4 dziennie kołaczyków z nadnercza po 0·3 grm. W krwotokach żołądka i jelit skutecznie ma działać odwar z 1·25 grm. nadnercza na 300 wody; w razie potrzeby można dawkę tę po dwóch godzinach powtórzyć. Według nowszych badań nie posiada nadnercze swoistego działania leczniczego przeciw krzywicy. Pomyślne wyniki, jakie niektórzy badacze stwierdzili, należy przypisać ogólnemu dodatniemu wpływowi na odżywienie. *Dr. T. Ż.*

Natrium bisulfuricum. (*E. Merck, Bericht über das Jahr 1901*). Tworzy bezbarwne kryształy w wodzie łatwo rozpuszczalne. Preparat ten stanowi według Paskera i Rideala (British Medical Journal 1901, 2 styczeń) najlepszy środek przeciw niebezpieczeństwu nabycia duru przez picie zepsutej wody. Używa się w Anglii dla wojska, stojącego w polu. Żołnierze przed marszem otrzymują przetwór ten w formie łatwo rozpuszczalnych pastylek, zawierających 0·3 dwusiarczanu. Nadaje wodzie smak kwaskowaty, uśmierzający pragnienie; w braku wody można pastylkę w ustach rozpuścić, co również przyczynia się do zmniejszenia pragnienia; 1 grm. = 4 halerze. *Dr. T. Ż.*

VIII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 16 maja 1902 r.

Przewodniczący kol. Sołowij — obecnych członków 33.

1. Kol. Herman przedstawił chorego 40-letniego, który zgłosił się do kliniki chirurgicznej z przypadłościami żołądkowemi. Badanie wykazało guz chełboczący, o ścianach napiętych, usadowiony poniżej dołka podsercowego i nieco ku stronie prawej. Wydęcie żołądka wykazało, że guz umieszczony jest poza żołądkiem i nie pozostaje w żadnym związku z wątrobą. Chemizm i mechanizm żołądka prawidłowe. Guz podczas wydechu obniża się i okazuje wogóle pewną ruchomość. Pomimo tego ostatniego objawu rozpoznano torbiel trzustki. Operacya potwierdziła rozpoznanie. Torbiel nacięto i wszyto w powłoki brzuszne. Chory wyzdrowiał.

2) Chory 30-letni. Mięsak goleni w pobliżu nasady górnej. Mikroskopowo stwierdzono mięsaka olbrzymiokomórkowego. Wycięto górną 1/3 część kości goleniowej, a kość strzałkową wszczepiono pomiędzy kłykcie kości udowej. Obecnie chory chodzi na sztywnej kończynie, opatrzonej tutorem.

Dyskusya: kol. Rydygier podnosi, że ostatni przypadek jest ciekawy z trzech względów: naprzód nowotwory goleni dają często powód do pomyłek rozpoznawczych. Powtóre u tego chorego dał się nowotwór usunąć bez amputacyi, a wreszcie już jest miesiąc od operacyi, a nawrotu jeszcze niema. Za przykładem Hahna dała się strzałka wszczepić w kość udową tak, że nie ma znaczniejszego skrócenia. Kol Wehr uważa tego rodzaju przypadki za trudne pod względem rozpoznawczym. Ma w praktyce 2 takie przypadki po 5 i 6 lat bez nawrotu.

Kol. Przewodniczący oznajmia, że kol. Rożański darował Towarzystwu 2 portrety: królowej Jadwigi i Kazimierza Wielkiego, za który to dar wyraża serdeczną podziękę ofiarodawcy.

Zamiast wieńca na trumny zmarłych kolegów: śp. Pawlikowskiego i Kubickiego zarządził kol. przewodniczący składkę na fundusz wdów i sierót po lekarzach. Zebrano 36 koron 70 h.

II. Kol. Gluziński wygłosił rzecz: »O symptomatologii tętniaka tętnicy głównej«.

Dyskusya: kol. Ziembicki opisuje przypadek operacyjnego leczenia tętniaka przez Tuffiera. Przypadek ten zakończył się śmiertelnie. Kol. Szymański potwierdza z swej praktyki objawy tętniaka, jakie podał kol. Gluziński. Kol. Wehr sądzi, że leczenie operacyjne tętniaków ma przyszłość w tych przypadkach, gdzie ściany tętnicy nie są zbyt zmienione.

III. Kol. Gluziński przedstawia 2 chorych z zesztywnieniem kręgosłupa.

Dyskusya: kol. Ziembicki zwraca uwagę, że w obydwu przypadkach istnieje zgięcie (fleksya) w stanie biodrowym, które może wprawdzie być następstwem zmian zapalnych, ale w danych przypadkach zdaje się być następstwem napięcia mięśni, co możnaby stwierdzić w uśpieniu.

Kol. Prus zgadza się z zapatrywaniem prelegenta i sądzi, że zesztywnienie kręgosłupa jest jedną z form zniekształtniającego zapalenia stawów *(arthritis deformans)*. Pod względem leczniczym należałoby u tych chorych starać się o wzmożenie przemiany materyi.

IV. Kol. Prus przedstawił chorą z porażeniem histerycznem kończyny górnej prawej. *Dr. Ruff*, sekretarz.

Posiedzenie naukowe dnia 28. maja 1902 r.

Przewodniczący: kol. Sołowij.

Obecnych członków 26.

I. Kol. przewodniczący odczytuje treść telegramu wysłanego imieniem Tow. lek. lwow. do Krakowa ku uczczeniu jubileuszu kol. Kwaśnickiego, co obecni z zadowoleniem przyjmują do wiadomości.

II. Kol. Ziembicki Witold: »O wpływie miesiączkowania na czynność żołądka« (Rzecz przeznaczona do druku).

III. Kol. Lickendorf: »O objawach hipnozy i metodach hipnotyzowania«.

Prelegent w wykładzie swoim omawiał różne sposoby hipnotyzowania i podniósł, że metoda nantejska jest najlepszą, gdyż klienci hipnotyzowani tą metodą śpią spokojnie, mają oddech i tętno regularne i są wolni od różnych przypadłości nerwowych, które przy stosowaniu metody Braida czasami występują, jakoto: ból głowy, ciężki oddech, nieregularne tętno, kurcze pojedynczych mięśni u osób nerwowych. Wykazał następnie na 3 zahipnotyzowanych osobach, że zapomocą werbalnej sugestyi można często wywołać cały szereg objawów hipnotycznych, jakoto osłupienie (katalepsya), bezbolesność (analgezya), i pohipnotyczne zjawiska. Wspomniał, że sugestywnie można w hipnozie wpłynąć na czynność różnych narządów, nawet na czynność niektórych narządów, wykonujących swe działanie mimowolne n. p. na przewód pokarmowy. Podstawą tego działania jest *suggestibilitas*, czyli zwiększona wrażliwość hipnotycznych na sugestye, którą zresztą mieć mogą niektóre wrażliwe osoby w stanie czujnym, jak to pokazało się u klienta Zięcika. Również wspomniał prelegent, że tam, gdzie terapeutyczna sugestya w stanie trzeźwym nie działa, to można uzyskać to działanie zapomocą hipnozy, można uzyskać niekiedy zadziwiające wyniki terapeutyczne w chorobach nerwowych, polegających na zaburzeniach czynnościowych. Wreszcie, powołując się na doświadczenia długoletnie Liebaulta, prof. Bernheima, Wetterstrauda i innych twierdzi, że hipnoza wywołana podług wszelkich prawideł przez lekarza, mającego w tym kierunku rutynę, nie może zdrowiu ludzkiemu wyrządzić żadnej krzywdy. *Dr. Ruff*, sekretarz.

Posiedzenie naukowe dnia 6. czerwca 1902 r.

Przewodniczący: kol. Sołowij — obecnych członków 34.

1. Kol. Beck omówił zasady fizykalne projekcyi stereoskopowej i na licznych obrazach świetlnych przedstawił rozmaite zjawiska fizyologiczne.

2. Kol. Sieradzki przedstawił za pomocą przyrządu projekcyjnego widma barwika krwi i jego pochodnych istot, wyjaśniając sądowo-lekarskie znaczenie tych badań.

Dyskusyi nie było. *Dr. Ruff*, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 4. czerwca 1902.

Przewodniczący kol. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący zawiadamia, że wysłał telegram gratulacyjny do Dr. Szumana w Toruniu z okazyi jubileuszu 25-letniej jego działalności lekarskiej.

III. Kol. Przewod. zawiadamia, że kol. Redaktor Kwaśnicki z okazyi swego jubileuszu złożył 300 koron na fundusz budowy domu Towarzystwa lekarskiego.

W dalszym ciągu przystąpiono do porządku dziennego:

Kol. Kader omawia formę kamicy żółciowej, występującą bez żółtaczki i kolki wątrobowej, przedstawiającej nieraz wielkie trudności rozpoznawcze. W ostatnich czasach operował cztery przypadki tego rodzaju, wszystkie zakończono pomyślnie. (Szczegółowa praca wyjdzie wkrótce w »Przeglądzie lekarskim«).

Dalej przedstawił prelegent 27-letnią pacyentkę, u której dokonał wyjęcia nerki prawej, a to z powodu zmian gruźliczych; — następnie chorego dorosłego z przykurczeniami kolanowemi w następstwie przebytej gruźlicy stawów; — potem przypadek pierwotnego porażenia dziecięcego, w którym zastosowano plastykę ścięgen z bardzo dobrym wynikiem; pacyent nigdy nie chodził, obecnie chodzi przy pomocy laski, — wreszcie przypadek zwężenia żołądka wskutek blizny po wrzodzie okrągłym, gdzie w miejscu zwężenia wykonano szeroką gastroenteroanastomozę. Pacyentka opuszcza klinikę uleczona.

Na zakończenie demonstruje kol. Kader preparat uzyskany przy autopsyi z pacyenta, operowanego z powodu kamienia w cewce moczowej, który spowodował następowe zwężenie cewki, będące znowu przyczyną wstępującego zapalenia pęcherza moczowego, ureterów i miedniczek nerkowych, co ostatecznie spowodowało śmierć pacyenta.

Kol. Klęsk przedstawia chorego, u którego profesor Kader wykonał szeroką trepanacyę czaszki z powodu raka skóry głowy, przechodzącego na kość i oponę twardą.

Mózg wypadł i w okolicy sfery ruchomej obumarł. Ubytek odpowiadał wielkości kurzego jaja. Powstałe stąd porażenie połowicze w krótkim czasie ustąpiło. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusya: Kol. Spira: Zaburzenia mowy w ostatnim przypadku były oczywiście natury ruchowej. Nie pochodziły one jednak ze zmian ogniskowych organicznych, za czem przemawia szybka poprawa, lecz prawdopodobnie z ucisku, z przekrwienia, albo z obrzęku ubocznego odpowiedniego miejsca. W takim razie mógłby być zajęty albo ośrodek ruchowy mowy (Broca) w 3-cim zwoju czołowym, albo też zakończenie nerwów: błędnego, twarzowego, językogardłowego w sferze ruchowej, zaopatrujących mięśnie narządów artykulacyjnych. Otóż w pierwszym razie zaburzenia mowy musiałyby pojawiać się w postaci afazyi ruchowej (motorycznej), czyli afazyi ataktycznej Kussmaula *(Hörstumeheit)* spowodowanej zajęciem ruchowego ośrodka mowy. Jeżeliby zaś utrudnienie mowy zależało od porażenia zakończeń korowych nerwów mięśni artykulacyjnych, wtenczas musiałyby wystąpić więcej objawy anartryi lub dysartryi, tem więcej, że porażenie tyczyło się tylko jednej półkuli. Kol. Spira zapytuje, czy spostrzegane objawy zaburzenia mowy w tym przypadku dały jakieś wskazówki dla rozstrzygnięcia tej kwestyi, mianowicie od czego one zależały? Jeżeli zaś badanie wykazało, że sprawa dotyczyła nie zakłócenia artykulacyi, lecz niemoty ruchowej, co jest więcej prawdopodobnem, zachodzi pytanie, czy była to afazya korowa, podkorowa lub pozakorowa, co za pomocą stosownego badania dałoby się rozróżnić, zależnie od możności pisania, czytania, powtarzania, albo podawania liczby zgłosek danego wyrazu.

Niektórzy autorowie, jak Charcot, Pitres przyjmują osobny ośrodek dla ruchów pisania wogóle i to w średnim zwoju czołowym lewym, u mańkutów zaś w prawym; podczas gdy inni, jak Wernicke, utrzymują, że osobnego ośrodka dla pisania niema, lecz funkcya ta leży w ogólnej sferze ruchowej około *sulcus centralis,* w części oznaczonej dla ruchów prawej ręki w ogóle. Otóż w przypadku przedstawionym ramię prawe było porażone. Jeżeli więc była agrafia i to zależna tylko od tego porażenia, przy niedotknięciu właściwego przypuszczalnego ośrodka dla pisania, chory byłby w stanie pisać ręką lewą, nogą i t. p. Jeżeli zaś ewentualna niezdolność do pisania była spowodowana zajęciem dotyczącego osobnego ośrodka dla ruchów potrzebnych przy pisaniu, wtedy pisanie byłoby absolutnie niemożebnem. Badaniem tego chorego w wskazanym kierunku dałoby się może zyskać ważne wskazówki dla wyjaśnienia sprzecznego zagadnienia siedziby i istnienia tego ośrodka. *(Streszczenie własne).*

Kol. Kader wyjaśnia, że pismo było badane i że stwierdzono pewnego rodzaju ataksyę.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 10 lipca.

* XII-ty Zjazd chirurgów polskich rozpoczyna w poniedziałek swoje posiedzenia. Zjazdy te już dawno przebyły okres prób i ustalań się, a stały się dziś warunkiem i czynnikiem pracy dla chirurgów polskich. Rekapitulacya tego, co umysł ludzki w ciągu roku ubiegłego przysporzył w zakresie chirurgii, kontrola i krytyka osobista nabytków w technice i nauce chirurgicznej, wreszcie trzymanie się na powierzchni w wartkim prądzie postępu tak ważnej gałęzi medycyny, to są hasła, wypowiedziane przed dwunastu laty, które dają tej instytucyi życiodajną i płodną siłę.

Życzymy Zjazdowi chirurgów polskich obfitego plonu z jego wytrwałej i rozumnej pracy.

* D. 7 b. m. rozpoczął się I-szy kurs dla lekarzy, zorganizowany przez grono profesorskie Uniw. Jagiellońskiego. Jak ta instytucya była potrzebną, świadczy bardzo pokaźna liczba wpisanych na kurs, z których znaczna część przybyła z oddalonych i nawet bardzo oddalonych miejscowości. Zatem sprawa istnienia kursów dla lekarzy przy krak. Wydziale lekarskim, została pomyślnie i ostatecznie rozstrzygniętą.

* *Z Sejmu.* Na posiedzeniu d. 4 lipca polecił W. Sejm Wydziałowi krajowemu budowę pawilonu izolacyjnego przy szpitalu św. Łazarza w Krakowie, kosztem najwyżej 60.000 koron. Charakter powszechnych i publicznych otrzymały szpitale w Gorlicach i Krośnie. Sejm uchwalił pomnożenie liczby okręgów sanitarnych o 10 w ciągu roku bieżącego.

* Lekarze okręgowi rozesłali posłom obecnie obradującego Sejmu galicyjskiego memoryał w sprawie petycyj, wniesionych na ręce Wydziału krajowego w grudniu 1900 r. Lekarze z zupełną słusznością domagają się przyznania t. zw. pięcioleci, emerytur, pensyj wdowich i sierocych. Wątpić nie można, że W. Sejm uczyni zadość usprawiedliwionym żądaniom lekarzy okręgowych, zwłaszcza, że biorąc na siebie znaczną część funduszu emerytalnego, lekarze okręgowi usiłują nie obciążać skarbu krajowego.

* W miesiącu bieżącym dwóch mężów zasłużonych w społeczeństwie i zawodzie lekarskim obchodzą jubileusz 50-tej rocznicy otrzymania dyplomu lekarskiego: Antoni Estreicher z Warszawy i Jan Metzger z Tarnowa. Czcigodnym jubilatom przesyłamy szczere życzenia dalszego trwania w czerstwem zdrowiu dla pożytku społeczeństwa i wzniosłego przykładu dla młodszych.

* Statystyczne spostrzeżenia śmiertelności z gruźlicy, oraz statystyczne wykazy używania wyskoku, dowodzą przyczynowego związku między tą śmiertelnością a alkoholizmem. W ostatniem dwudziestoleciu śmiertelność z gruźlicy obniżyła się we wszystkich prawie państwach europejskich z wyjątkiem Francyi, Włoch i Węgier. Podczas gdy w Anglii śmiertelność z gruźlicy zmniejszyła się o 440 na milion, a w Niemczech o 1,015, to we Francyi zwiększyła się o 680, na Węgrzech o 297, a we Włoszech o 145 na milion. Podług badań Baudrana największa śmiertelność z gruźlicy okazała się w tych francuzkich departamentach, w których stwierdzono największą konsumpcyę alkoholu; do tych samych wyników doszedł Lavarenne w swoich porównawczych studych w tym kierunku u rozmaitych narodów.

* Tegoroczne Zgromadzenie okulistów niemieckich odbędzie się w Heidelbergu od 4 do 6 sierpnia.

* Jak ściśle wypełnia się w Holandyi obowiązek przestrzegania kartą na drzwiach o przypadku choroby zakaźnej w mieszkaniu dowodzi choroba królowej Wilhelminy: do tej pory widnieje na murze papier.

ostrzegający o przypadku duru w zamku i nie będzie usunięty, aż po wykonaniu prawem przepisanej desinfekcyi.

* Wojskowe Towarzystwo ubezpieczeń na życie w Niemczech, w którem ubezpieczeni są wszyscy oficerowie armii lądowej i marynarze, ogłosiło wykaz śmiertelności w wojsku niemieckiem za r. 1901. Na 297 przypadków śmierci przypada 29 samobójstw, 4 morderstw; 9-ciu zginęło skutkiem przypadków. W znacznej większości resztujących przypadków śmierć nastąpiła z chorób nerwowych i gruźlicy.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXV (15—21—VI). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 8, urodziło się dzieci 50, zmarło osób 47, mianowicie: z gruźlicy 11 (4 zam.), z zapalenia płuc 10 (1 zam), z płonicy 2, z cholery niemowląt 3.

* Między 18 a 24 czerwca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego, we Lwowie 1 przypadek i w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), bobreckim (1 gm.), brodzkim (1 gm.), buczackim (2 gm.), czortkowskim (1 gm), drohobyckim (1 gm.), horodeńskim (2 gm.), jaworowskim (3 gm), kałuskim (3 gm.), kamioneckim (1 gm.), kołomyjskim (1 gm.), mościskim (3 gm.), nadworniańskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm), przemyślańskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), wadowickim (1 gm.), złoczowskim (3 gm.).

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 104; w tygodniu poprzedzającym — 115.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Dr. Payr mian. został prof. nadzwyczajnym chirurgii w Gracu. Dr. Böke mian. prof. nadzw. otologii w Peszcie. Profesorem histologii, embryologii i porównawczej anatomii w Würzburgu mian. został dr. Stöhr.

Nekrologia. Były prof patologii Dheilly zmarł w Amiens. W Wrocławiu zakończył życie kierownik kliniki okulistycznej, prof. R. Förster.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Nr. 12. Otto: Kryoskopia i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek. E. Flatau: Budowa rdzenia w świetle badań nowożytnych.

— *Zdrowie* Z. 7. Rozenfeld: Higiena pielgrzymek do Jasnej Góry. Olszewski: Gimnastyka a gruźlica. Łobodziński: O hallach targowych. Rancman: Nieco o higienie zębów.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 6. L. Korczyński: Klimatologia Szczawnicy. Mięsowicz: O pływaniu i kąpieli. Janiszewski: Zakopane jako stacya klimatyczna. Jasieński: Jaśkowice — stacya klimatyczna i zakład wodoleczniczy.

— *Przegląd felczerski* Nr. 13. O złamaniach. — Choroby weneryczne w stosunku do akuszeryi. — Jak należy postępować z pępowiną po porodzie. — Zabawy i gry dzieci w ogrodzie imienia Rau, urządzone staraniem warszaw. Towarzystwa higienicznego w 1899 i 1901 r.

— *Nowiny lekarskie* Nr. 7. Zembrzuski: O szwie nerwów. Dziembowski: Patologia i terapia zmian w sercu przy stwardnieniu tętnic (dok.). Karwowski: Przypadek wielorakich miękkich tłuszczaków skórnych z zabarwieniami skóry i objawami dziedziczności.

— *Gazeta lekarska* Nr. 27. Żebrowski: Przyczynek do określania ilościowego kwasu moczowego za pomocą miareczkowania. Majewski i Żebrowski: Przyczynek do składu chemicznego żółci u człowieka. Kossowski: Ośm przypadków zakażeń septycznych połogowych, leczonych metodą Fochiera. Ciechomski: Przyczynek do leczenia bliznowatych zwężeń przełyku (c. d).

— *Medycyna* Nr. 27. L. Rydygier: Dalsze doświadczenia nad leczeniem operacyjnem przerostu gruczołu krokowego własnym sposobem. Bregman i Steinhaus: Przypadek limfosarkomatu śródpiersia, przechodzącego do kanału kręgowego (c. d).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 27. Teuner: O léčeni tuberkulosy v okresni nemocnici w Benešově u Prahy. Kopfstein: Operace při chorobách orgánů močových, provedené v letech 1897 až 1901 ve veřeiné všeobecné nemocnici cis. Frant. Jos. I ve Mladé Boleslavi. (dok).

— *La Presse médicale* Nr. 52. Collet: Moczopędne leczenie przewlekłego zatrucia żółcią. Martel: Główne rodzaje zepsucia mięsa.

— Nr. 53. Thoyer-Rosat: Poród wymuszony i poród chirurgiczny. Marchais: O mięsieniu i urochomianiu w zapaleniu żył.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 26. Oetingen: Leczenie wrodzonej szpotawości u osesków. Rosenberg: O nadnerczynie w ryno-laryngologii. Gotschalk: O »folikulomie« złośliwej jajnika. Berding: W sprawie oznaczania kwasu moczowego. Frommer: Nowy przyrząd do szycia przetok i ran w ciasnych przestworach jamistych. Strassmann: O usuwaniu ciąży trąbkowej drogą operacyjną przez pochwę (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 27. Gaertner: O infuzyi tlenu do żył. Pezzoli: O oddziaływaniu wydzieliny gruczołu krokowego w przewlekłem zapaleniu tego gruczołu. Kreibich: O niektórych próbach rozpoznawania za pomocą surowicy. Ghon: O zapaleniu błon mózgowych w przebiegu grypy (dok).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 26. Hammer: Leczenie gruźlicy w sanatoryach. Wormser: O klinicznem znaczeniu tyłozgięcia ruchomego macicy. Pässler: O kilku rzadszych przypadkach migreny. Decastello i Sturli: O izoaglutyninie w surowicy ludzi zdrowych i chorych Leusser: O sercu wędrującem. Kollmann: Patogeneza ostrego gośćcowego zapalenia stawów. Stich: Odczyn na białko i cukier przy łóżku chorego. Krönig: W sprawie samozakażenia w położnictwie. Scanzoni: Odpowiedź na artykuł prof Hofmeiera: »O zapobieganiu gorączce połogowej«. Oppe: Ospa w Londynie i angielska ustawa o szczepieniu ochronnem

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 27. Brieger: O wytwarzaniu swoiście działającej substancyi z prątków durowych. Schütze: O swoistem działaniu na ustrój zwierzęcy substancyi, uzyskanej z prątków durowych. Oppenheim: Znikanie stłumienia wątrobowego przy odęciu brzucha. Gerber: Moja metoda operacyjna przewlekłego otoku jamy Highmora. Polano: Przyczynek do techniki wytwarzania dróg limfatycznych Wassermann i Schütze: Rozwój biologicznej metody do rozróżniania białka ludzkiego od zwierzęcego za pomocą precepityny. Moeller: O bakteryach nie odbarwiających się w kwasach (dok.).

Redakcya otrzymała. Majewski: 1) Sur les agents qui influencent le degré de l'astigmatisme cornéen après l'operation de la cataracte. 2) To samo po polsku. 3) O zastosowaniu komórek wodnych w przypadkach niezborności i rogówki stożkowatej. 4) Opatrunek Wolffberga po operacyach ocznych. 5) Dwa przypadki mięsaka rogówki. 6) Kilka przypadków zaburzeń umysłowych po operacyi zaćmy. — »Przegląd polski rozwoju przemysłu fabrycznego, handlu i rolnictwa« pod redakcyą Zenona Pietkiewicza (Nr. 1 i 2). Seńkowski: 1) O metodzie badania czynności wydzielniczej wątroby. 2) To samo po niemiecku. 3) Znaczenie ptomain w chemii sądowo-analitycznej.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 19 Lipca 1902. Nr. 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Leczenie operacyjne ropni w jamie Douglasa w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego (*appendicitis* [1]).

Podał
Dr. Aleksander Bossowski,
Docent Chirurgii Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Pomimo częstości, z jaką ropnie w jamie Douglasa występują w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, bo stanowią, jak Rotter oblicza, $^1/_3$ przypadków, dopiero w ostatnich czasach poświęcono im baczniejszą uwagę, a to zarówno pod względem ich powstawania, rychłego rozpoznania i najdostępniejszego opróżniania drogą operacyjną.

Chociaż Schlange wyraża się, że niema miejsca w jamie brzusznej, w którem usadowiony ropień nie dałby się odnieść do zapalenia wyrostka robaczkowego, to jednak najczęstszą siedzibą ropni okątniczych (perityflitycznych) jest prawy dół biodrowy; drugie miejsce zajmuje jama Douglasa, dalej idzie zatoka lędźwiowa, lewy dół biodrowy, względnie obszar lewego więzu Pouparta, wreszcie okolica podprzeponowa.

Ropnie w jamie Douglasa występują już to obok równoczesnego ogniska ropnego w miejscu typowem, tj. w dole biodrowym prawym i to rozdzielone tylko cienką przegrodą ze zlepionych jelit, lub dzieląca je od ogniska biodrowego ściana jest gruba i tak szeroka, że wśród niej mieszczą się nawet pętle jelita wolne, niezlepione. W innych razach ropień w jamie Douglasa stanowi jedyne ognisko ropy w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, który leży częstokroć daleko od siedziby ropnia, już to w miejscu typowem, t. j. w okolicy biodro-kątniczej *(ileo-coecalis)*, przytwierdzony tamże złogami włóknikowymi, jużto nawet wyżej na tylnej ścianie kątnicy lub okrężnicy wstępującej, zwrócony wierzchołkiem swym ku górze. Wyjątkowo zaś tylko znajdowano go na dnie jamy Douglasa tak, że natenczas ropień w tem miejscu położony uważać należy jako ognisko okątnicze (perityflityczne). Sposób, w jaki wytwarzają się te odosobnione ropnie w jamie Douglasa w przebiegu zapalenia lub przebicia wyrostka robaczkowego, leżącego daleko od siedziby ropnia, wywołuje dotąd różnice w zapatrywaniach. I tak Schede i Mikulicz są zdania, że powstający około wyrostka robaczkowego ropień, pierwotnie ograniczony, rozszerzając się w przebiegu postępującego zapalenia otrzewnej, posuwa przed sobą wał utworzony ze zlepionych pętli jelitowych i dosięga nareszcie jamy Douglasa, a wśród następowych zlepów pętli tworzą się dalsze ogniska ropne.

Rotter sądzi, że w ten sposób co najwyżej tłómaczyć można powstawanie ropni w jamie Douglasa w tych przypadkach, gdzie wyrostek robaczkowy tkwi w miednicy małej; tam zaś, gdzie wyrostek leży zdala od siedziby ropnia, przyjmuje ten autor taki bieg rzeczy, że przebicie wyrostka następuje do wolnej jamy brzusznej, że tamże wylewa się swobodnie treść zakaźna i spływa według prawideł siły ciężkości w najniższe miejsca, a więc do jamy Douglasa. A również wszędzie tam, gdzie pierwiastki zakaźne zatrzymują się w większej ilości, powstają równocześnie ropnie, a więc w otoczeniu przebitego wyrostka, dokąd z otworu przebicia sączy się dalej jad zakaźny, dalej w zatokach lędźwiowych itd.

Drugi sposób powstawania ropni w jamie Douglasa jest według poglądu Rottera ten, że wysięk surowiczy, otorbiony w jamie Douglasa, ulega zropieniu. W przebiegu bowiem świeżego ropienia, ograniczonego wyłącznie do okolicy wyrostka robaczkowego, powstaje zazwyczaj w jamie brzusznej wysięk wolny, surowiczy. Płyn ten siłą ciężkości zbiera się głównie w jamie Douglasa i zrazu zupełnie jałowy, może uledz następnie zakażeniu, czy to z ogniska pierwotnego, czy też nawet z jelita, skutkiem przewędrowania drobnoustrojów.

Rozpoznanie ropni usadowionych w jamie Douglasa udaje się przez obmacanie powłok brzusznych dopiero wówczas, gdy ropnie te przy dalszym wzroście wysuną się z miednicy małej ku górze i zbliżą się do ściany brzusznej powyżej spojenia łonowego lub więzów Pouparta. Jak długo są one małe, leżą ukryte w miednicy małej i uchodzą świadomości badającego przez powłoki brzuszne. Również tam, gdzie równocześnie z ropniem w jamie Douglasa istnieją jeszcze inne ogniska ropne, obmacanie przez powłoki brzuszne nie wyświetla prawdziwego stanu rzeczy, gdyż ropień w jamie Douglasa wobec oporności ponad nim leżących ognisk ropnych uchyla się od wybadania.

Jedynie tylko badanie przez odbytnicę daje możność należytego rozpoznania, gdyż w przypadkach ropni w jamie Douglasa znajdujemy wybitne wypuklenie przedniej ściany odbytnicy powyżej gruczołu krokowego o zbitości elastycznej albo chełboczącej, lub stwierdzamy przynajmniej bolesną oporność przedniej ściany odbytnicy.

To też badanie przez odbytnicę w każdym bez wyjątku przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego winno stać się zasadą, której zaniedbanie sprowadza niejednokrotnie przykre niespodzianki dla obserwującego, dla chorego zaś groźne następstwa.

Co do leczenia ropni, mieszczących się w jamie Douglasa, to razem z rozpoznaniem ich niewątpliwem nasuwa się konieczność wydalenia ropy na drodze operacyjnej, zważywszy, że każde, nawet najmniejsze ognisko ropy zakaźnej w jamie brzusznej, chociażby jak najdokładniej otorbione zrostami, może przebić się nagle do wolnej jamy brzusznej i sprowadzić wszystkie następstwa najcięższego zapalenia otrzewnej z przebicia. Przykładów podobnych niestety nie brak.

[1] Według odczytu wygłoszonego podczas XI-go Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie.

Drogi, na których można dosięgnąć i opróżnić ropień leżący w jamie Douglasa, są liczne. U kobiet otwierano je już dawniej przez pochwę, nacinając sklepienie tylne; Monod i Vauverts obrali drogę kulszo-odbytniczą *(ischiorectalis)*, dodając przeciwcięcie w pochwie; Koch, Port i Hochenegg zalecają cięcie przykrzyżowe, tak jak do wyłuszczenia górnych odcinków odbytnicy.

Stieda z kliniki Eiselsberga w Królewcu opisuje dwa przypadki, w których z cięcia na kroczu, torując sobie drogę między pęcherzem i odbytnicą, opróżniono wielkie ropnie z jamy Douglasa sięgające aż do pępka. Rotter w pierwszych 7-miu przypadkach postępował z krocza aż ku załamkowi otrzewnej, i w tym kierunku opróżniał ropnie z jamy Douglasa; później jednak, ze względu na trudności techniczne i silne krwawienie, jakie szlak ten sprowadza wznowił zapomnianą już i zniesławioną drogę przez odbytnicę, zaleconą pierwotnie przez Grassera, i tą wyłącznie opróżnia rzeczone ropnie. Postępuje przytem tak, że bez wziernika i usypiania chorego, pod przewodnictwem palca, wprowadza do odbytnicy długą igłę punkcyjną, okrytą na szczycie kapturkiem i wkłówa ją w miejscu najsilniejszego wypuklenia się ściany kiszki, poczem łączy igłę ze strzykawką i aspiruje treść z jamy Douglasa. Stwierdziwszy ropę wsuwa na igłę kleszczyki Landaua, przebija niemi ścianę odbytnicy i roztwierając ich ramiona, rozszerza otwór w ścianie kiszki. Przy postępowaniu tem nie spostrzegał nigdy silniejszego krwotoku, ani nie wyrządził choremu obrażenia ubocznego; nigdy nie stwierdził, aby jelita przylegały do przedniej ściany odbytnicy.

Oględniej postępuje Garré, z którego kliniki ogłosił Langemak 7 przypadków ropni w jamie Douglasa, operowanych przez odbytnicę. Tu pod kontrolą wziernika odsłania się możliwie najdokładniej pole operacyjne, poczem na małej przestrzeni i powierzchownie nacina się ścianę odbytnicy, a tępe kleszcze, wsunięte w otwór powstały z nacięcia, dokonują na tępo rozdarcia do reszty ściany kiszki i otwarcia samego ropnia w jamie Douglasa. Leczenie następowe jest też zasadniczo różne: podczas gdy Rotter żadnego leczenia pooperacyjnego nie prowadzi, uważając je za zbyteczne i przestrzega przed stosowaniem lawatyw, ułatwiających dostawanie się cząstek kałowych do jamy ropnia, w klinice Garrégo pozostaje sączek okryty gazą jodoformową i sterczący z odbytnicy tak długo w jamie ropnia, dopóki jama się nie skurczy i nie zmniejszy się ilość wydzieliny ropnej. Dla ułatwienia odpływu ropie służą codzienne przepłókiwania sączka, a po upływie 5—6 dni stosuje się wlewania do kiszki odchodowej. (Dok. nast.).

II. Z sali mamek i osesków szpitala św. Ludwika pod dyrekcyą Prof. Dra Jakubowskiego w Krakowie.

Kwaśna niestrawność jelitowa u dzieci karmionych piersią.

(Dyspepsia intestinalis acida lactatorum).

Napisał

Dr. Jan Raczyński,

Doc. pedyatryi w U. J.

(Dokończenie).

Wspomniano powyżej, że przy oznaczaniu kwasów tłuszczowych wolnych, oznaczano także ilość tłuszczu zawartego w kale. Wiadomo, że tłuszcz znajduje się zawsze w kale dzieci karmionych pokarmem kobiecym, a ilość jego tutaj, zależy od ilości tłuszczu w pokarmie, jak również od mniejszej lub większej zdolności wyzyskania tłuszczów w przewodzie pokarmowym. W naszych przypadkach, przy karmieniu dwojga dzieci jednym pokarmem, porównanie odsetka tłuszczu w kale dziecka zdrowego i chorego wskazywało wprost na sprawność jelit pod względem trawienia tłuszczów.

Badanie co do ilości tłuszczów wykazało:

W spostrzeżeniu I. W 100 grm. suchego kału dziecka zdrowego St. K. odsetek tłuszczu wynosił 19·8%; u dziecka J. F., cierpiącego na niestrawność, 28·6%

W spostrzeżeniu II. Dziecko chore A, M. w 100 grm. suchego kału 39·35% tłuszczu; dziecko zdrowe H. M. 17·9%.

W spostrzeżeniu III. Dziecko chore M. K. ilość tłuszczu w 100 grm. such. kału = 27·7%; dziecko zdrowe ilość tłuszczu = 13·9%.

W spostrzeżeniu IV. Mi P. dziecko zdrowe, % tłuszczu w 100 grm. kału = 17·2%, — dziecko chore % tłuszczu wynosi 21·9%.

Porównywując liczby uzyskane przy tych oznaczeniach, widzimy, że odsetek tłuszczu w kale jest zawsze wyższym w przypadkach niestrawności, a stosunek ten zwiększyłby się jeszcze, gdybyśmy dodali ilość tłuszczu rozłożonego, znajdującego się w kale w postaci kwasów tłuszczowych, których wykazaliśmy większą ilość właśnie w przypadkach niestrawności. Na tej też podstawie twierdzić możemy:

4) Podniesiona kwasota treści przewodu pokarmowego utrudnia wyzyskanie tłuszczów.

Zestawmy teraz poszczególne wnioski, a cały obraz cierpienia przedstawi się jak następuje:

W przewodzie pokarmowym zdrowo urodzonego noworodka przychodzi w pewnych warunkach do bujania flory prawidłowej; następstwem tego jest podniesienie się kwasoty treści, co znów odbija się niekorzystnie na ustroju, wywołując cały szereg objawów w części ze strony przewodu pokarmowego, jak: potrzeba częstego oddawania kału, wzdęcia, niepokoje, kolki, w części odbija się na całym ustroju, sprowadzając niedostateczny rozwój, brak przybytku ciężaru ciała, wreszcie wypryski, krzywicę i t. d.

Jakież mogą być warunki, wśród których przychodzi do bujania flory w przewodzie pokarmowym? Takie korzystne warunki wytworzone być mogą przez podawanie dziecku nieodpowiednich pokarmów w pierwszych godzinach po urodzeniu i to nieodpowiednich tak co do składu chemicznego, jak i czystości pod względem bakteryologicznym. Wiadomo, że w sutkach kobiety jeszcze przed i zaraz po porodzie znachodzimy w skąpej ilości płyn o wysokim odsetku białka (według Pfeiffera 9·756%), a skąpej ilości tłuszczu (2·594%), cukru (2·762%). Pytanie, w ile godzin po urodzeniu się ma dziecko dostać pierwszy i jaki pokarm różnie bywa rozstrzygane. Troskliwe opiekunki, chcąc oszczędzić matkę i dogodzić dziecku, poją je w pierwszych dniach często i obficie naparem rumianku, koperku, herbaty, naturalnie z dodatkiem cukru, lub co jeszcze gorzej, mleka, lub śmietanki; podają rozmaite ulopki, a nawet środki przeczyszczające. Tymczasem według Kellera już sam dodatek cukru może nie być dla ustroju obojętny, tem więcej dodatek mleka i t. p.

Roztrząsając sprawę pierwszego pokarmu dla noworodka, przytaczają Czerny i Keller spostrzeżenie Jensena, który zauważył, że cielęta, karmione zaraz po urodzeniu mlekiem gotowanem, zapadały i ginęły na chorobę

przewodu pokarmowego; — przystawiane zaś do wymion pierwszego dnia, po odsaniu siary, znosiły dobrze późniejsze karmienie mlekiem. Dochodząc przyczyny tego zjawiska, wykazano doświadczalnie, że przyczyną chorób w tym razie był prątek okrężnicowy *(bacterium coli)*, na który cielęta nieotrzymujące siary, w pierwszych godzinach życia bardzo były wrażliwe. Czy nie możemy również dobrze twierdzić, że to samo znaczenie ochraniające ma siara dla przewodu pokarmowego noworodka, kto wie nawet, czy nie idzie tu o niekorzystny wpływ tego samego drobnoustroju?

Znakomity klinicysta Widerhofer zauważył, jak to już wyżej zaznaczono, że te dzieci zapadają najczęściej na niestrawność wśród opisanych objawów, które po urodzeniu dostały odrazu mleko i to najczęściej mleko kobiety, będącej już pewien czas po porodzie, mleko mamki. W ten sposób znajdujemy w klinicznej obserwacyi potwierdzenie wyrażonych zapatrywań, t. j., że pewne warunki wpływają korzystnie na rozwój bakteryj w przewodzie pokarmowym. Z drugiej strony tu możemy szukać początku zapatrywań o niedobranym pokarmie.

Do tej grupy przyczyn zaliczyć nam też należy za obfite przyjmowanie pokarmu przez oseska. Przekarmianie uważa dziś największa liczba klinicystów za przyczynę niestrawności; zapatrywanie to zgadza się w zupełności z naszem pojęciem tego cierpienia, bo jasną jest rzeczą, że przedostający się w większej ilości pokarm, a dla swej ilości niedostatecznie nasycony sokami trawiennymi, stanowi dobrą pożywkę, na której hodować się mogą drobnoustroje.

Przyczyna nadmiernego rozwoju prawidłowej flory leżeć też może w ustroju samym, a mianowicie w niedostatecznym jego rozwoju.

Nie może ulegać wątpliwości, chociaż wykazanem nie zostało, że działanie soków trawiennych, jak kwas solny, żółć, sok trzustki i t. d., którym także przypisujemy działanie niszczące lub wstrzymujące rozwój drobnoustrojów w przewodzie pokarmowym, będzie mniej wydatne wtedy, jeśli równomiernie z niedostatecznym rozwojem ustroju i rozwój gruczołów trawiennych będzie niezupełny. Przypuszczenie to znajduje potwierdzenie w spostrzeżeniach klinicznych, które pouczają, że na niestrawność najczęściej cierpią dzieci słabo rozwinięte, niedonoszone, jak również ulegają jej dobrze rozwinięte dzieci z reguły w pierwszych tygodniach życia, bo i u nich wtedy mniej wydatne działanie gruczołów przypuszczać możemy. W ten sposób tłómaczyć by też można dobrowolne ustępowanie choroby po upływie pewnego czasu (ogół powiada, że dziecko krzyczy 6 lub 12 tygodni).

W końcu jeszcze kilka słów o leczeniu. Wyznać należy, że w cierpieniu, o którym mowa, używane środki lecznicze najczęściej chybiają celu. Wezwani do danego przypadku, zapisujemy kwas solny, lub kalomel, lub też środki wiążące kwasy, jak woda wapienna, fosforan wapniowy *(pulv. lapidum cancrorum)* i t. d. Wszystkie te środki rzadko kiedy odnoszą skutek; częściej cierpienie ustępuje mimo leczenia; najwięcej uzasadnionem byłoby podawanie środków odkażających w jelitach, lub alkaliów rozwijających swe działanie dopiero w jelicie grubem. Szkoła wrocławska podaje tym dzieciom małe dawki chloralu kilka razy na dobę, a to aby uśmierzyć napady kolki u dziecka i umożliwić przeprowadzenie karmienia co 3 godziny.

Moje doświadczenie nauczyło mnie, że czasami ustępuje niestrawność po podaniu dawki (1,00 grm. 2 razy na dobę) mleka krowiego; przypisuję to działaniu sernika, dlatego też, chcąc uniknąć trudności, jakie się łączą z podawaniem mleka krowiego dziecku karmionemu piersią, w kilku przypadkach podawałem czysty sernik mleka krowiego, tak zwaną dawniej eukazynę, teraz nutrozę, a wyniki osiągnięte zachęcają do dalszych prób w tym kierunku.

Piśmiennictwo. Biedert: Die Kinderernährung im Säuglingsalter. 1900. Blauberg: Experimentelle u. kritische Studien über Säuglingsfäces bei natürlicher u. künstlicher Ernährung. 1807. Brudziński: Rola drobnoustrojów w chorobach przewodu pokarmowego niemowląt. Gazeta lekarska. 1901 5, 6. Czerny i Keller: Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen u. Ernährungstherapie. I. II. III. 1902. Filatow: Traitement de la dyspepsie des nourissons élevés au sein. Annales de médecine et ch. 1901. 12. Gerhardt: Handbuch der Kinderkrankheiten IV. 2. Gregor: Der Fettgehalt der Frauenmilch u. die Bedeutung der physiologischen Schwankungen desselben in Bezug auf das Gedeihen des Kindes 1902. Jakubowski: O niestrawności u niemowląt (Dyspepsia infantum). Przegl. lek. 25—33. 1864. Kamieński: O właściwościach fizyologicznych ustroju dziecięcego w stosunku do patologii i terapii. Keller A.: Kranke Kinder an der Brust. Jahrbuch für Kinderheilkunde 53. Marfan: Die Überfütterung mit Milch. etc. Archiv für Kinderheilkunde 1901 Morro: Ueber Staphylococcenenteritis der Brustkinder. Jahrbuch f. Kinderheilk. T. 52. Papiewski: O karmieniu niemowląt 1895. Schlossmann: Zur Frage der nat. Säuglingsernährung. Arch. f. Kinderheilk. XXX. Schreiber: Die Krankheiten der Verdauungsorgane im Kindesalter. 1902. Sommer: Die Prinzipien der Säuglingsernährung. 1901.

III. **Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. lwowskiego Prof. Dra Marsa.**

Ciąża, poród i połóg u osób obarczonych wadą serca.

Skreślił

Dr. Rudolf Brejter,

asystent kliniki.

(Dokończenie).

Streszczając nasze zapatrywania na pojedyncze sprawy zachowania się lekarza podczas porodu powikłanego wadą serca niewyrównaną, zaznaczam raz jeszcze, że stoimy na stanowisku w całem tego słowa znaczeniu zachowawczem. Nie staramy się zatem wcale o skrócenie fizyologicznego trwania pojedynczych okresów porodu, — skracając bowiem jeden okres, przedłużamy przez to drugi i stwarzamy warunki nieprawidłowe; — wykonując zaś jakiś zabieg w celu skrócenia czasu trwania porodu, wprawdzie osiągamy cel zamierzony, — z drugiej jednak strony wywołujemy mimowoli znaczne wahania w ciśnieniu krwi, — czemu właśnie powinniśmy zapobiedz jako najszkodliwszemu czynnikowi na serce. Zasadą zatem: „rasch und schonend“ kierowaliśmy się o tyle, iż przy miednicy prawidłowej lub nieznacznie ścieśnionej, używaliśmy wygniatania płodu zapomocą opasek brzusznych lub sposobem Kristellera, przy ścieśnieniach zaś, lub gdy wystąpiły inne wskazania, uciekaliśmy się do kleszczy. W przypadkach znaczniejszego niestosunku porodowego przystąpiłbym raczej do wymóżdżenia płodu, niż do obrotu i ekstrakcyi. Przypadków znaczniejszego ścieśnienia miednicy nie mieliśmy między naszymi przypadkami wad serca niewyrównanych.

Zapatrywania co do sprawy używania chloroformu przy zabiegach operacyjnych są również podzielone. Winkel Guérard nie widzą w tem żadnego niebezpieczeństwa Lwoff radzi używać chloroformu aż do stanu podniecenia Philipps, Roesger są przeciwnikami chloroformu. W na

szych kilku przypadkach stosowaliśmy uśpienie chloroformowe bez złych następstw, zwłaszcza, iż doświadczenie nas uczy, że rodzące przy zużyciu najmniejszej ilości chloroformu z łatwością usypiają. Nie ulega jednak wątpliwości, iż należy tylko wyjątkowo, i z jaknajwiększą ostrożnością postępować; w każdym jednak razie ostrożne użycie chloroformu mniej przyniesie szkody, niż wpływy psychiczne i bóle, na jakie rodzącą narażamy przy cięższych operacyach położniczych.

Po porodzie, w razie krwotoku podawaliśmy bezkarnie przetwory sporyszu. Środek ten, — jak wiadomo, wywołując zwężenie naczyń, zwiększa opory w krążeniu; z drugiej jednak strony liczyć się musimy z tem, że lek ten, podany tuż po porodzie, t. j. w chwili największego spadku ciśnienia, potęgowanego jeszcze bardziej krwotokiem, wywołać może wskutek zwężenia się naczyń zaledwie bardzo nieznaczne podwyższenie się ciśnienia. Tego wyniku działania obawiać się zupełnie nie potrzebujemy. Wtórorzędne działanie polega na następowym spadku ciśnienia i w tem działaniu upatrują autorowie niebezpieczeństwo wystąpienia zapadu. U wielu chorych naszych stosowaliśmy bez żadnych złych następstw przetwory sporyszu i to w dość dużych dawkach; dlatego też śmiało możemy je zastosować, a to temwięcej, iż tuż po porodzie, prawie równocześnie podajemy, jak wyżej wspomniałem, w większej ilości środki podniecające. Gusserow, Guérard, Schlayer i inni radzą podawać przetwory sporyszu li tylko z środkami podniecającymi.

Postępowanie nasze w połogu powinno dążyć przedewszystkiem do tego, by zapewnić chorej bezwzględny spokój; powtóre zwrócić należy baczną uwagę na dyetę, która powinna być w pierwszych dniach ściśle przestrzeganą i składać się z pokarmów płynnych jaknajpożywniejszych, ilościowo jednak skromnych. Dlatego też radziłbym podawać takim chorym rosół silniejszy z żółtkiem, dalej mleko ile możności podwójne, lub nawet potrójne, winną polewkę z żółtkami itd. Prócz tego niezbędnem jest w niektórych przypadkach cięższych podawanie środków sercowych, — w lżejszych zaś — środków podniecających. W ten sposób postępując, znikają stosunkowo dość szybko wybitne obrzęki, białko z moczu i inne objawy niedomogi, a serce przychodzi powoli do swej równowagi. Chora powinna dłuższy czas, jak to zwykle jest przyjętem w połogu, przebywać w łóżku. Co się tyczy kwestyi karmienia, z którą nawiasem mówiąc nigdzie się nie spotkałem, to takiej chorej powinno się karmienia stanowczo odradzać.

Przystępuję obecnie do rokowania i rozpatrzenia stopnia niebezpieczeństwa wad pojedynczych zastawek. Najczęściej mieliśmy do czynienia z niedomykalnością zastawki dwudzielnej: na 33 przypadków było ich 18, następnie 9 przypadków niedomykalności połączonej ze zwężeniem ujścia żylnego lewego, dwa przypadki czystego zwężenia ujścia żylnego lewego, dalej dwa zwężenia ujścia tętniczego lewego, jeden przypadek niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty i jeden przypadek wad mięszanych, t. j. zastawek aorty i dwudzielnej. Prócz tego znajduje się między tymi jeszcze kilka przypadków powikłanych wad serca z zapaleniem przewlekłem osierdzia. Znaną jest rzeczą i wszyscy autorowie prawie jednogłośnie uznają groźne niebezpieczeństwo zwężenia ujścia żylnego lewego. Z dwóch naszych przypadków nie możemy o tem sądzić; oba bowiem przebiegały nadzwyczaj szczęśliwie; zauważyć jednak można było, iż już w bardzo wczesnej stosunkowo ciąży poczęły dawać się we znaki, — w obu bowiem przypadkach objawy niedomogi, aczkolwiek nieznaczne, występowały już na początku drugiej połowy ciąży. Przy niedomykalności zastawki dwudzielnej objawy niedomogi w naszych przypadkach występowały bardzo późno, — zwykle przy końcu ciąży, lub w ostatnich miesiącach, a chociaż bardzo uporczywe i wybitne, z chwilą porodu ustępowały bardzo szybko. Spostrzeżenia Spiegelberga, jakoby wady zastawek półksiężycowych aorty zbyt łatwo sprowadzały objawy niedomogi podczas ciąży i dochodziły do bardzo groźnych zaburzeń podczas porodu, nieudało mi się sprawdzić na naszych czterech chorych. Jess na podstawie 6 przypadków wad zastawek aorty również nie podziela zapatrywań Spiegelberga; Lwoff zaś powiada: „les vices des valvules aortiques seront d'une grande importance pendant la grosseusse". Sądząc z tego, co powiedzieliśmy, nie możemy bezwzględnie rokować źle lub dobrze z umiejscowienia, lub z rozciągłości wad zastawkowych (wyjąwszy może przy zwężeniu ujścia żylnego lewego); rokowanie nasze opierać się powinno li tylko i jedynie na całości mięśnia sercowego, gdyż jak z jednej strony wybitne zmiany na kilku za zastawkach przy zdrowym, niezwyrodniałym mięśniu sercowym mogą powodować nieznaczne objawy niedomogi, — tak z drugiej strony nieznaczne zmiany przy mięśniu wyniszczonym i złem odżywieniu chorej doprowadzić mogą do poważnych następstw.

W ogólności na podstawie naszego materyału powiedzieć możemy, iż rokowanie przy wadach serca bez powikłań wśród ciąży, porodu i połogu nie przedstawia się tak groźnie, jak niektórzy autorowie sądzą. Guérard np. wypowiada zdanie, iż w poliklinice Martina najcięższe powikłania podczas ciąży stanowią wady serca i dają gorsze wyniki, niż przy drgawkach i przy łożysku przodującem (?!) W rzeczywistości jednak zapatrywanie to jest zbyt pesymistyczne i jednostronne. Pesymizm prognostyczny w przypadkach wad serca wśród ciąży wywodzi swe istnienie od tych autorów, którzy na podstawie swych kazuistycznych niepomyślnych przypadków budują wnioski zbyt jednostronne, podporządkowując ogół przypadków pod jeden niepomyślny mianownik, zawdzięczający swe powstanie przypadkowemu zbiegowi okoliczności.

Nie chcąc jednak narażać się na zarzut, iż zająłem stanowisko zbyt optymistyczne, zaznaczyć muszę, iż i tu musimy rozróżnić rozmaitego rodzaju odcienie w rokowaniu. Rokowanie nasze znacznie będzie gorsze, jeśli mamy do czynienia ze sprawami zapalnemi przewlekłemi, toczącemi się w samym mięśniu sercowym, dalej wówczas, jeśli prócz wady serca istnieją inne powikłania, jak gruźlica płuc, zapalenie przewlekłe nerek, nareszcie jeśli mamy do czynienia nie z pierwszą dopiero ciążą u chorej, a przy poprzednich już występowały groźne objawy niedomogi. Również rokowanie nasze będzie gorsze, jeśli mamy do czynienia ze świeżem lub powrotnem zapaleniem wsierdzia *(endocarditis recurrens)*, jeśli u rodzącej występuje zator tętnicy, lub udar mózgowy. Wszystkie te czynniki mogą wpływać ujemnie na rokowanie, które nawet w niektórych przypadkach może być wprost złe. Z tego jednak nie możemy brać miary ogólnej i muszę stanowczo zaznaczyć na podstawie statystyki kliniczne

cznej, iż nie możemy uważać ciąży wśród czystych wad serca za czynnik wprost niekorzystny i zabójczo wpływający na mięsień sercowy.

Przystępując obecnie do ostatniego punktu, t. j. do sprawy zezwolenia chorej z wadą serca na małżeństwo, względnie — jakie stanowisko zająć powinien lekarz o to pytany, zastanowić się musimy nietylko nad samą wadą serca, lecz również wziąść w rachubę i inne czynniki dalsze, dotyczące odpowiedniej osoby.

Sąd bowiem w tej kwestyi jest zbyt poważny, a wyrok nasz rozstrzyga nieraz o całem życiu odpowiedniej jednostki. W przypadkach jasnych, pewnych, wyrok nasz również będzie stanowczy i kategoryczny; — w wielu jednak ograniczyć się musimy do pewnego rodzaju przestrogi i zwrócić chorej szczególniejszą uwagę na zapobieganie, które jeśli gdzie, to w takich przypadkach święci swe tryumfy.

Chcąc zatem, by sąd nasz wypadł słusznie, musimy przedewszystkiem mieć na względzie trzy główne stopnie przypadków, i tak przypadki:

1) z wadami zupełnie wyrównanemi,

2) w wadami, dającemi się często we znaki przy lada jakich wzruszeniach fizycznych i moralnych,

3) z wadami wśród powikłań, jakoto: gruźlica płuc, zapalenie przewlekłe nerek i t. p., lub ze zmianami w samym mięśniu sercowym.

Nad wadami zupełnie wyrównanemi zastanawiać się nie będę: — tu odrazu przyzwolimy na małżeństwo. Inaczej cośkolwiek rzecz się przedstawi, jeśli mamy do czynienia z przypadkami, wyszczególnionymi pod 2); tu bowiem i inne czynniki w grę wchodzą, — dlatego tu należy bardziej indywidualizować. I tak względniejsi być możemy w wydawaniu naszego sądu: u osób materyalnie dobrze położonych, mogących się szanować i pozwalać sobie na wszelkie wygody, a podczas ciąży i połogu pędzić życie ile możności bezczynne. Inaczej rzecz się przedstawi, jeśli pacyentka, którą los rzucił między szare masy tłumu roboczego, szuka u nas porady. Tu na ostrożność i zapobieganie liczyć nie możemy; drogowskazem dla nas musi być li tylko stan serca i ogólny stan chorej. Chorą taką należy przestrzedz przed grożącem jej niebezpieczeństwem; w przypadkach zaś z cięższymi objawami niedomogi mamy prawo nie zezwolić, względnie być przeciwnymi małżeństwu.

Rodzaj wady odgrywa tu pewną rolę i wpływać może na nasz sąd. Przeważna część autorów, jak wyżej wspomniałem, przestrzega przed niebezpieczeństwem, grożącem przy zwężeniu ujścia żylnego lewego; a zatem w tych przypadkach należy postępować z większą ostrożnością, — dokładnie rozważyć wszystkie *pro* i *contra*, które przechylą szalę naszego sądu na tę lub na ową stronę. W każdym jednak razie, jeśli sąd nasz jest przyzwalającym, należy przestrzedz taką chorą przed ciążą następną.

Nie ulega wątpliwości, iż jeśli mamy do czynienia z przypadkiem, kwalifikującym się do grupy trzeciej, — to bezwarunkowo sprzeciwimy się i nie zezwolimy na związek małżeński.

Postępując według przytoczonych wskazówek, nieraz uda się nam uniknąć gorzkich wymówek i żalów; — a chociaż w większej części przypadków sąd nasz nie będzie wysłuchany, — to w każdym razie jesteśmy pokryci — i nieraz bodaj w cichości ducha przyznaną nam będzie słuszność.

Kończąc niniejszą pracę, niech mi wolno będzie na tem miejscu złożyć podziękowanie memu Czcigodnemu Szefowi Profesorowi Marsowi za udzielenie mi cennych wskazówek i za odstąpienie materyału klinicznego do niniejszej pracy.

IV Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra Ludwika Rydygiera we Lwowie.

O wynikach po operacyach doszczętnych przepuklin.

Podał

Dr. Feliks Hahn,

c. k. lekarz pułkowy przydzielony do kliniki.

(Dokończenie).

Ostateczne wyniki po operacyach doszczętnych śledzić mogliśmy tylko w pewnej części przypadków.

W przypadkach naszych zastosowano metodę:

1) Bassiniego (wzgl. modyf. Postempskiego) 122 razy
2) Kochera („ „ II-gą i III-cią) 46 „
3) różne metody inne 25 „

193 razy

Osiągnięte wyniki uwidocznia następująca tablica:

Operatio radicalis modo	H. lib.		H. irrep.		H. incarc.		Razem	
	wylecz. trwałe	recyd.	wylecz. trwałe	recyd.	wylecz. trwałe	recyd.	wylecz. trwałe	nawrót.
Bassini	12	—	—	—	8	—	83	7
Bassini-Postempski	43	5	5	—	15	2		
Kocher, modyf. II.	14	1	—	—	—	—	40	2
Kocher, modyf. III.	23	1	—	—	3	—		
rózne sposoby	6	4	2	—	1	1	9	5
Razem	98	11	7	—	27	3	132	14

Z zestawienia tego wynika, że w ogólności w 9·6% po operacyi doszczętnej przepuklin pachwinowych nastąpił nawrót cierpienia. W szczególności zaś: po operacyi Bassiniego, wzgl. jej modyfikacyi przez Postempskiego, było 7·8% nawrotów, po operacyi sposobem Kochera 4·8%. Liczby te zdają się przemawiać bardzo za metodą Kochera, w przeciwieństwie do ogłoszeń innych autorów, którzy mniej więcej jednakie osiągali wyniki tak po operacyi Bassiniego, jak i po metodzie Kochera.

Tak np. po operacyi doszczętnej sposobem (zasadniczym) Bassiniego podają nawrotów przepukliny:

Lebensohn [4]) . . . . 2·8%
Brenner [52]) 5.9%
Stajner [9]) . . . . . 9·2%
Franz [12]) . . . . . 6·4%
Coley [28]) . . . . . . 0·91%
Andrews [30]) . . . . . 5·0%
Galeazzi [31]) . . . . . 5·99%
Bloodgood [27]) . . . . 5·6%
Remedi [32]) . . . . . 2·42%
Hirschkopf [34]) . . . . 4·4%

a Franz [12]) oblicza przeciętnie 4·7%.

Po operacyi Kochera:

Lebensohn [4]) w 3·6%
Bernhardt [29]) „ 15%
Galeazzi [31]) „ 5·02%
Hirschkopf [24]) „ 2·5% wzgl. 1·2%.

Porównajmy jednak te metody i z innych punktów

widzenia. Przebieg pooperacyjny po obu operacyach przedstawia się jednako. Również po obu metodach zwykle potrzeba takiego samego czasu do wygojenia się ran, — przeciętnie 7—10 dni. Jednakowoż po tym czasie możemy chorych operowanych sposobem Kochera śmiało wypisać z kliniki, zalecając im jedynie czasowe wstrzymanie się od cięższych robót, podczas gdy operowanych sposobem Bassiniego trzymać należy w łóżku stale przez 3—4 tygodni a nawet dłużej, by się doczekać dokładnej konsolidacyi blizn w powłokach brzusznych. Wreszcie pod względem możliwych powikłań zwłaszcza ze strony narządu oddechowego, obie metody dają równe widoki.

Graser[23]) wymaga od nowoczesnej metody operacyjnej przepuklin, aby 1) worek przepuklinowy mógł być możliwie wysoko podwiązany; 2) by brama przepuklinowa mogła być dokładnie zamknięta; 3) rana pooperacyjna wygoiła się przez rychłozrost bez pozostawienia rozległych blizn; 4) technika operacyjna była możliwie prostą; 5) i by nie zachodziła konieczność operowania w głębi na ślepo.

Któraż z tych dwóch wyżej omówionych metod odpowiada w całości lub w większej części tym wymaganiom?

W całości — żadna: jednak metoda Kochera ma większą liczbę stron dodatnich za sobą, niż metoda Bassiniego. W metodzie Kochera nie zostaje przedewszystkiem spełnionym warunek zupełnego zamknięcia bramy przepuklinowej. Ta jednak słaba strona tej metody znacznie traci na znaczeniu przez to, że *locus minoris resistentiae* w otrzewnej zostaje przemieszczony ku górze i wszczepiony w odporne ściany. W metodzie Bassiniego zaś zamykamy wprawdzie dokładnie ujście kanału pachwinowego, lecz pozostawiamy w powłokach brzusznych długą bliznę, która, poddając się z czasem parciu śródbrzusznemu, rozszerza się, powłoki brzuszne w tem miejscu wypuklają się, jak to kilkokrotnie miałem sposobność spostrzegać u chorych, dawniej już tą metodą operowanych, a blizna taka stanowić może punkt wyjścia dla nowej przepukliny *(hernia ventralis)*. Nadto metodzie Bassiniego brak owej prostoty w technice, tak właściwej sposobowi Kochera.

Na niekorzyść metody Bassiniego zapisuje Grosse[13] i to, że metoda ta wymaga wielu i dokładnych szwów, przez co tkanki łatwo mogą uledz obumarciu i łatwo przyjść może do ropienia w szwach. Ostatnia ta okoliczność wywołała ze swej strony cały szereg metod, mających ułatwić wyjęcie szwów zapuszczonych, metod, które w naszej klinice są bezprzedmiotowe, gdyż szyjemy stale, jak już wspomniałem, katgutem. Temu jednakże zaprzeczyć nie można, że metody Kochera nie można zastosować w każdym przypadku, tak jak metodę Bassiniego. Sam bowiem Kocher podnosi, że dla jego metody nadają się tylko te przypadki „gdzie przepukliny nie są zbyt wielkie, a worek nie gruby“.

Szukając przyczyn, które spowodowują nawrót cierpienia po operacyi doszczętnej, położyć należy na pierwszem miejscu: późny wiek, podupadły stan fizyczny zdrowia, wielkie przepukliny powikłane, zropienie rany, kaszel, gwałtowny śmiech i t. p. Pamiętając o tych przyczynach nawrotów przepuklin, można obmyślić sobie wskazanie do operacyi doszczętnej.

Jeszcze w roku 1888 oświadczył Socin, że istnieje jedno tylko wskazanie do operacyi doszczętnej przepukliny wolnej, t. j. bezskuteczne używanie paska przepuklinowego. Wyniki osiągnięte w ostatniem dziesięcioleciu pozwalają jednak nierównie naprzód posunąć granice wskazań.

Dziś uznajemy następujące wskazania: 1) bezskuteczne używanie paska przepuklinowego; 2) niemożność odprowadzenia przepukliny i kilkakrotnie powtarzające się uwięźnięcie; 3) dolegliwości, jakie przepuklina sprawia, życzenie chorego i względy socyalne.

Przeciwwskazaną jest operacya u ludzi o lichym stanie ogólnym i przy cierpieniach narządów koniecznych do życia. Późny wiek sam przez się nie daje przeciwwskazania do podjęcia operacyi doszczętnej. Kiedy jednak, jak to doświadczenie poucza, u takich operowanych nawroty są częste, lepiej przepuklin wolnych u starców nieoperować.

Dzieci w klinice Rydygiera operowano bardzo mało. Doświadczenie bowiem poucza, że przepukliny u nich pod dobrym i dobrze założonym paskiem wygoić się mogą same.

Wielu jednak chirurgów operuje i dzieci (Wirt[38], Coley[39], Maass[40], Karewski[44], Eceles[45], Bittner[47] i t. d.). Wyniki po operacyach doszczętnych, nawet przy użyciu jak najprostszych metod, mają być świetne. Przytoczeni autorowie zestawiają następujące wskazania: 1) bezskuteczne leczenie paskiem; 2) przepukliny nie dające się odprowadzić i uwięźnięte; 3) powikłania wodniakiem jąder, wynicowaniem pęcherza i t. p.; 4) względy socyalne.

Na wiek dzieci, w którym należy przystąpić do operacyi, nie wszyscy ściśle się godzą: jedni operują już w 2. r życia, inni czekają do 5-go: Fraenkel[48]) przemawia za tem, aby operować już w 1-szym r. życia, o ile osesek jest zupełnie zdrowy.

W przypadkach przepuklin uwięźniętych wykonano następujące operacye:

Operacya	Wyleczenie	Śmierć	Razem
Herniotomia	3	10	13
„ *et operatio radicalis h.*	40	—	40
„ *et anus praeternaturalis*	—	2	2
„ *et resectio intest. primaria*	1	7	8
„ *et resectio int. prim. et oper. radic.*	1	—	1
„ *et resectio int. secund.*	—	1	1
Repositio in narcosi	2	—	2
„ „ „ *et operatio radicalis*	1	—	1
Herniolaparotomia et operatio radicalis	1	—	1
„ *et anus praeternatur.*	—	1	1
„ *et resectio int. prim.*	—	1	1
Razem	49	22	71

Znaczny odsetek przypadków śmiertelnych tłómaczy się głównie tem, iż większość chorych zgłaszała się do kliniki z przepukliną uwięźniętą już od kilku dni, gdy wszelkie zabiegi różnych lekarzy z „Bożej łaski“ okazały się bezskutecznymi, jakkolwiek nie pozostawały bez następstw, jak o tem świadczyły nierzadko olbrzymie podskórne wylewy krwi.

2. Przepukliny udowe. Przepuklin tych spostrzegano w naszej klinice 51 przypadków, u 6 mężczyzn i 43 kobiet, 27 razy po stronie prawej,

20 „ „ „ lewej,

2 „ „ obu stronach. Wyniki, jakie osiągnęliśmy przez operacye doszczętne, nazwać można znakomitymi.

Na 23 bowiem przypadków zbadanych w 1 tylko (a więc 4·2%) stwierdziłem nawrót.

Znalazłem jednak zaledwie w kilku przypadkach dokładniej opisaną metodę operacyjną; nie mogę więc zająć się bliżej sprawą wyboru sposobu operacyjnego.

Zresztą nie ma nawet istotnej potrzeby, aby szczegółowo rozważać zalety tej lub owej metody. Nasze przypadki, jak niemniej wyniki, które znalazłem w dostępnem mi piśmiennictwie, zdają się świadczyć o tem, że każda z metod może dać w skutkach jak najlepszy wynik. Jedni zalecają operacyę Bassiniego, drudzy Kochera, inni chwalą różne operacye plastyczne: Salzera (wytworzenie płatu z powięzi łonowej *(fascia pectinea)*, Schwartza (zamknięcie bramy płatem z mięśnia przywodzącego mniejszego), Davisa (płat mięśniowy z m. łonowego), lub najświeższa Ullmanna (płat z tkanki łącznej podskórnej) itd.

W niżej umieszczonej tablicy uwidoczniamy wyniki osiągnięte przy uwięzniętych przepuklinach udowych:

Operatio	Wyleczenie	Śmierć	Razem
Herniotomia	4	3	7
„ *et anus praeternatur.*	1	4	5
„ „ *resect. int. prim.*	5	2	7
„ „ „ „ „ *et oper. rad.*	1	—	1
„ „ „ „ *secund.*	2	—	2
„ „ *oper. radical.*	14	—	14
„ „ *laparotomia*	—	1	1
Herniolaparotomia	2	1	3
Razem	29	11	40

I tu też wysoki odsetek śmiertelności tłómaczy się tymi samymi względami, jak i w przepuklinach pachwinowych.

Nie możemy tu jednak pominąć milczeniem najniebezpieczniejszego rodzaju uwięznięcia przepuklin wolnych, t. j. uwięźnięć t. z. „przepuklin ściennych", znanych także, aczkolwiek niesłusznie, pod nazwą przepuklin Littrego. Ponieważ w przypadkach tych przepuklin uwięznięciu ulega tylko część ściany jelitowej tak, że ściana przeciwległa znachodzi się jeszcze zwykle w wolnej jamie otrzewnowej, objawy uwięznięcia miejscowe i ogólne bywają tak nieznaczne, iż nierzadko stan prawdziwy bywa odkryty albo bardzo późno, albo zostaje całkowicie przeoczony.

W końcu spełniając miły obowiązek dziękuję serdecznie nauczycielowi memu Panu Radcy Dworu Prof. Dr. L. Rydygierowi za odstąpienie materyału klinicznego, a Prof. Dr. B. Kaderowi, obecnemu Dyrektorowi kliniki chirurg. w Krakowie, za pozwolenie porobienia wyciągów z dotyczących historyj chorób.

Piśmiennictwo uwzględnione.

1) A. Schmidt: Die radicale Heilung der Unterleibsbrüche nach der Methode des Dr. C. Schwalb (D. Zeitsch. f. Ch. B. XXXIV, p. 90). 2) Staurenghi: Die Radicalcur der Hernia inguinalis (Allg. Wiener med. Zeitung 1888, pag. 237). 3) Frank: Über die Radicaloperation der Leistenbernien. Wien. 1893. 4) Lebensohn: Radicaloperation der Hernien (D. Zeitschrift für Chirurgie 1898, 48. Band. 5. u. 6. Heft). 5) Maydl: Die Lehre von den Unterleibsbrüchen, 1898. 6) Berger: Über Unterleibsbrüche 1897. 7) Winkelmann: Die Unterleibsbrüche und ihre chirurgische Behandlung. Leipzig 1897. 8) Albert E: Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre 1891. 9) Slajmer E.: Bericht über 150 Radicaloperationen des freien Leistenbruches nach Wölfler (Archiv für klinische Chirurgie LVI Bd. 4. Heft, 1898. 10) Escher: Ueber Bassinis Methode der Radicaloperation der Leistenbrüche. (Langenbecks Archiv XLIII Bd.11) Poullet: Guérison des hernies inguinales et crurales par l'autoplastie tendineuse. (Congrès français de Chir. 1896. ref. im Ctb. für Chirurgie 1897/7 p. 208 12) Franz: Herniologische Beobachtungen. (D. Zeitschrift für Chirrurgie 51. Bd. 1. und 2. Heft, 1899. 13) Grosse L: Zur Radicalbehandlung der Leistenhernien (D. Zeitsch. f. Chir. 57 Bd. 1 und 2. Heft, 1900). 14) Brenner: (Cbl. f. Chirurgie 1898/41). 15) Borchardt-Körte: Über die Trendelenburg-Kraske'sche Operation (Beiträge zur klinischen Chirurgie XX/2). 16) Witzel: (Centralblatt f. Chirurgie 1900/17). 17) Assaky: (Münchener med. Wochenschrift 1898/14). 18) Borchardt M.; Osteoplastischer Verschluss grosser Bruchpforten (Beiträge zur klin. Chirurgie XX. Bd. 2. Heft, 1898). 19) Hackenbruch: Osteoplastische Radical operation für grosse Schenkelbruche. (Beiträge zur klin. Chirurgie. Band XI. 1894). 20) Beek C.: A new operation for inguinal hernia. (Med. news 1899 September 16, ref. im Cbl. für Chir. 1900/8). 21) Witzel O.: Ueber den Verschluss von Bauchwunden und Bruchpforten durch versenkte Silberdrahtnetze (Einheilung von Filigranplatten) (Cbl. für Chir. 1900/10 und Cbl. für Chir. 1900/10). 22) Goepel R.: Über die Verschliessung von Bruchpforten durch Einheilung geflochtener fertiger Silberdrahtnetze (Silberdrahtplatten) (Cbl. für Chirurgie 1900/17). 23) Graser: Hernien. (Handbuch der practischen Chirurgie von v. Bergmann, v. Bruns und v. Mikulicz, 1900). 24) Hirschkopf: Zur Radicaloperation der Hernien (D. Zeitschrift für Chirurgie 56 Bd. 1. und 2. Heft, 1900). 25) Nicoladoni: Zweihundert und sechzig Radicaloperationen nach Bassini nebst einer eigenen Methode der conservativen Verlagerung des Leistenhodens (Wiener med Presse 1895, Nr. 10—17). 26) Ludwig; Zur Radicaloperation der Leistenbrüche nach Bassini (Beitrage zur klin Chirurgie 1897, XXIII. Bd. 3. Heft). 27) Bloodgood: Operations on 459 cases of hernia in the J. Hopkins Hospital from Juni 1889 to January 1899. (Johns. Hopkins Hospital Reports 1899 Nr. 5—9. ref. Cbl für Chirurgie 1899/51). 28) Colev: The radical cure of hernia. (Med news 1899 September 2, ref. Cbl. für Chirurgie 1900/8). 29) Bernhardt: Die Radicaloperation der Leistenbrüche nach Kocher's Vorlagerungsmethode auf Grund von Erfahrungen der Strassburger chirurgischen Klinik (Inaug. Diss. 1899. ref. Cbl. für Chir. 1900/2) 30) Andrews: Major and minor technique of Bassinis operation asperformed by himself (New-Jork med. record. 1899 October 28, ref Cbl. für Chirurgie 1900/12). 31) Galeazzi: I risultati definitivi nella cura operativa dell'ernia inguinale. (Clinica chirurgica dell'ospedale Mauriziano Umberto I. diretta del Professore A. Carle. Estratto dalla Clinica chir. 1899. Nr. 6, ref. Cbl. für Chirurgie 1901/4 32) Remedi: Contributo alla cura radicale delle'ernie ed alla patogenesi delle ernie inguinale oblique esterne. (Accademia dei Fisiocritici 1899, ref. Cbl. f. Chirurgie 1901/20. 33) Drobnik: Radical operation nach Czerny, Mac Ewen und Bassini. (Nowiny lekarskie 1893/12). 34) Fowler: (Annals of Surgery 1897/59. ref »Medicin der Gegenwart« 1898. pag. 28). 35) Assaky: (Münchener med. Wochenschrift 1899, p. 437). 36) Rotter: Über die modernen Jndicationen zur Radicaloperation freier Hernien. (Berliner klinische Wochenschrift 1899/7). 37) Socin: Über den Wert der Radicaloperation der Hernien in Bezug auf definitive Heilung. (Allg. Wiener med. Zeitung 1888). 38) Wirt: Hernen bei Kindern. (Allg. Wiener med. Zeitung 1895. pag. 429). 39) Coley: (Archiv of Pediatrics April 1898. ref. w »Medicin der Gegenwart«. 1898. p. 433) 40) Maass: (Deutsche med. Wochenschrift 1901/10). 41) Karewski: Über radicale Bruchoperationen bei Kindern. (Deutsche med. Wochenschrift 1894/44) 42) Karewski: (Deutsche med. Wochenschrift 1892). 43) Fraenkel A.: Über Radicaloperation der Leistenbrüche von Säuglingen. (Cbl. für Chirurgie 1899/47). 44) Karewski: Zur Radicaloperation der Leistenbrüche bei Säuglingen. (Cbl. für Chirurgie 1899/51). 45) Eccles W. Mc. Adam: The treatment of inguinal hernia in childrens. (Brit. med journ. 1899 Mai 13, ref. Cbl. f. Chir. 1899/51). 46) Permean E. S.: Radicaloperationer för icke inklämda bräck utförda å Kronprisessan Lovisas vårdanstalt för sjuka barn under åren 1891—1898. (Hygiea Bd. LXII. Heft 1, ref. Cbl. für Chirurgie 1900/4). 47) Bittner W.: Über die Radicaloperation des Leistenbruches nebst Bemerkungen zur Ätiologie, Anatomie, Klinik desselb n. (Prager med. Wochenschrift 1900/13. ref. Cbl. für Chir. 1900/41). 48) Lenander, K. G.: Ueber die Sensibilität der Bauchhöhle und über die locale und allgemeine Anästhesie bei Bruch- und Bauchoperationen (Cbl. für Chirurgie 1901/8). 49) Bittner W.: Zur Radicaloperation der Jnguinalhernien im Kindesalter. (Archiv für klin. Chir. 1895, 49. Bd. 4. Heft). 50) Tillmanns: Lehrbuch der Chirurgie II. Theil, Band 1894. 51) Ullmann: Benutzung von Unterhautzellgewebslappen bei Operationen (Wr. med. Wochenschrift 1901. Nr. 46. und 47). 52) Sultan: Atlas und Grundriss der Unterleibsbrüche 1901. 53) Coley: Radical cure of inguinal and femoral hernia, with a report of 845 cases. (Annals of surgery 1901. Juli. ref. Cbl. f. Chir. 1902/1) 54) Kocher: Resultate der Hernien radical operationen. (Cbl. f. Chir. 1897/19).

V. Wyciągi.

Dr. Kaman. **Przyczynek kazuistyczny do nauki o drgawkach porodowych.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 20, 1902). Dwudziestoletnia pierwiastka, u której z rozpoczęciem się czynności porodowej wystąpiła bardzo ciężka postać drgawek, przewieziona została do kliniki zupełnie nieprzytomna. Ze

względu na to, że napadów już było 18 i że one bardzo łatwo występowały, a o natychmiastowem ukończeniu porodu na razie nie mogło być mowy, postanowiono zastosować znieczulenie tropokokainowe. W lekkiem uśpieniu wstrzyknięto między czwartym a piątym kręgiem lędźwiowym do przestworu podoponowego 1 sz. ctm. 5% jałowego roztworu tropokokainy. Skutek był zdumiewający. Napady nie powtórzyły się więcej, tętno poprawiło się, cieplota opadła z 38·6 na 38·1, oddechy stały się swobodniejsze, chora wróciła do zupełnej przytomności, macica kurczyła się znakomicie, mimo, że chora bólów nie odczuwała; tętno płodowe regularne. Od czasu do czasu dostawała lewatywy z chloralu (2 grm.). Nazajutrz po zupełnie spokojnej nocy, przy ciepłocie 37·2, tętnie 100, wstrzyknięto drugą dawkę tropokokainy (0,05), ponieważ zachodziła obawa wystąpienia napadu. Skutek był wprost znakomity. Już po ośmiu minutach wystąpiło zupełne zniczulenie aż do pępka, a w niespełna dwie godziny poród dobrowolny, zupełnie niebolesny; napadów drgawek nie było, dziecko żywe. Chora ta po upływie 4½ dni po porodzie umarła wśród ciężkich objawów ogólnych, połączonych z wybitną żółtaczką. Po wykluczeniu zakażenia połogowego, choroby Weila i innych możliwych chorób, rozpoznano: liczne ogniska zgorzelinowe w wątrobie i zatrucie ustroju wskutek dostania się substancyj trujących z płodu do matki. Ostateczną zaś przyczyną śmierci niedomoga serca w następstwie zapalenia płuca lewego. Sekcya rozpoznanie to zupełnie potwierdziła. Przypadek ten znowu wykazuje, że rokowanie przy drgawkach zależy od zmian anatomicznych w narządach wew., a przedewszystkiem w wątrobie, a nic od ilości napadów, które są tylko objawem chorobowym.

Dr. E. Ehrenpreis.

Grunert. **Przyczynek do operacyjnego leczenia zakrzepu zatoki poprzecznej pochodzenia usznego, szczególnie do odsłonięcia opuszki (bulbus) żyły jarzmowej wewnętrznej.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, Tom 53). Grunert podaje sposób odsłonięcia opuszki (bulbus) żyły jarzmowej wewnętrznej w celu wydobycia z niego skrzepu w przypadkach zakrzepu zatoki poprzecznej i żyły jarzmowej wewnętrznej. Zwykle w tych przypadkach odsłania się tylko zatokę poprzeczną, względnie żyłę jarzmową wewnętrzną i wydala się powstały tam skrzep. G. radzi w tych przypadkach, gdzie zakrzep sięga ku dołowi aż do żyły jarzmowej wewnętrznej, w każdym przypadku odsłaniać opuszkę (bulbus) jej, by także i z tego miejsca skrzep dokładnie usunąć. G. łączy w tym celu cięcie, jakie robi po za uchem dla trepanacyi lub doszczętnej operacyi, z cięciem, jakie robimy w celu podwiązania żyły jarzmowej wewnętrznej; wycina następnie koniec wyrostka sutkowego i dochodzi na tępo, posuwając się po podstawie czaszki, do zewnętrznego brzegu otworu jarzmowego; pozostaje tylko wtedy zapomocą nożyc kostnych wyciąć kawałek kości, dzielący zatokę poprzeczną od otworu jarzmowego. Operując w ten sposób, możemy dokładnie wydalić skrzep z zatoki poprzecznej, opuszki i samej żyły jarzmowej; po wydaleniu skrzepu otrzymamy z tych wszystkich części jedną rynienkę. G. podaje trzy przypadki w ten sposób operowane: jeden przypadek skończył się śmiercią, dwa operował z wynikiem dodatnim. W jednym z tych ostatnich przypadków szło o przypadek z ropieniem przewlekłem, gdzie po podwiązaniu żyły jarzmowej wewnętrznej i wypróżnieniu zatoki poprzecznej nadal utrzymywała się wysoka ciepłota i dopiero po dodatkowem odsłonięciu i wypróżnieniu opuszki żyły, wróciła do stanu prawidłowego. Przy pierwszej operacyi podczas wypróżnienia zatoki poprzecznej wypłynęła krew grubym strumieniem od strony zatoki czaszkowej; od strony żyły nie wyszło nic krwi. Okoliczność ta, pomimo że żyła jarzmowa była podwiązana poniżej żyły twarzowej wspólnej i to, że ciepłota utrzymywała się wciąż wysoka, zrodziła przypuszczenie, że w opuszce żyły jarzmowej musi być skrzep.

Drugi przypadek dotyczył chorego z ostrem ropieniem, gdzie wykonano zwykłą trepanacyę z odsłonięciem zatoki poprzecznej, opuszki i podwiązaniem żyły jarzmowej. I ten przypadek skończył się wyzdrowieniem. *Dr. Teofil Zalewski.*

Müller. **Nerwice i operacye na wyrostku sutkowym.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde* 1902, Tom 54). M. podaje historye choroby 10-ciu przypadków, w których prócz cierpienia usznego istniało inne jeszcze cierpienie: w dwóch przypadkach była padaczka, w 1 pląsawica, w 1 histero-epilepsya, w 4-ch histerya, w jednym zaburzenia nerwowe podczas miesiączkowania i w 1 stwardnienie rozsiane. We wszystkich tych przypadkach po trepanacyi wyrostka sutkowego, względnie po operacyi doszczętnej, nastąpiło przynajmniej chwilowe polepszenie, a w przypadku pląsawicy nawet zupełne wyleczenie; tak samo w przypadkach histeryi przypadłości ustały; nie można jednak mówić o wyleczeniu, gdyż czas spostrzegania był za krótki. Nawet w stwardnieniu rozsianem nastąpiła chwilowa znaczna poprawa. Odrzucając możliwość poprawy w tych przypadkach na drodze odruchowej, przyjmuje autor jako główną przyczynę poprawy możliwość działania operacyi na sam mózg, względnie ośrodki mózgowe. M. wylicza trzy punkty, które mogłyby w tych przypadkach spowodować poprawę: 1) uśpienie i wstrząs operacyjny, 2) utrata krwi, 3) wpływ leczenia następowego po operacyi. Dwa pierwsze mogą wpłynąć bezpośrednio na ośrodki nerwowe; utrata zaś krwi podczas operacyi i leczenie następowe pośrednio przez zmiany w odżywieniu. Utrata krwi może spowodować zmniejszenie krwi w mózgu, w częściach sąsiadujących z miejscem operacyi; tamponowanie zaś rany według autora może sprowadzić to, że prąd limfy zmieni się i zamiast iść w kierunku do czaszki, skieruje się na zewnątrz, t. j. od czaszki, tamponowanie więc rany po operacyi działać może niejako jak drenowanie czaszki, szczególnie w tych przypadkach, gdzie czaszka została otwarta. Taki zmieniony kierunek prądu soków odżywczych może przyczynić się do zmiany warunków odżywienia mózgu. M. przemawia za robieniem więcej doświadczeń dla przekonania się, czy nie dałoby się w wielu przypadkach nerwic leczyć operacyjnie. Ze swoich przypadków autor wysnuwa wniosek, że nerwice nietylko nie są przeciwwskazaniem do operacyj na wyrostku sutkowym, lecz przeciwnie tembardziej może być jeszcze zalecaną ta operacya, jeżeli jest wskazaną ze względu na chorobę uszną. *Dr. Teofil Zalewski.*

Stenger. **Przyczynek do nauki o zakrzepie opuszki żyły szyjnej wewnętrznej.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, Tom 54). Autor przemawia za odsłonięciem i otwarciem opuszki żyły szyjnej w tych przypadkach ropienia ucha środkowego, w których pomimo objawów klinicznych zakrzepu nie znajdujemy zmian w zatoce poprzecznej. S. podnosi, że wcześniejsze otwarcie tej części żyły uczyni nieraz zbędnem podwiązanie samej żyły. Autor badał stosunek przebiegu zatoki poprzecznej, z większem lub mniejszem wykształceniem samej opuszki. Jeżeli zatoka poprzeczna ma przebieg prosty, to nie przychodzi prawie do żadnego wykształcenia opuszki; im przebieg więcej kręty ma zatoka poprzeczna, t. j. im więcej w przebiegu swym zbliża się do zewnętrznego przebiegu usznego, tem więcej wykształca się opuszka i tem więcej kątowatom jest samo przejście między zatoką a żyłą. W przypadkach pierwszych dno jamy bębenkowej jest płaskie i grube, w przypadkach drugich dno jamy bębenkowej wpukla się do jamy bębenkowej nieraz bardzo znacznie i jest nieraz tak cienkie, że okazuje miejscami ubytki. Przypadki znacznego wykształcenia opuszki przedstawiają korzystne warunki do wytwarzania się skrzepów, a prócz tego i zakażenie skrzepów jest łatwiejsze, choćby ze względu na blizkość jamy bębenkowej, w której istnieje ropienie. *Dr. Teofil Zalewski.*

Ephraim. **Przyczynek do nauki o mechanizmie rozrastania się żółciołojaków.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, Tom 54). Autor zwraca się przeciw twierdzeniu, jakoby żółciołojak niszczył kość wskutek ucisku, jaki na kość wywiera; twierdzi on, że zamało dotąd zwrócono uwagi na badania Kirchnera, który dowiódł, że żółciołojak wprost wrasta do kanalików kostnych i niszcząc naczynia, wywołuje zanik kości. E. przytacza przypadek żółciołojaka, gdzie po operacyi i zupełnem opróżnieniu jamy, jama ta wciąż się powiększała, a o ucisku w tym przypadku trudno mówić, bo jama była otwarta. W tym przypadku powiększenie się jamy objaśnia sobie E. w ten sposób, że kość zanikała wskutek wrastania żółciołojaka do kanalików kostnych. *Dr. Teofil Zalewski.*

Gradenigo. **O wypróżnieniu jamy bębenkowej w celach poprawienia słuchu.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde.* Tom 54 i 55). Autor zwraca uwagę, że nie uzasadniony jest pesymizm, w jaki popadła większość otyatrów co do wartości zabiegów w jamie bębenkowej, podejmowanych w celu poprawienia słuchu. Warunkiem niezbędnym dla otrzymania dobrego wyniku jest dobry stan ucha wewnętrznego; w tych przypadkach, gdzie ucho wewnętrzne okazuje znaczniejsze zmiany, niema widoków na trwałą poprawę słuchu po jakichkolwiek zabiegach w jamie bębenkowej. Autor zwraca uwagę także na to, że wiele złych wyników ma swoją przyczynę w zaburzeniach w czasie leczenia pooperacyjnego: im mniejszy jest odczyn po zabiegu w jamie bębenkowej, tem lepszy jest wynik ostateczny. Przyznając, że najgorsze wyniki daje stwardnienie (*sclerosis*) uszne i stany jemu pokrewne, podnosi, że w tych przypadkach nieraz daje się osiągnąć polepszenie słuchu. Najlepsze wyniki daje ropne przewlekłe zapalenie ucha środkowego i pozostałości po nim; także w pozostałościach po zapaleniu nieżytowem ucha środkowego, które swą przyczynę ma w przebytem zapaleniem ropnem ucha, wyniki są dobre. Autor wyjmuje razem z bębenkiem, młoteczkiem i kowadełkiem także i strzemiączko w tych przypadkach, gdzie je dosięgnąć można. W jednym przypadku zapalenia nieżytowego ucha środkowego, które pozostało po zapaleniu ropnem, wyjął z jednej strony prawie całe strzemiączko wraz z innemi kosteczkami i bębenkiem, pozostała tylko tylna mała część płytki, a z dru-

giej strony pozostała przy tej samej operacyi płytka strzemiączka; po obydwóch stronach osiągnięto znaczną trwałą poprawę słuchu, która wynosiła dla mowy głośnej z 0·20 metrów na 5 metrów, dla mowy cichej z 0·05 na 0·5 metrów. *Dr. Teofil Zalewski.*

Dr. A. Sticker. **O raku u zwierząt.** (*Archiv Langenbecka* 1902, T. 65, Z. III, IV). Praca ta dzieli się na trzy części: w dwóch pierwszych nagromadza S. materyał statystyczny, zawierający bardzo wiele nieraz interesujących szczegółów, z których w części ostatniej wyciąga pewne ogólniejsze wnioski.

Rak u zwierząt wcale nierzadki, nagabuje z pewnem upodobaniem pewne narządy, niemal zawsze inne, niż u człowieka. Podczas gdy u człowieka macica, żołądek, sutki i skóra bywają najczęstszą siedzibą raka, to u koni na pierwszem miejscu wymienić należy prącie (zwłaszcza u wałachów), na drugiem jamę nosową i zatoki boczne, na trzeciem nerkę i t. d. Inaczej rzecz znów się przedstawia u bydła rogatego, u którego macica zajmuje naczelne miejsce w szeregu systematycznym, drugie: nerki, trzecie: pęcherz i t. d. U psa przedewszystkiem znajdujemy raka w sutkach i na skórze, a kotów głównie na skórze. U świń zdaje się, że nerki są najbardziej skłonne do zwyrodnienia rakowatego.

Jak w patologii człowieka, tak i u wymienionych zwierząt przerzuty sadowią się z reguły w gruczołach chłonnych i w wątrobie. Do nadzwyczajnych przypadków zalicza się przerzuty w kościach, a dotychczas nie zanotowano przypadku na pewne rozpoznanego raka następowego mózgu.

Jak u ludzi, tak i u zwierząt stwierdzamy raka najczęściej w tym okresie życia, który średnim nazwać można.

Ciekawem i na uwagę zasługującem jest w końcu zestawienie, wykazujące, że rak części płciowych nierówno częściej spostrzega się u zwierząt, niż u ludzi.

Rak narządów płciowych:	męzkich	żeńskich
człowiek	5%	33%
koń	41·6%	18·7%
bydło rogate	27%	58%
pies	63·4%	3·8%

Sticker jest wyznawcą teoryi o pasorzytniczem pochodzeniu raka. *Herman.*

Sposób rozpoznawania obecności ropy, a w szczególności ropienia w narządach, zawartych w miednicy, zapomocą liczenia ciałek białych. (*Semaine medicale* 1902, Nr. 16). Sprawę tę wielkiej praktycznej doniosłości poruszył pierwszy prof. Curschmann z Lipska. Przeprowadziwszy w przeciągu 2½ lat badania na 60 chorych z zapaleniem wyrostka robaczkowego, doszedł do wniosku, że liczenie ciałek białych stanowi łatwy i bardzo pewny sposób wykrycia ropienia. W przypadkach zapalenia nieropnego liczba ciałek białych w początkach choroby nieznacznie się podnosi, poczem opada do normy. Początkowe podwyższenie liczby ciałek białych do 25.000 na mm. sześc. (ilość prawidłowa 8—10.000) już budzi podejrzenie co do ropienia; gdy utrzymuje się przez czas dłuższy, obecność ropnia jest prawie pewna. Zabieg operacyjny zawsze potwierdził to rozpoznanie. Po wypuszczeniu ropy ilość ciałek białych spada do prawidłowej; w przeciwnym razie mamy do czynienia z zatrzymaniem ropy, lub obecnością innych ognisk. Również opada liczba ciałek białych w razie samoistnego przebicia ropy jakąkolwiek drogą na zewnątrz. Wskazówki, jakie nam daje ten sposób rozpoznawczy, są według Curschmanna o wiele pewniejsze i dokładniejsze, niż mierzenie ciepłoty.

Asystent prof. Martina, Dr. Dützmann z Greifswald przekonał się na szeregu badanych przypadków, że metoda Curschmanna ma pełne zastosowanie w cierpieniach narządów rodnych kobiecych. W wielu przypadkach ciepłota była prawidłowa, lub nawet niższa, jedynie zwiększenie ilości ciałek białych budziło podejrzenie ropienia; zabieg operacyjny podejrzenie to zawsze potwierdził. Odwrotnie przy prawidłowej liczbie ciałek białych nigdy przy zabiegu operacyjnym nie znaleziono ropy.

Liczenie ciałek białych należy dokonywać zawsze o tych samych godzinach, aby uniknąć błędów wskutek wahań, jakim ulega ich ilość o różnych porach dnia. Postępowanie samo jest łatwe i może być nawet w prywatnej praktyce stosowane. *Dr. T. Żeleński.*

Docent Mojsiejew. **Przyczynek do patologicznej anatomii pierwotnych ropówkowych zapaleń jelita** (*enteritis phlegmonosa*) **pochodzenia łańcuszkowcowego.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1902, Nr. 4 i 5). Na podstawie czterech przypadków ropówkowego zapalenia jelit, zakończonych śmiercią w różnych okresach sprawy chorobowej, przychodzi M. do wniosków następujących: 1) zapalenie ropówkowe jelit może powstać w następstwie ostrego zapalenia nieżytowego, wywołanego przez pierwiastki zakaźne w błonie podśluzowej, bez widocznych zmian makroskopowych w błonie śluzowej; wybroczyny krwi i obumarcie błony śluzowej nad zajętemi ogniskami mogą sprowadzić owrzodzenia następowe błony śluzowej; badanie drobnowidowe wykrywa, oprócz podobnych zmian następowych i pierwotne obumarcia błony śluzowej, zwłaszcza nad kępkami Peyera i gruczołami torebkowymi; 2) początkowo zapalenie ropówkowe jelit ma cechy zapalenia naczyń chłonnych (*lymphangoitis*); zapaleniu towarzyszy obrzmienie tkanki łącznej w ścianie jelita, przechodzące następnie w nacieczenie ropne; zmiany te najwybitniej występują w błonie podśluzowej i mięśniowej; 3) ropówkowe zapalenie jelit wikła się bardzo wcześnie z ropnem zapaleniem otrzewnej wskutek szybkiego zatkania dróg chłonnych i zastoju limfy zakażonej; ropne zapalenie otrzewnej może nastąpić nawet wtenczas, gdy niema jeszcze ropnego nacieku ścian jelita; natężenie więc sprawy zapalnej jelita nie zawsze odpowiada stanowi otrzewnej; 4) we wszystkich przypadkach autora ropówkowe zapalenie jelita powstawało przez zakażenie łańcuszkowe o cechach, przypominających łańcuszkowce ropotwórcze.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Cypkin. **Wymioty krwawe w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Medicinskoje Obozrenije* 1902, Nr. 2). Krwawe wymioty w zapaleniu wyrostka robaczkowego zwróciły na siebie uwagę dopiero w ostatnich paru latach, zwłaszcza dzięki pracom Dieulafoy, który ogłosił w roku 1901 sześć podobnych przypadków. W przypadkach tych, jak również i w pięciu ogłoszonych wcześniej przez Guyota, Carlesa, Kirmissona i Charlotta, wymioty krwawe wystąpiły nagle, wkrótce po dokonanej operacyi na wyrostku robaczkowym, doprowadzając szybko do zejścia śmiertelnego, z wyjątkiem tylko jednego przypadku; badanie zwłok było dokonane jedynie w przypadkach Charlota, Guyota i Carlesa; wykazało ono drobne wybroczyny w błonie śluzowej żołądka. Przypadek Cypkina różni się od poprzednich pod wielu względami, mianowicie: 1) wymioty krwawe wystąpiły, pomimo że operacya dokonaną nie była; 2) wymioty powtarzały się wielokrotnie w ciągu dłuższego czasu; 3) na sekcyi w żołądku i w jelitach nie wykryto żadnych zmian oprócz zapalenia przedziurawionego wyrostka robaczkowego; okoliczność ta przemawia za tem, że w przypadku autora krwawienie było miąższowe, opisane pierwotnie przez Ewalda (nie zaś Reicharda, jak mylnie twierdzi autor. *Sprawozdawca*).

Witold Orłowski (Ptbg.).

Kedrowski. **Próba zakażenia królików sztuczną hodowlą lasecznika trądu.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 9). K. szczepił królikom hodowlę lasecznika trądu, otrzymaną z człowieka trędowatego. Przy szczepieniu wewnątrzczaszkowem królik początkowo miał wejrzenie ciężko chorego, następnie zaś szybko wracał do zdrowia. W doświadczeniach ze szczepieniem wewnątrzotrzewnowem szybko występował niedowład, następnie zaś porażenie kończyn tylnych i zaburzenia w narządach miednicy. Przy sekcyi królików zabitych stwierdzono w przydatku jelita ślepego twory, przypominające gruzełki; podobny gruzełek odnaleziono i w nerce lewej; opona miękka rdzenia była zgrubiałą; w jelitach najwięcej zmian przedstawiało utkanie torebek; zmiany te przypominały gruźlicze, cechowała je bowiem obecność rozpadu serowatego i komórki nabłonkowe, komórek olbrzymich jednak nie wykryto; w wątrobie były lepromy, przypominające podobneż twory u człowieka. Przy szczepieniach ze krwi na pożywki otrzymano hodowlę drobnoustroju, przypominającego lasecznik trądu, pozbawionego jednak odporności względem kwasów: metoda Ziel-Neelsena barwiła go na błękitno, nie zaś na czerwono, jak to jest z rzeczywistym lasecznikiem trądu; w ponownych hodowlach ze krwi, wątroby i szpiku kostnego otrzymano atoli i laseczniki odporne na kwasy. K. zaznacza wreszcie, że pierwiastek trądu wyróżnia się zmiennością kształtu (formy laseczniikowe i rozgałęziające się); cechuje go również zdolność wyrabiania barwników (szarego, żółtego i innych).

Witold Orłowski (Ptbg.).

Herbert Spencer. **Przypadek cięcia cesarskiego, wykonanego po raz trzeci u tej samej chorej przy użyciu miejscowego znieczulenia.** (*The Journal of obsterics and gynaecology of the British Empire.* Luty, 1902, Zeszyt 1, Nr. 2). U 27-letniej karlicy z *conj. vera* 6½ ctm., u której autor wykonał po dwakroć cięcie cesarskie, ukończono trzeci poród również w taki sam sposób. Po miejscowem znieczuleniu roztworem eukainy Schleicha otworzono powłoki brzuszne na przestrzeni 15 ctm. podłużnem cięciem, przechodzącem w miejscu dawnej podłużnej blizny; macicę również przecięto podłużnie w starej bliźnie, przyczem nadcięto lekko łożysko, przyklejone do bocznej przedniej ściany. Po wydobyciu płodu, ważącego przeszło 3000 grm. i łożyska wraz z błonami, zaszyto macicę szwem dwupiętrowym, a jamę brzuszną również szwem podwójnym.

Autor zaleca otwierać macicę cięciem podłużnem, a nie po-

przecznem Fritscha. Co się zaś tyczy samego cięcia cesarskiego, to daje pierwszeństwo cięciu zachowawczemu w przypadkach, gdzie mamy do czynienia jedynie ze znacznem ścieśnieniem miednicy, nadających się wogóle do tego rodzaju postępowania, nie powikłanych żadnemi innemi, poważniejszemi zmianami chorobowemi; zwalcza zatem energicznie doszczętny sposób operowania z wycięciem jajników, trąbek, zaszyciem trąbek, lub amputacyą macicy sposobem Porro.

Miejscowe znieczulenie oddaje według autora dobre usługi w pierwszej części operacyi, t. j. aż do chwili wydobycia płodu, który nie tak łatwo omdlewa; w drugiej natomiast części niekiedy z powodu bolesności podczas szycia, zwłaszcza powięzi, wypada przystąpić do ogólnego znieczulenia. *Grzybowski.*

Mering. **O wpływie położenia ciała na czynność ruchową żołądka.** (*Die Therapie der Gegenwart* Nr. V, 1902). Dla wypróbowania wpływu różnych położeń ciała na czynność ruchową żołądka przedsięwziął A. Ogarkow (w klinice lekarskiej w Hali) pod okiem autora 30 doświadczeń na własnym żołądku, które polegały na tem, że w godzinę po spożyciu śniadania próbnego wypróżniono żołądek i porównano ze sobą resztki nie przeszłe jeszcze do jelit. Natychmiast po spożyciu śniadania próbnego zajął O. pewne oznaczone położenie, w ktorem pozostał przez całą godzinę. Doświadczenia odbywały się w przerwach kilkudniowych, zawsze o godzinie ½ 9 przedpołudniem i odnosiły się do położenia siedzącego, stojącego, leżącego na boku prawym, lub na lewym, do leżenia poziomego na plecach lub na brzuchu, oraz do wolnego chodzenia i biegania. Na podstawie tych doświadczeń doszedł M. do następujących wyników: wypróżnienie żołądka odbywa się najszybciej w położeniu na boku prawym i przy szybkiem chodzeniu; podczas spania, siedzenia, leżenia na boku lewym i wolnego chodzenia, warunki dla opróżnienia się żołądka są mniej korzystne i między sobą prawie równe; położenie na brzuchu lub na grzbiecie są pod względem ruchomości żołądka w pośrodku. Wobec patologicznych zmian żołądka będzie zatem zupełnie rzeczą racyonalną zalecenie lecznicze położenia na boku prawym, przy którem odźwiernik żołądka tworzy najniższy punkt narządu tak, że wypróżnienie treści żołądkowej do jelita cienkiego łatwiej się odbywa. *Dr. Fels.*

Dr. Tischer. **Metrogliceryna jako lek nietrujący, mogący zastąpić sporysz.** (*Monatsschrift f. Geb. und Gynäc.* Tom 15, uzupełniający 1902). Jest to preparat, który zastosowany miejscowo, działa podobnie jak sporysz, a o tyle od niego lepszy, że podczas gdy sporysz czasem niema żadnego, lub tylko słaby skutek, metrogliceryna działa zawsze pewnie i niezawodnie; sporysz wywołuje skurcze macicy nieraz zbyt silne, tężcowe, dlatego nie zawsze wolno go zastosować, metrogliceryna naśladuje znakomicie bóle porodowe, wreszcie metrogliceryna ma także działanie tamujące przy krwotokach wskutek obecności żelatyny. Preparat ten wyrabia się i sprzedaje jako 10% jałowa metrogliceryna. Zastosowuje się ją w postaci wstrzykiwań wśródmacicznych w ilości 50 ctm. przy poronieniach i porodach przedwczesnych, a 100 ctm. przy porodach czasowych. Wprowadza się cewnik (Nr. 9) elastyczny z mandryną do macicy, następnie wyciąga się mandrynę i wstrzykuje metroglicerynę. Używa się jej: 1) w krwotokach macicznych i poronieniach, lub przedwczesnych porodach; 2) do wywołania bólów porodowych w celu szybkiego ukończenia porodu; 3) przy zatrzymaniu łożyska w połączeniu z krwotokiem; 4) w krwotokach atonicznych; 5) w celu sztucznego wywołania poronienia, lub porodu przedwczesnego. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Stanisław Trzebiński. **O operacyjnem leczeniu obrzęków przy „hydrops anasarca".** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). Gdy w niedomodze sercowej żadne już przetwory ulgi choremu nie przynoszą, można uciec się do operacyjnego usunięcia obrzęków, co znanem już było w starożytności. Zabieg taki przynosi czasem trwalszą ulgę, gdyż po usunięciu części płynu ustroju, krążenie się wyrównuje i oddawanie moczu się wzmaga, przyczem poprawa może rozciągać się nawet na parę miesięcy. Zabieg taki można wykonać albo nożem, względnie skaryfikatorem, albo trójgrańcem. Autor na podstawie zebranego materyału (125 przypadków) pierwszeństwo oddaje sączkowaniu, które nie tak często wikła się z zakażeniem, jak nacięcie, i jest mniej bolesne i mniej kłopotliwe. *Z. Czaplicki.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

W niedokrewności i bladaczce stosował Dr. Metall (*Med. chir. Centrbl. 1901. 1.*) **Liquor mangano ferri peptonati Gude** i zauważył doskonałe działanie tego leku. Przetwór ten ma tę wielką zaletę, że stosowany nawet przez dłuższy czas nie rozwija żadnego działania ubocznego. Zapatrywania swoje opiera autor na spostrzeganiu większej liczby przypadków niedokrewności ostrej i przewlekłej, błednicy i t. d., których historye chorób przytacza. Podawał dorosłym po łyżce 3 razy dziennie po jedzeniu, dzieciom 2 razy po łyżeczce. *R.*

Lecithinum (Ovolecithinum) (*E. Merck Bericht über das Jahr* 1901). Lecytyna ma działać według Vacherona (*Echo medical de Lyon*, 1901, 15 kwiecień) przez dowóz fosforu do ustroju, a prócz tego przez pobudzanie żywotności tkanek. Jest to ulubiony środek lekarzy francuskich; stosują go w neurastenii i w rozmaitych cierpieniach układu nerwowego; dalej w gruźlicy, w moczówce cukrowej i w innych zboczeniach, dotyczących przemiany materyi. Hartenberg (*Revue ther. med. chir.* 1901 Nr. 18.) utrzymuje, że stosując podskórnie lecytynę, osiągnął poprawę w wiądzie rdzenia, porażeniu postępowem, histeryi i rozmaitych psychozach. Inni autorowie zalecają ją we wszystkich cierpieniach, w których wydzielanie fosforu w moczu jest wzmożone; a zatem w moczówce cukrowej, fosfaturyi, różnorodnych cierpieniach mózgu i rdzenia, rozpoczynającej się gruźlicy, rozmiękczeniu kości, krzywicy, neurastenii. Lecytyna działa równie dobrze stosowana podskórnie i wewnętrznie. Średnia dawka wewnętrzna wynosi 0.2—0.3 grm. dziennie; podskórnie (w razie równoczesnego cierpienia żołądka lub kiszek, albo jeżeli chcemy osiągnąć szybkie działanie) 0.05—0.15 na dawkę co drugi dzień. Zapisywać najlepiej według następującego wzoru:

1) Rp. *Lecithini 5.0, Radicis Altheae pulv. et spiritus vini vel glycerini qu. s. ut fiant pillulae Nr. 50 consp. lycop. S. 3 razy dziennie po 1 pig. przed jedzeniem.*

2) Rp. *Lecithini 0.5, Olei oliv. spiritu vini lavati et sterilisati 10.0 S. Co drugi dzień 1—3 ctm. wstrzyknąć.*

3) Rp. *Lecithini 0.1—0.5, Butyri Cacao 2.0—3.0 mfi. a. supp. S. 1 czopek dziennie.*

Oprócz tego znajdują się w handlu gotowe tabletki lecytynowe. Cena tego środka jest dziś bardzo wysoka. *Dr. T. Ż.*

Dioninum (*E. Merck, Bericht über das Jahr* 1901) W ciągu ubiegłego roku liczni autorowie zalecają dioninę, jako najlepszy środek zastępujący morfinę w chorobach dróg oddechowych. Główną zaletą dioniny jest jej własność uśmierzania kaszlu, obok równoczesnego ułatwienia wykrztuszania. W praktyce dziecięcej oddaje dionina — według świadectwa Gottschalka i Schmidta — dobre usługi w krztuścu: napady kaszlu kurczowego stają się łagodniejsze i rzadsze. Według Schmidta dionina ma skracać czas trwania krztuśca; Gottschalk jednak odmawia jej wszelkiego wpływu w tym kierunku. Dawkowanie: dzieciom do końca 1 roku ½ mgr. na dawkę (0.01: 100.0 co 3 godziny łyżeczkę); w 2 roku życia 1 mgr. i t. d. W razie gdyby występowało znużenie i senność, należy dawki zmniejszyć. Jako *vehiculum* można również używać *emulsio oleoso-gummosa* z dodatkiem 2—3 gr. kreosotalu i 1—2 kropel *ol. menth. pip.* Močwski stosował dioninę w praktyce psychiatrycznej, zwłaszcza w celu obniżenia chorobliwie wzmożonego popędu płciowego. Dawka 0.04—0.05 podskórnie. Dobre usługi ma oddawać dionina w leczeniu nałogowych morfinistów, w dawce 0.15 cztery razy dziennie, obok równoczesnych wstrzykiwań podskórnych czystej wody dla hipnotycznego wpływu na chorego.

Okuliści zalecają dioninę w chorobach rogówki z wyjątkiem tych, które powstały na tle cierpień spojówki; dalej w chorobach tęczówki i ciałka rzęskowego i w jaskrze krwotocznej. Darier poleca następujące sposoby stosowania: 1) Rp. *Dionini 0.5 Aqu. dest. 1.0 ds. do zakraplania po poprzedniej kokainizacyi.* 2) Rp. *Dionini 0.1 Cocaini hydrochl. 0.1 Atropini sulfurici 0.02—0.05 Aqu. dest. 10.0.* (przy zapaleniu tęczówki i ciałka rzęskowego). Cena 0.01 gr. = 4 halerze. *Dr. T. Ż.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydział lekarski Towarzystwa Dobroczynności w Petersburgu.

I. ogólne posiedzenie w dniu 8 kwietnia 1902.

Przewodniczący dr. Strawiński.

Obecnych członków 31, gości 5.

I. Po przyjęciu protokołu z ogólnego posiedzenia w d. 3 stycznia b. r. i z posiedzenia dorocznego w d. 3 marca, zawiadamia przewodniczący, że dr. Krajewski wskutek ważnej przeszkody zmuszony jest cofnąć zapowiedziany odczyt; — następnie udziela głosu drowi Orłowskiemu.

II. Witold Orłowski wygłasza rzecz p.t. »Przypadek niezwykłego połączenia tętnicy głównej z tętnicą płucną«

(Rozprawa ta została ogłoszoną w numerach 21, 22 i 23 »Przeglądu lekarskiego«).

W dyskusyi zabiera głos dr. Łukowski. Według niego obrzmienie śledziony, krwotoczne zapalenie nerek i ropne zapalenie opon mózgowych mogło już za życia chorej naprowadzić na podejrzenie usadowienia się sprawy wrzodzącej we wsierdziu, w lewej połowie serca, mianowicie na zastawkach półksiężycowych tętnicy głównej; usadowienie bowiem podobnej sprawy na zastawkach tętnicy płucnej zdradza się przedewszystkiem sprawami zatorowemi w płucach, nie zaś w krążeniu dużem.

W odpowiedzi prelegent zaznacza, że sprawy zatorowe istotnie zdarzają się częściej w razie zajęcia zastawek tętnicy głównej, lecz w omawianym przypadku sprawy, na które wskazuje kol. Łukowski, wcale nie pochodziły z zatorów, lecz były wyrazem ogólnego zakażenia ustroju, zatem gnilne. Dla uznania wrzodziejącego zapalenia zastawek tętnicy głównej nie było za życia dostatecznych wskazówek: przerost lewej komórki serca mało się zaznaczał, a szmer rozkurczowy nad tętnicą główną był bardzo słaby i wskutek wzmożenia w kierunku ku tętnicy płucnej był uważany za udzielony.

Dr. Wierciński wskazuje na trudności rozpoznawcze w przypadku prelegenta i przytacza spostrzegany przez siebie w szpitalu Obuchowskim przypadek tętniaka tętnicy głównej, który przeżarł ścianę przełyku aż do błony mięsnej, a następowo utorował sobie rzekomą drogę ku dołowi; przez utworzony w ten sposób przewód krew przedostawała się do żołądka, wywołując uporczywe wymioty krwawe, wśród których chory szybko zakończył życie; rozpoznanie intra vitam głosiło wrzód okrągły żołądka: na sekcyi znaleziono wyżej przytoczone zmiany.

Dr. St. Ostrowski zapytuje prelegenta, ile zostało opisanych w piśmiennictwie przypadków niezarośnięcia przewodu tętniczego, zwłaszcza w wieku dziecięcym?

W odpowiedzi W. Orłowski zaznacza, że piśmiennictwo dotyczące sprawy omawianej w wieku dziecięcym jest zebrane w pracy Lisenki, ogłoszonej w »Kliniczeskom Żurnale« z r. 1900; u dorosłych niezarośnięcie przewodu tętniczego zdarza się znacznie rzadziej.

Przewodniczący, dr. Strawiński dziękuje prelegentowi za wygłoszony odczyt.

III. Dr. Zenon Orłowski miał odczyt »O rzadkiem powikłaniu duru brzusznego«. (Praca przeznaczona do druku).

W dyskusyi dr. Witold Orłowski podnosi kilka pouczających szczegółów w przebiegu omawianego przypadku. Przedewszystkiem utworzenie się zakrzepu w lewej połowie serca w stanach gorączkowych należy do spraw rzadkich; daleko częściej spostrzegamy zakrzepy w wrzodziejącem zapaleniu wsierdzia, zatem w tych razach, gdy występują zmiany chorobowe w śródbłonku wsierdzia. W przypadku prelegenta zakrzep w sercu utworzył się we wczesnym okresie duru brzusznego, mianowicie nie później, niż na 14-ty dzień choroby; to jest rzeczą również niezwykłą. Należy więc przypuszczać, że oprócz osłabienia czynności serca i tu wystąpiły już zmiany w śródbłonku, które sprzyjały powstaniu zakrzepu. Wązkość tętnicy głównej i możliwe zmiany w warstwie wewnętrznej w dolnej części tętnicy głównej, u miejsca jej podziału na tętnice biodrowe, sprzyjały w tym przypadku niezwykłemu zatorowi tej tętnicy. Rozpoznanie zatoru nie przedstawia zwykle żadnych trudności; można nawet ściśle oznaczyć siedzibę zatoru w tętnicy brzusznej. Mianowicie w razie zatoru tętnicy u miejsca jej podziału na tętnice biodrowe występują te objawy, które spostrzegał prelegent, zatem brak tętna w tętnicach udowych i niżej położonych, silne bóle w dolnych częściach brzucha i dolnych kończynach, niedowład kończyn i obniżenie czucia, przeważnie na stopach i goleniach; w razie zaś zatoru tętnicy brzusznej w górnej jej części dołącza się do tych objawów brak odruchów ścięgnistych (wskutek niedokrewności rdzenia kręgowego), obustronne porażenie kończyn dolnych w jednakowym stopniu na całej ich przestrzeni i wreszcie objawy ze strony pęcherza moczowego i odbytnicy.

Dr. Stefan Rudzki zapytuje prelegenta, ile czasu żył chory po utworzeniu się zatoru i czy wystąpiła zgorzel kończyn?

W odpowiedzi prelegent Z. Orłowski wyjaśnia, że od wystąpienia objawów zatorowych do zejścia śmiertelnego przeszło około 80 godzin; wskutek utworzenia się krążenia ubocznego do zgorzeli nie przyszło.

Dr. St. Rudzki przypomina spostrzegany przez siebie przypadek zakrzepu w lewej komórce serca u chorej na zapalenie nerek; tu również wystąpiły bóle w dolnej części brzucha; krwawy mocz wskazywał na zatkanie naczyń nerkowych; chora żyła przeszło tydzień, zakrzep w sercu był wielkości paru orzechów.

Dr. Wierciński sądzi, że zakrzepy w sercu nie są zjawiskiem rzadkiem; występują one zawsze w razie powolnego konania. Utworzenie się zakrzepu w końcu 2-go tygodnia dr. Wierciński uważa za zupełnie odpowiadające zwykłemu stanowi rzeczy.

W odpowiedzi prelegent wyjaśnia, że w jego przypadku mowa nie o zakrzepach, powstających podczas konania, lub po śmierci, lecz o zakrzepie, powstałym za życia; podobne zakrzepy należą do zjawisk rzadkich.

Dr. Witold Orłowski podnosi raz jeszcze rzadkość zakrzepów powstających w sercu za życia; w ciągu ostatnich 5 lat przy ogromnym materyale I-szej kliniki wewnętrznej w wojskowo lekarskiej Akademii, przypadek, opisany przez prelegenta, jest jedynym. Podobne zakrzepy są objawem zwykłym jedynie w schorzeniach wsierdzia. Co do czasu powstania zakrzepów w przebiegu duru brzusznego, to wbrew zdaniu dra Wiercińskiego, dr. W. Orłowski twierdzi, że zakrzepy należą do spraw, występujących w późniejszym okresie duru, kiedy czynność serca jest już znacznie osłabioną i występują zmiany we wsierdziu i naczyniach krwionośnych. To też klinicyści (Griesinger i inni) zaliczają zakrzepy do spraw następowych duru brzusznego. Stosunkowo częściej zakrzepy występują w żyłach (t. zw. marantyczne); zdarzają się one również w późniejszych okresach choroby.

Dr. St. Rudzki spostrzegał 2 przypadki zakrzepów w durze brzusznym: w jednym zakrzep wystąpił w połowie 4-ego tygodnia, w drugim w końcu 4-ego, w obydwóch razach przy względnie dobrem ogólnem samopoczuciu.

Prezes dr Strawiński wskazuje na zatory w żyłach u położnic, powstające wskutek osłabienia czynności serca i wyraża prelegentowi podziękowanie za jego zajmujący odczyt.

Na tem posiedzenie naukowe zakończono. Po 10 minutowej przerwie nastąpiło posiedzenie administracyjne. *Witold Orłowski.*

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 17 lipca.

* Posiedzenie Delegacyi Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich odbyło się dnia 12 lipca. Głównym przedmiotem obrad było dalsze wykonywanie tych uchwał IX-go Zjazdu, które jeszcze nie zostały załatwione. Przyszły (X-ty) Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się r. 1904 we Lwowie; prezesem Komitetu gospodarczego wybrany został prof. Machek, jego zastępcą (po zrzeczeniu się prof. Zubera) prof. Zakrzewski.

* XII-ty Zjazd chirurgów polskich zgromadził jeszcze większą liczbę uczestników, niż to miało miejsce na Zjazdach poprzednich, a z tym liczebnym przyrostem członków zwiększyła się proporcyonalnie i liczba odczytów, których zgłoszono do 60. Rzecz oczywista, że pomimo całodziennej pracy, dwa dni nie wystarczyły na wyczerpaniu porządku dziennego, i przyszło się rozszerzyć czas posiedzeń i na połowę dnia trzeciego, co też Zgromadzenie uchwaliło. Prezesem Zjazdu był, jak lat poprzednich, założyciel tej instytucyi, prof. Rydygier; wiceprezesem prof. Kader; sekretarzem doc. Bossowski; skarbnikiem prof. Trzebicky. Wskutek podania prof. Rydygiera austryackie ministeryum wojny przyzwoliło na udział lekarzy wojskowych w obradach Zjazdu, co przewodniczący podniósł z wdzięcznością.

Sekretarz doc. Bossowski wydał »Pamiętnik XI-go Zjazdu«, obejmujący przeszło 13 arkuszy dość wielkiej ósemki. W swoim czasie zdaliśmy sprawę z doniosłości naukowej rozpraw tego Zjazdu; dziś więc tylko podnosimy nader staranną redakcyę i zewnętrzne zalety »Pamiętnika«, który wobec umiarkowanej ceny powinien się znaleźć w księgozbiorach lekarzy naszych i to nietylko chirurgów.

* *Z Sejmu.* Na posiedzeniu d. 10 b. m. wniósł poseł Merunowicz rezolucyę, polecającą Wydziałowi krajowemu, by na najbliższej sesyi sejmowej przedłożył wnioski w sprawie emerytury dla lekarzy okręgowych, tudzież zaopatrzenia dla pozostałych po nich wdów i sierót. Przeciw tej rezolucyi wystąpił b. marszałek krajowy, Stanisław Badeni, a to ze względu, jak się wyraził, na nowe obciążenie budżetu. Czyżby hr. Badeniemu nie było znane podanie w tej sprawie lekarzy okręgowych, w którem tak znaczną część pokrycia emerytury biorą

na siebie? czyż byłby mu obcy fakt, uwidoczniony w »Sprawozdaniu c. k. Rady zdrowia«, że od czasu zaprowadzenia instytucyi lekarzy okręgowych (i dzięki im) śmiertelność w kraju się zmniejszyła, a tem samem ocalało wiele istnień dalej pracujących i płacących podatki? Sejm był, jak się okazało, lepiej poinformowany, a pod względem etycznym stokroć sprawiedliwszy i imponującą większością uchwalił rezolucyę posła Merunowicza. Na wynik tego pomyślnego głosowania decydująco oddziałały rzeczowe i przekonywające przemówienia posłów: prof. Marsa i dra Jabłońskiego.

Poseł dr. A. Wurst wybrany został zastępcą członka Wydziału krajowego.

* Dziekan Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. rozpisał konkurs na posadę asystenta przy katedrze chemii lekarskiej, z płacą roczną 1400 koron. Podania należy wnosić do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 30 września 1902 r.

* Prof. Szkoły położnych w Krakowie, dr. Aleksander Rosner, otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego Uniw. Jagiellońskiego.

* Stopień doktorów wszechnauk lek. w Uniw. lwowskim otrzymali: Eugeniusz Doliński, Bernard Rentschner i Salomon Weinreb.

* Drugim lekarzem miejskim w Jarosławiu wybrany został dr. Salo Rosberger, tamtejszy dentysta.

* Rektorem czeskiego uniwersytetu w Pradze na przyszły rok szkolny wybrany został prof. Horbaczewski.

* Ministeryum sprawiedliwości zarządziło, ażeby płaca dzienna lekarza znawcy wynosiła: dla lekarzy etatowych podług ich rangi; dla wszystkich zaś innych lekarzy, wezwanych w charakterze znawców, podług wymiaru IX-tej rangi, t. j. po 8 koron dziennie.

* Europejska Dunajowa Komisya w Galacu postanowiła zamianować chirurga w szpitalu marynarki w Sulinie. Prócz zwykłych warunków legitymacyjnych wymaganą jest znajomość języka angielskiego i dowody uzdolnienia chirurgicznego. Płaca roczna od 8 do 10 tysięcy franków i mieszkanie. Adres: *Europejska Komisya w Galacu* (Rumunia).

* Konferencya międzynarodowa centralnego zarządu Stowarzyszenia dla walki z gruźlicą odbędzie się w Berlinie od 22 do 26 października b. r.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa — tydzień XXVI (22—28—VI). Ludność średnia roczna wynosi 90,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 11, urodziło się dzieci 58, zmarło osób 53 — mianowicie: z gruźlicy 9 (2 zam.), z zapalenia płuc 7 (2 zam.), z płonicy 2 (2 zam.), z cholery niemowląt 6.

* Między 25—VI, a 1—VII doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gmina), drohobyckim (1 gm.), horodeńskim (3 gm.), jaworowskim (2 gm.), kałuskim (1 gm.), mościskim (1 gm.), nadworniańskim (1 gm.), peczeniżyńskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.) przemyślańskim (1 gm.), skałackim (1 gm.), stanisławowskim (2 gm.), tarnopolskim (1 gm.), tłumackim (6 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Wszystkich przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 83; w tygodniu przedostatnim 104.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Orszański mianowany został prof. chorób nerwowych i umysłowych w Charkowie. Dr. Cousin mianowany profesorem chirurgii; dr. Delanglade — prof. chirurgicznej patologii; dr. Oddo — prof. wewnętrznej i ogólnej patologii — wszyscy trzej — w Marsylii. Dr. Recasens Gerol mianowany prof. ginekologii w Madrycie. Prof. ginekologii w Gracu Rosthorn otrzymał wezwanie do objęcia katedry w Hejdelbergu.

Nekrologia. Dr. Kiesselbach, prof. otyatryi, zmarł w Erlandze. Dr. Kazimierz Midowicz, urodzony w Galicyi w roku 1858, wychowaniec wszechnicy krak., zmarł w amerykańskiem uzdrowisku Statedine. Po otrzymaniu dyplomu praktykował w Husiatynie, następnie w Tarnowie, a przed kilkunastu laty wyjechał do Chicago, gdzie spędził resztę życia, ceniony przez swoich i obcych. Dr. Ferdynand Skibniewski zmarł w Czerniowcach.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 28. Sokołowski: Czy i w jakim stopniu uraz może być przyczyną powstania suchot płucnych. Żołędziowski: Zwichnięcie prawej kości skokowej. Ciechomski: Przyczynek do leczenia bliznowatych zwężeń przełyku (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 28. Bossowski: O mięsakach pierwotnych wątroby. Bregman i Steinhaus: Przypadek limfosarkomatu śródpiersia, przechodzącego do kanału kręgowego (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 28. Hlava: Leuconostoc hominis a jeho význam při exanthematických nemocech. Teuner: O léčeni tuberkulosy v okresni nemocnici w Benešově u Prahy (dok.). Salmon: Objevuje se spála dva i vicekrát u tehož individua?

— *La Presse médicale* Nr. 54. Chauffard i Gouraud: Nader ostre kiłowe drugorzędne zapalenie nerek z zejściem śmiertelnem pomimo leczenia rtęciowego. Zimmern: Elektryzowanie odbytnicy.

Nr. 55. Dieulafoy: Wyczekiwać z operacyą w zapaleniu wyrostka robaczkowego, aż nadejdzie chwila operowania »na zimno«, równa się narażeniu chorego na śmierć. Desfosses: Leczenie czyraków.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 27. Riedel: O minimalnem znieczuleniu przy małych zabiegach chirurgicznych, w szczególności przy wprawianiu kości promieniowej i złamaniu kostek. Morgenroth i Sachs: O uzupełnianiu się amboceptorów. Ascoli i Figari: O nefrolizynie. Liepelt: Porażenie nerwu łokciowego po durze brzusznym. Engelmann: O obustronnych wrodzonych szczątkach chrząstek na szyi. Meyer i Aschoff: O receptorach ciał białkowatych w mleku. Oettingen: Leczenie wrodzonej szpotawości u osesków. (c. d.)

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 27. Eckardt: Odczyn surowiczy Widala w chorobie Weila. Steinert: Kurcz intencyjny narządu mowy, t. zw. »Aphthongie«. Korff: Narkoza morfinowo-skopolaminowa. Albrecht: Fizyologiczna czynność guzów (tumorów). Siebert: O wyprysku świerzbiącym u dzieci. Disselhorst: W sprawie tożsamości gruźlicy ludzkiej i zwierzęcej. Sack: O naturze gojenia się pod wpływem światła Finsenowskiego tkanki uległej wilkowi, wrzodowi żrącemu i t. d. Wormser: O klinicznem znaczeniu tyłozgięcia ruchomego macicy (dok.). Naumann: Gruźlicaa krtani. Placzek: Uwag o artykule Büdingena: »Przyrząd do mierzenia klatki piersiowej. Nowa próba płucna«.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 28. Türk: O liczeniu leukocytów. Wechsberg: Dalsze badania nad działaniem bakteryobójczem surowicy uodporniającej. Fein: Naczyniak limfatyczny jamisty jednej struny głosowej. Gaertner: O infuzyi tlenu do żył (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 28. Rinne: Operacyjne leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego. Minkowski: O przeobrażeniach ciał purynowych w ustroju. Bickel: Przyczynek do nauki o przewodliwości elektrycznej surowicy krwi ludzkiej w mocznicy. Ruge: Przyczynek do etyologii czarnego moczu. Schlayer: Przyczynek do kazuistyki zakażenia zimniczego i czarnego moczu. Goldschmidt: Zakażenie zimnicze a schorzenie rakowe.

Redakcya otrzymała. Higier: 1) Podstawy organoterapii i leczenia antytoksycznego u starożytnych Greków. 2) Choroba Tay-Sachsa. 3) W sprawie zaburzeń potowydzielniczych w poliomyelitis anterior i posterior. 4) Zur Klinik der eigenthümlichen Mitbewegung der paretischen Lidhebers und Lidschlissers. Kopczyński: 1) Przypadek syfilisu opon i rdzenia w części lędźwiowo-krzyżowej z niezwykłemi zaburzeniami odżywczemi. 2) Urządzenia higieniczne we wzorowych szkołach Szwajcaryi i w Niemczech.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLI. Kraków, 26 Lipca 1902. Nr. 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Psychiatria jako nauka kliniczna.

Podał

Dr. med. i filozofii **Piotr Pręgowski** (Heidelberg).

I.

W dziejach i rozwoju psychiatryi, jako nauki klinicznej, można wyraźnie rozróżnić dwa okresy i dwie szkoły: po jednej stronie stoją psychiatrzy francuscy, a z niemieckich: Griesinger, Kraft-Ebing, Jolly i in., — po drugiej nowo powstająca szkoła Kraepelina

Pierwsi nie odróżniają należycie stanu chorobowego od jednostki chorobowej; stwierdziwszy stan, już go uważają za jednostkę chorobową; nie zwracają też należytej uwagi na przebieg. Stwierdziwszy n. p. u pacyenta przygnębienie wraz z odpowiedniemi ideami przygnębienia, przy braku objawów innych, uważają ten stan za jednostkę chorobową, za zadumę *(melancholia)*. Krafft-Ebing określa zadumę, jako chorobę cechującą się przygnębieniem uczuć i zahamowaniem biegu procesów umysłowych. — Podobne czysto objawowe określenie podaje dla obłędu (mania), jako choroby, cechującej się wesołem usposobieniem i przyspieszonym biegiem procesów psychicznych. = Stan zahamowania procesów umysłowych przy obojętności w sferze uczuciowej, to dla niego jednostka chorobowa głupkowatość *(stupiditas)*. Stwierdziwszy wybitne urojenia zmysłowe *(hallucinatio)* i bredzenie uważa już ten stan za odrębną samoistną chorobę, za t. zw. obłęd z urojeniami *(delirium hallucinatorium)*, przez innych uważany za obłąkanie pierwotne ostre *(paranoia primaria acuta)*, bądź za obłęd z urojeniami *(mania hallucinatoria)*, bądź wreszcie za niedołęstwo umysłowe *(Amentia)* i td. Samo stwierdzenie idei niedorzecznych *(Wahnidee)*, jako głównego objawu już było dostateczne dla określenia tego stanu jako choroby zwanej obłąkaniem pierwotnem *(paranoia)*, i td. Określanie jednostki chorobowej na podstawie li tylko stanu, bez uwzględniania należytego przebiegu. oto główna cecha omawianej szkoły psychiatrów, jeśli wyraz „szkoła“ może tu być użyty. I tylko w przyjmowaniu psychoz okresowych, aczkolwiek o ich stosunku do przytoczonych chorób podstawowych nie umiano powiedzieć nic więcej ponadto, że występują one okresowo. jak również w nauce o porażeniu postępowem okazuje się, że w oczy bijące znaczenie przebiegu dla badania i określenia chorób umysłowych nie pozwoliło się całkowicie zapoznać.

Już *a priori* powiedzieć można, że nie należyte uwzględnianie przebiegu choroby przy określeniu jednostek chorobowych, nie może zaskarbić sobie uznania. Wszakże określenie n. p. zapalenia płuc, duru, czy jakiejkolwiek innej, tzw. somatycznej choroby, opieramy nie tylko na zbadaniu jednego okresu czy stanu chorobowego, lecz przyjmujemy pod uwagę cały przebieg schorzenia.

Że utożsamianie stanu chorobowego z jednostką chorobową jest błędem, najlepiej okazuje się to z tego, że powstałe na tej podstawie określenia jednostek chorobowych tak nie odpowiadają rzeczywistości, iż opierający się na nich praktyk-psychiatra prawie zupełnie nie jest w stanie uczynić i uzasadnić rokowania. Rozpoznawszy n. p. u pacyenta zadumę z przygnębieniem nie jest w stanie powiedzieć, jaka przyszłość czeka tego chorego; wie bowiem z doświadczenia swego lub innych, że jedni z tych t. zw. „melancholików“ po kilku czy kilkunastu miesiącach powracają do zdrowia i nigdy już w przyszłości nie zapadają na chorobę umysłową; inni po kilku miesiącach pozbywają się swego przygnębienia, by bądź odrazu, bądź po pewnym czasie, wpaść w dyametralnie przeciwny stan, w podniecenie; inni znowu zostają stale inwalidami umysłowymi o charakterze podobnym do pierwotnego stanu zadumczywego, wreszcie u innych rozwija się charakterystyczne ogłupienie i t. d.

W takiem samem położeniu znajduje się psychiatra praktyk szkoły dawnej, gdy rozpozna obłęd *(mania)*, głupkowatość *(stupiditas)*, lub obłęd z urojeniami zmysłowemi *(delirium hallucinatorium)* i t. p.

Jeżeli do tego wszystkiego jeszcze się doda zachodzące często skombinowanie się niektórych z tych stanów ze sobą. n p. wystąpienie przygnębienia uczuciowego przy umysłowo ruchowem podnieceniu, albo podniecenia uczuciowego obok otępienia ostrego i t. d., — a z drugiej strony gdy się zważy, że często spostrzegać się daje stopniowe przejście z jednego stanu w drugi, wtedy już chyba w zupełności okaże się niedoskonałość punktu wyjścia a tem samem i na nim dźwigniętego gmachu dotychczasowej psychiatryi. A zarazem stanie się nam zrozumiałą cała doniosłość postępu. jaki odbywa się w naszych oczach w nauce o chorobach umysłowych w t. zw. szkole Kraepelinowskiej.

Stan chorobowy: przygnębienie, podniecenie, głupkowatość i t. d. nie jest jednostką chorobową, stan chorobowy to tylko objaw, oto pierwsza wytyczna szkoły Kraepelinowskiej, a z nią związana wskazówka metodyczna: przy określaniu jednostek chorobowych należy jaknajściślej uwzględnić przebieg choroby. O trzeciej przewodniej zasadzie nowej szkoły nadmienię niżej. Wyżej podane dwa warunki, będące podstawą szkoły Kraepelina, zbliżyły psychiatryę do reszty nauk klinicznych. Jak internista przy określeniu n. p. duru nie tylko przyjmuje pod uwagę ten lub ów objaw, lecz uwzględnia cały przebieg choroby, tak samo czyni to psychiatra nowej szkoły. Wspomniane dwa poglądy, na któ-

rych przedewszystkiem opiera się szkoła Kraepelinowska dodoprowadzają: 1) w dziedzinie psychiatryi, jako nauki, do przebudowania niemal całego gmachu psychiatryi, a 2) psychiatrze praktykowi dają możność rokowania, co chyba najlepiej świadczy o ich prawdziwości i niezwykłej doniosłości.

Przejdźmy pobieżnie niektóre wyniki, do których już doprowadziła nowa metoda. Niedołęstwo umysłowe przedwczesne (*dementia praecox*) to niejako jej dziecko pierworodne. Powstało ono na na koszt niemal wszystkich dawnych, że tak powiemy, chorób. Część przypadków, rozpoznawanych dawniej, jako obłęd, zaduma, głupkowatość, obłęd z urojeniami zmysłowemi, a nawet porażenie postępowe, okazała się dzięki nowej metodzie badania klinicznego, jako przynależna do jednej odrębnej jednostki chorobowej, charakteryzującej się zanikaniem (jakby wysychaniem) całego życia uczuciowego, osłabieniem władzy sądzenia i oceniania, tudzież określonemi urojeniami zmysłowemi, przy zupełnem zachowaniu reszty umysłowości, więc nietkniętej władzy spostrzegania, pamięci, zdolnosci operowania ideami oderwanemi i t. d., celującej się dalej osobliwościami w zachowaniu się jak dziecinną niedorzecznością, duchem przeczenia (negatywizmem), stereotypowością w czynnościach, napięciem w ruchach, a wreszcie posiadającej charakterystyczny przebieg: w początku pojawia się często stan zadumy (melancholijny), po którym zazwyczaj występuje charakterystyczny stanpodniecenia, tzw. katatonicznego (katalepsya, osłupienie, wielomówność, echolalie, aktorstwo i t. d.), z nim naprzemiany występuje stan paranoidalny lub głupkowatość, aż dojdzie wreszcie do stanu końcowego, którym jest z reguły ogłupienie. W przebiegu tym mogą zachodzić różne odmiany. W międzyczasach pomiędzy oddzielnymi stanami nigdy niema zupełnego zdrowia.

Drugim większym owocem nowej metody jest Kraepelinowska nauka o psychozie przemiennej (cyrkularnej) tzw. (*Manisch depressives Irresein*), chorobie dotyczącej przeważnie strony uczuciowej, której bądź jedna (w stanach podniecenia) bądź druga strona (w stanach przygnębienia) zostaje spotęgowaną, w przeciwieństwie do niedołęstwa umysłowego przedwczesnego (*dementia praecox*), w którem życie uczuciowe nie ulega spotęgowaniu, raczej zanika. Charakterystycznymi w przebiegu tego cierpienia są nawroty stanów chorobowych, a stany te są różne: raz występuje przygnębienie uczuciowe, to znowu podniecenie, to znowu zahamowanie procesów umysłowo-ruchowych lub ich podniecenie, to stopniowe przechodzenie jednego stanu w drugi, to wreszcie najróżnorodniejsze ich połączenia, a w czasie między napadami, zupełne zdrowie. Ostatecznym kresem może być pewne niedołęstwo, które atoli zupełnie jest odrębne od innych.

Pojęcie zadumy (melancholii), jako jednostki chorobowej, zostało bardzo ograniczone w obec usunięcia zeń tych stanów przygnębienia, które okazały się objawami niedołęstwa umysłowego przedwczesnego (*dem. praecox*) i psychozy przemiennej (cyrkularnej) Zaduma, jako jednostka chorobowa, według Kraepelina jest chorobą okresu zanikania życia płciowego (40—50 lat), polegającą na przygnębieniu, wyrzutach sumienia wraz z odpowiedniemi i deami niedorzecznemi, charakterystycznym niepokojem, potrzeba narzekania, rokowanie w $^2/_3$, przypadków zupełnie dobre, w $^1/_3$ zaś z przejściem w charakterystyczny stan niedołęstwa, posiadający cechy schorzenia pierwotnego.

Dawny obłęd (*mania*), jako jednostka chorobowa, został całkiem w swem istnieniu zakwestyonowany. Wypadki podpadające temu rozpoznaniu, okazują się przy dokładniejszem badaniu, szczególniej ich przebiegu, przynależnymi bądź do niedołęstwa umysłowego przedwczesnego (*dem. praecox*), bądź do psychozy przemiennej.

Dokładne badanie przebiegu przypadków, określanych zwykle jako obłąkanie ogólne (*paranoia*), wykazało w nich nie jedną, lecz dwie zasadniczo różniące się od siebie choroby: z jednej strony właściwe obłąkanie ogólne (*paranoia*) rozwijające się powolnie i trwające latami i dziesiątkami lat; bardzo powolnie rozwijające się usystematyzowane idee niedorzeczne bez przejścia w ogłupienie, przy wielu innych jeszcze drobniejszych cechach charakterystycznych; z drugiej strony nazwana przez Kraepelina „dementia paranoides“ idee niedorzeczne nieusystematyzowane, proces szybko postępujący i przechodzący w ogłupienie, tudzież niektóre jeszcze inne cechy, zupełnie odmienne, niż w obłąkaniu ogólnem (*paranoia*) właściwem, jak różne osobliwości zachowania się, spotykane zazwyczaj w zniedołężnieniu umysłowem przedwczesnem (*dementia praecox*), tudzież brak konsekwencyi i sprytu w rozwijaniu urojeń i t. d. Ponieważ te stany chorobowe, jako też ich przebieg i zejścia są różne przeto różne też są zupełnie i jednostki chorobowe.

Tzw. głupkowatość (*stupiditas*), jako choroba została sprowadzona *ad minimum*, tracąc na korzyść odpowiedniego stanu w psychozie cyrkularnej, tudzież podobnego w niedołęstwie umysłowem przedwczesnem. Od obłędu z urojeniami zmysłowemi (*delirium hallucinatorium*), jako jednostki chorobowej, odpadły te przypadki, w których przy urojeniach zmysłowych i bredzeniu nietkniętą jest władza spostrzegania, okazały się bowiem one stanami niedołęstwa umysłowego przedwczesnego (*dem. praec.*). Opilstwo okresowe sprowadzone zostało do podłoża padaczkowego. Zmalał zakres rozpoznawania histeryi, zmodyfikowana nauka o padaczce itd.

Takie wyniki w ciągu nie wielkiej liczby lat wydała nowa metoda kliniczna w nauce psychiatryi. A dodać należy, że to przebudowywanie na nowej podstawie całego gmachu psychiatryi dalekiem jest jeszcze od końca. Praca przebudowawcza trwa ciągle. Nie jeden z dotychczasowych wyników dalej zostanie rozwinięty, niejedno zostanie uzupełnione lub całkowicie zmienione.

Wyniki do których doprowadził nowy kierunek a przedewszystkiem wykazanie, że stany tzw. zadumcze (melancholijne), obłędne (maniakalne) i t. d. mogą występować w wielu zupełnie różnych procesach chorobowych, musiało naprowadzić na myśl, czy nie znachodzą się też różnice w samych tych stanach i czy nie uda się wyszukać cech, po których możnaby było odróżnić stan melancholijny w niedołęztwie umysłowem przedwczesnem (*dementia praecox*) od takiegoż stanu w psychozie cyrkularnej i t. d.? Myśl tę ziszcza obecnie szkoła Kraepelinowska i to jest jej 3-cia cecha charakterystyczna, I w tym kierunku osiągnięto już znaczne wyniki. Okazało się n. p. że stan melancholijny w zadumie, jako jednostce chorobowej, różni

[1]) Po bliższe szczegóły odsełam czytelnika do odnośnych publikacyj, w pierwszym zaś rzędzie do Kraepelinowskiej: »Psychiatrie«. VI. te Auflage 1899 Leipzig.

się od takiegoż stanu w innych chorobach; niepokój i pociąg do skarżenia się, zdaje się istotnie odróżnia stan melancholijny w zadumie od takiegoż stanu w psychozie cyrkularnej, w której odznacza się skupieniem i zahamowaniem umysłowo-ruchowem; dalej w zadumie odznacza się o wiele większym stopniem przygnębienia, aniżeli w psychozie cyrkularnej, w której chorzy są w stanie nawet się uśmiechać (*labilitas* w usposobieniu); w zadumie zawsze chorzy czynią sobie wyrzuty, w psychozie cyrkularnej często ich nie bywa. Stanowi przygnębienia w niedołęstwie umysłowem przedwczesnem (*dementia praecox)* towarzyszą zazwyczaj urojenia zmysłowe (hallucynacye, zwykle słuchowe o nieprzyjemnej dla chorego treści); występują często inne cechy w niedołęstwie zmysłowem przedwczesnem, jak dziecinnie niedorzeczne zachowanie się, katalepsya, negatywizm itd.

Podobnież n. p. okazała się istotna różnica między podnieceniem obłędnem (maniakalnem) w psychozie cyrkularnej a takiemże podnieceniem w niedołęstwie umysłowem przedwczesnem. Stosunek prosty między zamętem w myślach, a umysłowo-ruchowem podnieceniem, w podnieceniu, występującem w psychozie cyrkularnej, niestosunek zaś w podnieceniu katatonicznem (małe umysłowo-ruchowe podniecenie przy wielkim zamęcie myśli); rozmaitość i celowość czynności w pierwszem, monotonność, a nawet stereotypowość tudzież bezcelowość w drugiem; dalej zaś często spotykana katalepsya, wielomówstwo, negatywizm itp. cechy niedołęztwa umysłowego przedwczesnego, występujące w stanie takiego podniecenia tem bardziej ułatwiają rozpoznanie różniczkowe.

Ostatnia dążność nowej szkoły osiąga to następstwo praktyczne, że psychiatra praktyk jest w stanie często rozpoznać a dzięki temu i rokować, tudzież z góry powiedzieć, jaki był dotychczasowy przebieg choroby, na podstawie już tylko samego *status praesens.*

Badanie, do jakiej jednostki chorobowej przynależy dany stan chorobowy, a w tym celu szczegółowe badanie rozwoju tudzież ścisła analiza obecnego stanu chorego, wszystko to obecnie znacznie utrudnia zadanie psychiatry, ale za to otrzymuje on, to zadosyćuczynienie, że gdy rodzina chorego lub władze sądowe pytają go o przyszłość pacyenta, dzisiaj już jest on w stanie niemal we wszystkich przypadkach dać stanowczą odpowiedź. Umożebnione rokowanie, oto praktyczne następstwo reformy Kraepelina, a zarazem najlepsze jej uzasadnienie.

Jak wielkie uznanie wśród ogółu lekarzy znajduje nauka Kraepelina pewnym dowodem tego może być to, że odnośne publikacye w najkrótszym czasie po wyjściu zostają rozsprzedawane, a 7-me wydanie podręcznika psychiatryi Kraepelina, już jest w druku.

Miałem sposobność spotkać w klinice Heidelbergskiej starszego praktyka psychiatrę, kol. Dra Szcz., który od lat 10-ciu jest lekarzem w zakładzie dla obłąkanych w Tambowie. Niemal z końca Europy przybył do Heidelberga, ażeby bliżej się zapoznać z nauką Kraepelinowską, która jak mówił, rozstrzygnęła mu problemat życiowy, gdyż dała mu możność odpowiadania stanowczo mężowi, gdy się z troską pyta, co się stanie z jego chorą żoną lub dzieckiem, czy wyzdrowieje kiedy.

Chcę wreszcie naszkicować kilka obrazów, aby okazać jak się odbywa ta przebudowawcza praca w psychiatryi, tudzież, że może się ona z korzyścią odbywać. Prof. Kraepelin ma do swego rozporządzenia oprócz kliniki w Heidelbergu dwa olbrzymie zakłady dla chorych umysłowych, w rodzaju kulparkowskiego. Każdy niemal pacyent, który dostaje się do prof. Kraepelina, pozostaje już do końca życia pod jego obserwacyą, co zresztą jest ułatwione ze względu na niewielkie rozmiary ks. Badeńskiego. Historye chorób zostają przechowywane w najzupełniejszym porządku od lat 10—15, co przy powrotach pacyenta do zakładu daje możność gruntownego poznania stanów przeszłych i początkowego rozwoju procesu chorobowego. Jak są prowadzone historye chorób, wystarczy powiedzieć, że nawet, gdyby pacyent pochodził z najodleglejszego zakątka państwa niemieckiego, muszą być dostarczone do kliniki świadectwa o jego pobycie i postępach w szkole, wszystkie akta sądowe, jeśli pacyent prowadził kiedykolwiek w życiu proces sądowy, wreszcie historye chorób ze wszystkich zakładów psychiatrycznych, w których pacyent poprzednio się znachodził; zdarza się nawet, że historye chorób bywają sprowadzane z zakładów psychiatrycznych Brazylii lub Stanów Zjednoczonych Ameryki, z którymi to krajami ludność niemiecka utrzymuje stosunki emigracyjne. Zbieranie danych, odnoszących się do przebiegu choroby, doprowadzone do takiej ścisłości, ma miejsce szczególnie w przypadkach zawilszych, a także przy ocenach sądowo-psychiatrycznych.

A jeżeli do tego com powiedział dodam, że katedra psychiatryi w Heidelbergu jest zupełnie oddzielona od katedry chorób nerwowych (złączonej z katedrą chorób wewnętrznych), jedyny wyjątek w Niemczech, a w Europie dotąd mający naśladownictwo tylko w paru uniwersytetach, że do rozporządzenia prof. Kraepelina jest 5. asystentów płatnych, że cała część administracyjna jest załatwianą przez oddzielnego urzędnika-gospodarza, a wreszcie, że przy klinice istnieje pracownia dla psychologii doświadczalnej, tudzież pracownia dla histologii prawidłowej i patologicznej mózgu — będzie zrozumiałem, że w takich warunkach może odbywać się ze skutkiem spokojna praca naukowa nad przebudową psychiatryi i postawieniem jej na podwalinie badania ściśle klinicznego.

II.

Do przytoczonych wyżej zasad Kraepelinowskiej szkoły psychiatrycznej chcę dodać słów parę. Trzech jeszcze, sądzę, potrzeba warunków, aby psychiatrya zrównała się w zupełności z resztą nauk klinicznych:

I. Gdy w dziedzinie wszelkich innych chorób oddawna już bada się przemianę materyi, w zakresie chorób umysłowych nikt niemal o tem nie myśli, a przecież byłoby rzeczą ważną i zajmującą przekonać się, czy i w jaki sposób zostaje zaburzoną przemiana materyi w przebiegu chorób umysłowych. Na podstawie współczesnych naszych wiadomości, a przedewszystkiem na podstawie choćby tych tylko danych o zmianach patologicznych w komórkach nerwowych, w komórkach glejowych i w naczyniach mózgowych, jakie nam wykazuje metoda Nissla w chorobach psychicznych, nie może już nikt utrzymywać, że chorobom umysłowym nie towarzyszy żadna zmiana w budowie cielesnej (korze mózgowej), a skoro towarzyszy, to znajduje też swój wyraz bądź w jakościowych bądź w ilościowych zaburzeniach chemizmu przemiany materyi, zatem badać go

należy. Oto nowa droga dla klinicznej nauki o chorobach umysłowych.

Nie posuwam się zbyt daleko i nie przypuszczam, ażeby już teraz można było mówić o tem, że dzięki tym badaniom można osiągnąć praktyczne korzyści dla rozpoznawania chorób umysłowych; jak również nie miejsce tu na poruszanie spraw, wchodzących w zakres samego badania przemiany materyi i z niem związanych zagadnień.

Nawet, gdyby się okazać miało, że przemiana materyi w chorobach umysłowych nie przedstawia najmniejszych zaburzeń, które to przypuszczenie zresztą sprzeciwia się naszemu podstawowemu poglądowi, że każdej czynności mózgowej (więc i kory mózgowej) odpowiada działanie chemiczne, to i to, jako wykazanie nowej prawdy, miałoby wartość naukową i uzasadniałoby wspomniane badania przemiany materyi. Tu i ówdzie badania te zaczynają już być prowadzone, n. p. psychiatra Kraiński (obecnie w Wilnie) zajmuje się niemi. Atoli uwaga ogółu badaczy psychiatrów dotąd w tym kierunku zwróconą nie jest.

II. Gdy w dziedzinie chorób tzw. somatycznych przyjmujemy w zupełności możliwość równoczesnego występowania różnych chorób, spostrzegane mianowicie bywa kombinowanie się takich dwóch chorób, jak dur brzuszny i plamisty, w psychiatryi tylko tu i ówdzie spotkać można uwagę o kombinowaniu się schorzeń umysłowych. Jasno uświadomioną i do znaczenia wytycznej myśl ta podniesioną nie została. Skutkiem tego powstaje utrudnienie w ścisłem określeniu jednostek chorobowych i odgraniczaniu jednych od drugich, tudzież z ięszanie dla psychiatry praktyka, gdy się znajdzie w obec podobnego, powiedzmy nieczystego, przypadku, a cała nieskończona rozmaitość istnienia stawia nam przed oczy przeważnie takie nieczyste przypadki.

Zdanie sobie sprawy z możliwości kombinowania się psychoz pociągnie za sobą ścisłe określanie jednostek chorobowych, tudzież dokładne odróżnianie jednej choroby czy stanu chorobowego od innych, co znowu pociągnęłoby za sobą znaczne ułatwienie i uproszczenie w rozpoznawaniu. Ścisłe określanie chorób rzecz nie łatwa. Nastąpi ono w zupełności tylko wtedy, gdy poznamy gruntownie czynniki, wywołujące schorzenia umysłowe, i sposób ich działania, a tu znowu natrafiamy na potrzebę badania chemizmu umysłowo chorych, a to dla jaknajgłębszego wniknięcia w istotę zmian zachodzących w ustroju chorego na umyśle.

Że kombinowanie się schorzeń psychicznych jest możliwe, za tem przemawia nie tylko przykład chorób tzw. somatycznych, lecz również świadczą za tem już nawet dotychczasowe dane z dziedziny histologiczno-patologicznych zmian w korze mózgowej. W pracowni prof. Nissla wielokrotnie stwierdzano w jednej i tej samej komórce nerwowej dwie różne zmiany chorobowe. Tak n. p. odróżnia prof. Nissl zmiany tzw. ostre: w komórkach przedtem zdrowych, w komórkach przewlekle zmienionych, wreszcie w komórkach, posiadających którekolwiek z innych schorzeń. Zdarza się czasem i taki przypadek, że w jednej i tej samej komórce spotykamy ślady aż trzech schorzeń.

Sądzę, że oświetli nieco omawiane zagadnienie już samo postawienie paru pytań następujących: czy n. p. człowiek zakażony kiłą z niedołęstwem umysłowem przedwczesnem, lub z psychozą cyrkularną i t. d. nie może nigdy zapaść na porażenie postępowe? A jeżeliby dostał porażenia postępowego, czy wtedy zniknie psychoza pierwotna? Czy n. p. osobnik z psychozą padaczkową jest już przez to samo odporny na czynniki, wywołujące choroby umysłowe lub czy w razie pojawienia się ich pierwsza znika? Osoba histeryczna, dostając innej psychozy, czy traci swoją histeryę itd. itd.

Bezsprzecznie może się okazać, że niektóre schorzenia nie mogą się kombinować tak samo, jak to zachodzi niekiedy w dziedzinie chorób somatycznych. Tem niemniej przewodnia myśl o możliwości kombinowania się psychoz zachowuje całą swą doniosłość. Powstać może pytanie, jakiego rodzaju jest to kombinowanie się, w jakim do siebie stosunku pozostają dwie występujące równocześnie psychozy? Sprawa ta atoli nazbyt jest teoretyczna, aby się bliżej na tem miejscu zajmować nią było wolno.

III. Każdy klinicysta, nim przystąpi do łóżka chorego, musi się przedtem zapoznać ze składnikami ciała zdrowego i chorego, tudzież z ustosunkowaniem tych składników w ciele zdrowem. Nic podobnego nie dzieje się z psychiatrą. Psychiatra do tej pory pozostaje bez tego przygotowania podstawowego. O pierwocinach duszy ludzkiej ma się zazwyczaj gospodarskie, że tak powiem, wiadomości; a już z właściwościami człowieka prawidłowego wcale nie można się zapoznać, gdyż dotąd nie istnieje nauka tak pojętego przedmiotu. Nie da się przeto prędko usunąć ta, zresztą bardzo powierzchowna różnica między psychiatrą, a każdym innym klinicystą.

II. O nowszych teoryach odporności.

Podał

Dr. Filip Eisenberg.

(Według odczytu wygłoszonego w krak. Tow. lek. dnia 23 kwietnia b. r.).

Część I.

Panowie! Mając dziś przed Wami mówić o obecnym stanie nauki o odporności, wiem dobrze, że ogrom przedmiotu nie pozwoli mi wyczerpująco i wszechstronnie przedstawić całej tej pełnej zagadek dziedziny, tak doniosłej dla nauki lekarskiej; postanowiłem tedy w szczupłych ramach czasu, jakim rozporządzam, oddać w głównych zarysach jednę z dwóch teoryj, z któremi nierozłącznie się wiąże praca lat ostatnich na tem polu, — teoryę łańcuchów bocznych Ehrlicha, tembardziej, że w interesującym swym odczycie prof. Klecki przedstawił już przed Wami część tych zagadnień, opierając się przeważnie na pracach i poglądach szkoły francuskiej.

I.

Genialne pomysły szczepień ochronnych, wynalezione przez Jennera i Pasteura, a poprzedzone naiwnie empirycznemi spostrzeżeniami dwudziestu przeszło wieków, posłużyły za punkt wyjścia dla tej młodej jeszcze, a już tak bujnie się rozwijającej nauki, o której mówić zamierzam; — trzy odkrycia, dokonane przed laty mniejwięcej dziesięciu, dały początek ściśle naukowemu badaniu i poglądowi na te sprawy. Odkrycie aleksyn w surowicach zwierząt prawidłowych przez szkołę Flüggego i Buchnera, odkrycie leczenia antytoksycznego błonicy i tężca przez Behringa, i najmłodsze z nich odkrycie odporności bakteryobójczej przeciw cholerze i durowi wskazywały drogi, któremi iść należało, aby zgłębić mechanizm naturalnej i nabytej odporności. Należało

poznać sposób powstawania tajemniczych tych ciał, sprowadzić ich działanie do praw fizyko-chemicznych, należało wyjaśnić swoistość tych działań, a wreszcie stwierdzić, jaką rolę odgrywają już nie w probówce, czy w doświadczeniu na zwierzętach, lecz w zawiłym mechanizmie patologii ludzkiej; — a te to właśnie pytania stanowią treść pracy i teoryi Ehrlicha.

Prace Ehrlicha, Calmettea, Martina i Cherryego i Wassermanna obaliły zapatrywanie, jakoby w neutralizacyi jadu przez antytoksynę, ustrój zwierzęcy brał jakikolwiek udział, jak również, jakoby antytoksyna niszczyła jad, jak np. mocne kwasy mineralne niszczą substancye organiczne; natomiast uczyniły prawdopodobnem istnienie swoistego, fizyologicznie obojętnego związku między jadem a antytoksyną — związku, w którym oba ciała współistnieją. Logicznem tego poglądu następstwem był postulat istnienia ściśle stoichiometrycznych praw łączenia się tych ciał, — postulat ogromnej doniosłości praktycznej, gdyż tylko na tej podstawie można było oprzeć naukową kontrolę skuteczności surowic antytoksycznych. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności posiadamy w ustroju morskiej świnki nadzwyczaj czuły i bardzo jednostajnie oddziaływający odczynnik żywy na jad błoniczy tak, że badania te mogły być przeprowadzone niemal ze ścisłością rozbioru chemicznego. Tymczasem badanie licznych prób jadu błoniczego bynajmniej nie stwierdziło ścisłej i stałej proporcyonalności między ilością antytoksyny a zobojętnionego jadu; jednostka antytoksyczna, tj. ilość surowicy, zobojętniająca 100 jednostek toksycznych pewnego jadu, obranego za typ (t. j. 100 dawek śmiertelnych dla morskich świnek wagi 250 gr. w 4—5 dniach) zobojętnia różne ilości różnych jadów błoniczych. Ale to spostrzeżenie mogło się jeszcze tłómaczyć różną tych prób jadowitością; — natomiast zupełnie sprzeciwiał się teoryi połączenia chemicznego fakt, że ta sama ilość antytoksyny zobojętnia różne ilości dawek śmiertelnych, zawarte w różnych próbach jadu, więc w jednym przypadku 100, w drugim 50 i t. d. Klucz do wyjaśnienia tych zawiłych stosunków dało dopiero genetyczne ich badanie; wiadomo, że jad błoniczy przechowywany nawet w najlepszych warunkach, osłabia się, t. j. że ilość jednostek toksycznych, zawarta w pewnej objętości, maleje, gdy tymczasem antytoksyna zobojętnia niezmiennie tęsamą ilość danego bulionu błoniczego, chociaż pierwotnie n. p. zawierał 100 jednostek toksycznych, a po roku zawiera ich tylko 50. Wniosek ztąd bardzo oczywisty, że w jadzie błoniczym istnieją dwie niezależne od siebie funkcye, jedna toksyczności, druga zobojętniania jadu, że pierwsza z nich niezależnie od drugiej może ulegać zmianom; Ehrlich, posługując się symbolami, zapożyczonymi ze stereochemii, wniosek ten wyraża w ten sposób, że jad posiada dwie grupy, toksyczną i chwytną *(toxophore und haptophore Gruppe)*, z których pierwsza stanowi podkład swoistej funkcyi toksykologicznej jadu, druga podkład jego powinowactwa chemicznego do antytoksyny. Badania Morgenrotha nad jadem tężcowym (tetanospasminą) wykazały, że działanie tych dwóch grup można również *in vivo* wyosobnić; wiadomo jest, że żaby tylko w ciepłocie 37° ulegają działaniu jadu tężcowego; zaś w ciepłocie pokojowej na razie nie objawiają znaków zatrucia, aż je przeniesiemy w otoczenie o wyższej ciepłocie, gdzie tężec choćby po długim czasie wybucha; otóż Morgenroth wykazał, że u takich żab, pozornie zupełnie prawidłowych, jad jest związany, gdyż nie udaje się ich uchronić od następowego tężca nawet przez wysokie dawki antytoksyny; doświadczenia te wykazują, że grupa chwytna jadu tężcowego objawia swe działanie w ustroju żaby już w niskiej ciepłocie, grupa toksyczna dopiero przy 37°.

Ale nie na tem koniec. Doświadczenia z t. zw. częściowem nasycaniem jadu *(partielle Sättigung)* wykazują jeszcze bardziej zawiłą jego budowę. Jeżeli do pewnej ilości jadu, zobojętnionej dokładnie przez jednostkę uodporniającą (imunizacyjną (J. J.), będziemy dodawać zamiast całej tej jednostki różne jej ułamki, to przypuszczając jednolity skład jadu, należałoby oczekiwać, że w miarę coraz mniejszego nasycenia jadu, mieszaniny te będą proporcyonalnie ujawniać coraz większą siłę toksyczną. Jeżeli tedy jednostka uodporniająca (J. J.) zobojętnia n. p. 100 jednostek toksycznych (J. T.) danego jadu, to mieszanina, zawierająca 100 J. T. $+ ^9/_{10}$ J. J. powinnaby ujawniać działanie 10 J. T., mieszanina 100 J. T. $+ ^7/_{10}$ J. J. działanie 30 J. T. itd. Tymczasem doświadczenia te łącznie z genetyczną obserwacyą jednego i tego samego jadu w różnych okresach osłabienia siły toksycznej wykazują, że jad składa się z poszczególnych części o różnym stopniu powinowactwa do antytoksyny, a nadto, że każda z tych części może przejść w odmianę atoksyczną o niezmienionem powinowactwie do antytoksyny przez utratę lub modyfikacyę grupy toksycznej przy nienaruszonem zachowaniu grupy chwytnej. Rozróżnia więc Ehrlich proto deutero- i tritotoksynę o coraz to mniejszem powinowactwie, a nadto produkta ich atoksyczne, które nazywa toksoidami, a więc proto deutero- i tritotoksoid. Prototoksyna najmniej odporna jeszcze w czasie rozwoju hodowli w termostacie zmienia się w prototoksoid; tritotoksyna ulega tej przemianie w przeważnej części dopiero w ciągu kilku miesięcy, deuterotoksyna w połowie bardzo szybko przechodzi w deuterotoksoid, druga zaś jej połowa niezmieniona jest bardzo trwała i przez lata całe utrzymuje toksyczność danego jadu. Nadto obok właściwego jadu, cechującego się wywoływaniem zbitych obrzęków i szybkiego zatrucia, wydziela prątek błoniczy równocześnie drugi jad o odmiennej grupie toksycznej, wywołującej późne porażenia i wiotkie obrzęki, a w wyższych dawkach śmierć opóźnioną w ciągu 2—3 tygodni; jad ten, zwany toksonem, posiada wspólną z toksyną grupę chwytną o mniejszem jednak do antytoksyny powinowactwie. Po tych uwagach dopiero zrozumiemy dokładnie przebieg doświadczeń z t. zw. częściowem nasycaniem jadu: gdy do pewnej ilości jadu dodamy pewien ułamek zobojętniającej go ilości antytoksyny, nasamprzód nasyci się nią prototoksyna mocą swego najsilniejszego powinowactwa; ponieważ zaś w używanych zwykle jadach cała prototoksyna przeszła w prototoksoid, przeto po dodaniu np; $^1/_{10}$ części zobojętniającej antytoksyny nie zobaczymy wcale ubytku toksyczności, bo została zobojętniona nieczynna część jadu. Przy dalszym dodatku stopniowo deutero- i tritotoksyna (toksoid) nasycą się antytoksyną tak, że dodawszy np. $^8/_{10}$, będziemy mieli nasycone wszystkie frakcye toksyny i toksoidu, a pozostanie w stanie wolnym wskutek najsłabszego powinowactwa tokson, który nawet w wielkich ilościach nie daje zmian, cechujących sam jad. Dla lepszego uzmysłowienia wyników rozbioru różnych jadów Ehrlich przedstawia je graficznie w postaci t. zw. widma jadu *(Giftspectrum)*.

Dalsze badania, podjęte w tym kierunku, wykazały, że taka budowa jadów jest zjawiskiem dość ogólnem.; Morgenroth wykazał ją dla jadu tężcowego (tetanospasminy), Markl dla jadu dżumowego, Jacoby dla rycyny, Madsen dla jadu tężcowego, rozpuszczającego krew (tetanolizyny), Myers dla jadu węży (kobralizyny), Neisser i Wechsberg dla jadu gronkowców (stafilolizyny); badania przeprowadzone przezemnie wspólnie z Drem Volkiem w Instytucie wiedeńskim (prof. Paltaufa), a stwierdzone niedawno przez prof. Wassermanna, wykazały, że aglutynujące się ciało bakteryj posiada również grupę chwytną o znacznej odporności obok grupy nietrwałej, z którą związany jest widomy objaw aglutynacyi; podobną budowę wykazują w molekule białka, strąconego przez precypityny, badania moje, ogłoszone w tych dniach [1])

Opierając się na nabytej w ten sposób głębszej znajomości jadu, przystąpił Ehrlich do najistotniejszego pytania w sprawie mechanizmu odporności, do zbadania sposobu powstawania swoistych produktów reakcyi ustroju, a w szczególności antytoksyn. Każda teorya odporności, o ile chciała być zupełną, musiała przedewszystkiem wyjaśnić mistyczną napozór swoistość tych ciał, których ustrój może wytwarzać cały legion pod wpływem odpowiednich uodpornień. Kiedy widzimy, jak powstają w każdym przypadku swoiste antytoksyny, aglutyniny, koaguliny, precypityny, bakteryolizyny, hemaglutyniny, hemolizyny, antyhemolizyny, antyfermenty itd., musimy pełni zdumienia zapytać z Gruberem: zkąd ta niesłychana plastyczność ustroju, który na każde działanie odpowiada przystosowaną doń reakcyą, zmieniając przytem oczywiście swą przemianę materyi? zkąd ta harmonia prestabilizowana, która sprawia, że zawsze powstaje ciało, zobojętniające ściśle i wyłącznie działanie wprowadzonej szkodliwości? Buchner, Emmerich i Loew, jak również niektórzy badacze szkoły francuskiej, sądzili, że swoiste to powinowactwo najlepiej się da wytłómaczyć przypuszczeniem, iż antytoksyna nie jest niczem innem, jak zmienionym przez ustrój i unieszkodliwionym jadem, a powinowactwo jej do jadu jest objawem przyciągania identycznych grup, jakiego przykład mamy w zjawiskach polimeryzacyi i krystalizacyi. Atoli krytyczne uwzględnienie faktów spostrzeganych przy uodpornianiu sprzeciwia się takiemu poglądowi; według Knorra ustrój konia odpowiada na wprowadzenie pewnej ilości jadu tężcowego wytworzeniem ilości antytoksyny, zdolnej zobojętnić 100.000 razy większą ilość jadu; uodporniony ustrój utrzymuje zawartość antytoksyny we krwi niezmienioną przez dłuższy czas, pomimo ciągłej utraty antytoksyny z wydalinami; wytwarza tedy coraz to nowe jej ilości, chociaż mu jadu nie doprowadzamy; rzecz oczywista, że ta dysproporcya między ilością antytoksyny, a jadu wprowadzonego, zupełnie nie da się pogodzić z wyżej wyłuszczoną hipotezą.

Znanem jest zdawna w medycynie, a zwłaszcza w farmakologii zjawisko, że ustrój i poszczególne jego narządy oddziaływają wyborczo (elektywnie) wobec różnych środków: strychnina działa na komórki ruchowe przednich rogów rdzenia; kurara na zakończenie nerwów ruchowych w mięśniach; fosfor na komórkę wątrobową i t. d. Musimy przypuszczać, że zachodzi tu pewne szczególne powinowactwo pomiędzy pewnym środkiem, a pewnym rodzajem komórek, powinowactwo, które staje się bodźcem dla swoistego połączenia się odczynnika z wrażliwym składnikiem ustroju. Rodzaj tego połączenia jest różny: większość środków stosowanych we farmakologii nie tworzy właściwych ścisłych związków, lecz tylko t. zw. luźne sole, lub stałe roztwory; tak np. wiadomo, że narkotyki nie wchodzą w samą żywą protoplazmę komórek nerwowych, lecz zostają nagromadzone w lipoidach układu nerwowego. Co do ścisłych związków z protoplazmą, to są one możliwe w dwojakiej formie: albo drogą podstawienia, albo drogą syntezy; pierwszy typ, którego przykład mamy w powstawaniu kwasu ksantoproteinowego przez podstawienie grupy nitrowej w białku, w biologii nigdy prawie nie zachodzi, gdyż większość ciał, z któremi farmakologia ma do czynienia, nie posiada tak wysokiego napięcia energii chemicznej, jakie jest potrzebne do takich działań. Natomiast dobrze znany jest w chemii biologicznej drugi typ związków syntetycznych protoplazmy, typ zwykle określany nazwą przyswajania; wiemy o całym szeregu ciał chemicznych, że służą regeneracyi protoplazmy, wchodząc z nią w ścisły związek na podstawie wybitnego do niej powinowactwa; jak wielką jest energia tego powinowactwa, tego dowodzi między innemi fakt, że do odszczepienia z białka grupy węglowodanowej trzeba użyć tak energicznych działań, jak gotowania z kwasami. Jeżeli teraz zapytamy, — a pytanie to stanowi podstawę do wszelkiej teoryi powstawania swoistych produktów reakcyjnych, — jak się w ustroju zachowują jady, to oczywiście musimy odpowiedzieć, że wszelki jad tylko pod tym warunkiem może na ustrój jakiekolwiek wywrzeć działanie, jeżeli ma do jego części składowych powinowactwo chemiczne. Jad pozbawiony takiego powinowactwa do danego ustroju będzie dlań obojętnym i na tym to fakcie w niektórych przynajmniej przypadkach polega wrodzona odporność pewnych gatunków zwierząt wobec pewnych jadów. Doświadczenia, w których przez uodpornianie zapomocą toksoidów, tj. atoksycznych odmian jadu, udało się uzyskać wytworzenie antytoksyn, wykazują, że grupa toksyczna sama przez się nie warunkuje tego powinowactwa jadu do komórek ustroju, że natomiast grupie chwytnej przypada ta funkcya w udziale. Zachodzi teraz pytanie, jak sobie to połączenie jadu z wrażliwymi składnikami ustroju wyobrazić, do jakiego z wymienionych wyżej typów je odnieść? Prace lat ostatnich, — że wymienię tylko nazwiska Czystowicza, Bordeta, Myersa, Wassermanna i Schützego i Uhlenhutha — wykazały, że najróżnorodniejsze ciała białkowate pochodzenia zwierzęcego i roślinnego wywołują przy dłuższem uodpornianiu podobne produkta swoistej reakcyi ze strony ustroju, jak jady, ciała bakteryjne lub komórki obcych gatunków zwierząt. Prace te przez analogię wskazują, że działanie jadów i ciał pokrewnych na komórki wrażliwe ustroju wchodzi w zakres spraw przyswajania, budując w ten sposób pomost między dziedziną odporności a wielką i niesłychanie ważną funkcyą przyswajania. Takie przyswojenie jadu będzie oczywiście tylko wtedy możliwem, jeżeli zarówno jad, jak wrażliwa protoplazma zawierają w swym składzie grupy o pewnem powinowactwie chemicznem; w składzie jadu będzie to grypa chwytna, która, jak widzieliśmy, rozstrzyga o działaniu jadu w ustroju, czy to toksycznem, czy uodparniającem; w składzie protoplazmy zaś hipotetyczną tę grupę,

[1]) Rozpr. Akad. Umiej. w Krakowie. Wydz. mat.-przyr. posiedz. 8 maja 1902 r.

która wyobraża jej powinowactwo, czy to dla jakiego białka przyswajanego, czy to dla jadu, Ehrlich nazywa chwytnikiem (receptorem). Posługując się symbolami stereochemicznymi, które już E Fischer z wielkiem powodzeniem zastosował był do nauki o fermentach, przedstawia Ehrlich żywą protoplazmę, jako złożoną z jądra czynnościowego *(Leistungskern)*, pełniącego swoistą funkcyę danej komórki (lecz nie identycznego z morfologicznem jądrem komórkowem) i z osadzonych na niem łańcuchów bocznych *(Seitenketten)*, służących jako chwytniki dla ciał odżywczych. Przy niesłychanie zawiłym i różnorodnym chemizmie przemiany materyi będzie łatwo zrozumiałem, że ilość tych różnorodnych chwytników protoplazmy będzie bardzo wielka i że zgodnie z bardzo chwiejną równowagą drobiny (molekułu) protoplazmy, ciągłym podlega zmianom ilościowym i jakościowym; w dalszym ciągu wywodów będę miał sposobność pogląd ten bliżej objaśnić przykładami. Logicznem tego poglądu następstwem jest postulat, że te tylko ciała zdolne są wytworzyć odporność, które mogą przez ustrój być przyswajane mocą swoistego swego powinowactwa do jego składników tkankowych; wszystkie dotychczasowe spostrzeżenia z postulatem tym się zgadzają; znamy dotąd tylko odporność przeciw jadom bakteryj, węży i ropuch, jak również przeciw niektórym toksalbuminom roślinnym, jak rycynie, abrynie, krotynie; natomiast dotąd nie udało się uzyskać prawdziwej odporności przeciw toksycznym alkaloidom i glikozydom, a rzekoma surowica przeciwarsenikalna Besredki nie wytrzymała ściślejszej krytyki. (Ciąg dalszy nast.).

III. Leczenie operacyjne ropni w jamie Douglasa w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego *(appendicitis)*.

Podał
Dr. Aleksander Bossowski,
Docent Chirurgii Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dokończenie).

Opróżnianie ropni jamy Douglasa przez ścianę odbytnicy pomimo wyników korzystnych, jakie osiągnął i ogłosił Rotter, nie potrafiło zjednać sobie ogólniejszego uznania, lecz przeciwnie natrafiło na dość ostrą krytykę, czego dowodzi między innemi dyskusya, przeprowadzona w lutym p. r. na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Wiedniu. Wprawdzie Rotter w uwagach wstępnych swej pracy: „Zur Pathologie und Therapie der Douglasabscesse" określa ściśle, że do ropni jamy Douglasa zalicza tylko te ogniska ropne, które leżą na dnie zaułka otrzewnej i pokryte są kopułą między sobą zrośniętych pętli jelitowych, wszystkie zaś inne ropnie, gdzie pomiędzy dnem zatoki Douglasa, a nagromadzoną ropą leżą zrośnięte lub wolne pętle jelita, zalicza do zapaleń wyrostka robaczkowego *(perityphlitis)* w małej miednicy, to jednak każdy przyzna, że odróżnienie to jest zbyt nikłe i w wielu razach w praktyce wyśledzić się nie da. Wszak biorąc pod uwagę sam sposób powstawania ropni w jamie Douglasa według poglądu Rottera, przypuścić wolno, że po pęknięciu wyrostka robaczkowego zakaźna treść jego, spływając do zatoki Douglasa znacznie pogłębionej, n. p. przez wypełniony pęcherz, zastaje tam już leżącą na dnie pętlę jelita cienkiego, ciężką, bo pełną treści i że rychło dołączające się podrażnienie otrzewnej zlepia ją z dnem zatoki, tak jak zlepia i pętle wyżej i z boku położone. Niemniej jednak rozwijający się następnie ropień leży w jamie Douglasa i niema słusznego powodu, aby mu tej nazwy odmówić. Że zaś odróżnienie ściśle jednego ropnia od drugiego jest częstokroć wprost niemożliwe, świadczy wzmianka samego Rottera, że w poszczególnych przypadkach wypuklenia wyraźnego ściany odbytnicy, nakłucie próbne nie wykazało ropy, a co więcej, że kilkakrotnie przy swojem postępowaniu nakłuł pętle jelita cienkiego i aspirował ich treść do strzykawki, chociaż, na szczęście, zdarzenie to nie miało szkodliwych następstw dla chorych. Przypadek spostrzegany przezemnie dowodzi również, że droga odbytnicza, wskrzeszona w celu otwierania ropni w jamie Douglasa, niezawsze wolna jest od niebezpieczeństwa i wymaga w każdym razie większej baczności, niźli poświęca jej Rotter.

Mężczyzna lat 26 liczący, urzędnik pocztowy, zachorował nagle śród objawów ostrego zadrażnienia otrzewnej w dole biodrowym prawym i w 16-tym dniu choroby przewieziony został do szpitala Braci Miłosierdzia z rozpoznaniem *epithyphlitis*.

Tu stwierdzono mierne wzdęcie brzucha w dolnej jego części, brak bolesności w miejscu typowem wyrostka robaczkowego, natomiast przy głębszym ucisku bolesność od strony lewej w okolicy nadpachwinowej wewnętrznej, gdzie też przy każdem znaczniejszem poruszeniu się w łóżku i w czasie przewożenia do szpitala doznawał chory bólu wewnętrznego. Stan zresztą bezgorączkowy, wypróżnienia tylko po lawatywie z mierną bolesnością w brzuchu. Badanie przez odbytnicę wykazuje w wysokości końca palca badającego wyraźne wypuklenie przedniej ściany odbytnicy, elastyczne, bolesne przy dotyku, bez wybitnego jednak chełbotania. Rozpoznano ropień w jamie Douglasa, powstały w przebiegu *epityphlitis*, i przystąpiono do operacyi cięciem przez powłoki brzuszne, torując sobie drogę pozaotrzewnowo w głąb miednicy. Tam natrafiono na silne i grube zrosty, a po rozdzieleniu ich na tępo dotarto do jamy ropnia, położonego w zatoce Douglasa. Po wydaleniu ropy mogłem dopiero stwierdzić, jak niebezpiecznem byłoby otwarcie ropnia przez ścianę odbytnicy, albowiem na dnie zatoki Douglasa leżała przyrośnięta pętla jelita cienkiego, przylegająca ściśle do ściany odbytnicy. Bez otwarcia zatem wolnej jamy brzusznej udało się w przypadku przytoczonym opróżnić ropień usadowiony w jamie Douglasa, poczem, po wytamponowaniu go gazą, oczyszczeniu pola i rąk, przedłużyłem pierwotne cięcie w powłokach brzusznych w kierunku prawego kolca biodrowego i otworzyłem w dole biodrowym wolną jamę brzuszną. Tu odszukałem i odciąłem u podstawy przebity na szczycie wyrostek robaczkowy, przytwierdzony daleko od ropnia w jamie Douglasa dość zbitymi zrostami z siecią i jelitem. Część zewnętrzną rany w powłokach, prowadzącą do wolnej jamy brzusznej, zamknięto dokładnie szwem, resztę rany zostawiono otworem, wprowadziwszy przez nią gazę i sączki w głąb do jamy ropnia w zatoce Douglasa.

Przebieg pooperacyjny był całkiem prawidłowy, część rany zespojona szwem zgoiła się przez rychłozrost, a chory po upływie 10-ciu tygodni opuścił szpital z małą przetoką, pozostałą w miejscu rany tamponowanej i sączkowanej. Po kilku tygodniach później przetoka zamknęła się doszczętnie.

Przypadek opisany stwierdza dowodnie, że wywody teoretyczne, odnoszące się do rozgraniczenia jamy Douglasa i odbytnicy przez pętlę przyrośniętego do jej ściany jelita, w praktyce uwzględnione być winny; a mając tę możliwość raz na uwadze, należałoby ograniczyć postępowanie podane przez Rottera do tych przypadków, gdzie ropień opuszcza się nizko ku rzyci i wypuklając wybitnie ścianę odbytnicy, objawia wyraźne chełbotanie. W tych razach jedynie usprawiedliwione jest i dopuszczalne poniekąd otwarcie go przez ścianę odbytnicy, zwłaszcza jeżeli chodzi o doraźne opróżnienie ropy w sposób najmniej wyczerpujący wobec znacznego upadku sił chorego. Zabieg bowiem, zmierzający do leczenia operacyjnego ropnia jamy Douglasa, wytworzonego w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, winien mieć na względzie nietylko

1) najłatwiejsze dla operującego, a dla chorego najmniej wysilające nacięcie ściany ropnia w zatoce Douglasa, lecz również

2) odsłonięcie pola operacyjnego tak dokładne, aby umożliwić obok opróżnienia ropnia w jamie Douglasa równoczesne otwarcie innych ognisk ropnych, powstałych w przebiegu zapalenia wyrostka, i

3) zapewnienie po operacyi jak najswobodniejszego odpływu ropie ze wszystkich ognisk.

Z dróg wyżej wymienionych żadna sama przez się nie łączy w sobie dopiero co przytoczonych warunków, a wykluczając drogę międzykroczową i kulszo-odbytniczą, które wobec znacznych trudności technicznych i silnego krwotoku nie dają nawet należytego poglądu na stosunki w zatoce Douglasa, pozostają do wyboru jedynie droga przykrzyżowa *(parasacralis)*, zalecana przez Hochenegga i cięcie typowe przez powłoki brzuszne z pozaotrzewnowem torowaniem drogi do zatoki Douglasa, którego zwolennikami oświadczyli się Schlange, Gussenbauer i inni. Droga krzyżowa uchyla wprawdzie wszelkie niebezpieczeństwo otwarcia i zakażenia z ogniska ropnego wolnej jamy brzusznej, stwarza niewątpliwie należyty dostęp do zatoki Douglasa i zapewnia po osączkowaniu swobodny odpływ ropie; z drugiej strony jednak uniemożliwia odkrycie ognisk ropnych, powstałych równocześnie w innych miejscach jamy brzusznej w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, które stosunkowo często obok ropnia w jamie Douglasa się pojawiają, a przy badaniu przedoperacyjnem niejednokrotnie wykazać się nie dają.

Jak wynika bowiem z zestawienia Rottera, na 26 przypadków przez niego operowanych przez krocze lub odbytnicę, tylko w 12-tu ropień w jamie Douglasa stanowił jedyne ognisko ropne; między 7-ma przypadkami z kliniki Garrégo, w trzech znachodziły się nadto w jamie brzusznej dalsze odgraniczone ropnie. Przy zastósowaniu drogi krzyżowej ropnie te, nie wchodzące w obszar zatoki Douglasa, wymagają odrębnego nacięcia od strony powłok brzusznych, wobec czego wartość tej metody ulega znacznemu upośledzeniu

Dostęp do ropnia w jamie Douglasa, torowany cięciem przez powłoki brzuszne, przedstawia bezsprzecznie zabieg trudniejszy i cięższy dla chorego, wobec głębokiej siedziby ropnia w miednicy małej, naprowadza jednak w wielu razach po drodze swej na ślad ognisk ropnych dalszych, współcześnie istniejących i dopuszcza w poszczególnych przypadkach korzystnych wycięcie równoczesne wyrostka robaczkowego, przez co zaoszczędza choremu ponowną operacyę doszczętną. Przyznać jednak należy, że leczenie następowe po otwarciu ropnia w jamie Douglasa od strony powłok brzusznych przeciąga się bardzo długo skutkiem niedostatecznego opróżniania się jamy, choćby najlepiej osączkowanej; to też równoczesne wykonanie przeciwcięcia z dna jamy Douglasa pod kontrolą oka stwarza dopiero warunki przestrzegane przy leczeniu każdego ropnia przez zapewnienie należytego odpływu ropie z najniższego punktu jamy, a tem samem nie może pozostać bez wpływu na skrócenie czasu leczenia następowego. Wprawdzie Schlange, jako przeciwnik sączkowania przez odbytnicę, doradza zamiast nacinania jej ściany z dna zatoki Douglasa, założenie raczej kilku sączków na dno miednicy i ułożenie chorego na brzuchu w ciągu leczenia pooperacyjnego; — to jednak wykonanie przeciwotworu z dna zatoki Douglasa w okolicę krzyżową z pominięciem odbytnicy, mieści w sobie tyle niewątpliwych korzyści, że dodatkowy ten zabieg zaleca się wprost, jako wskazanie dalsze po otwarciu ropnia jamy Douglasa cięciem, wychodzącem od powłok brzusznych.

IV. Wyciągi.

Dr. W. Rosenblath. **Chloroma i białaczka.** (*Deutsches Archiv für klinische Medicin*, 1902, Bd. 72). Autor opisuje dwa przypadki chloromu, spostrzegane przez niego w szpitalu w Kassel. W obu przypadkach objawy kliniczne bardzo były do siebie zbliżone. Choroba rozwinęła się u osobników młodych, w 8-mym i 15-tym roku życia. Wśród objawów ciężkiej niedokrewności przyszło do wytworzenia się guzów nowotworowych na okostnej różnych części kośćca. Najbardziej zwracającem uwagę było usadowienie się guzów nowotworowych poza gałkami ocznemi, czego następstwem było wysadzenie gałek ocznych wysokiego stopnia. W czasie przebiegu choroby pojawiały się liczne wybroczyny podskórne, a badanie krwi wykazało znaczne zmniejszenie się liczby ciałek czerwonych, a zwiększenie się ciałek białych. W jednym przypadku liczba ciałek białych wynosiła 300.000, w drugim zaś 58.000, nadto w pierwszym przypadku białaczkowy skład krwi pojawił się nagle w czasie spostrzegania. Co do stosunku ciałek białych, to limfocytów małych było niewiele, również i neutrofilów, a głównie obfitowały jednojądrzaste ciałka różnej wielkości o wązkim rąbku protoplazmy, a jądrze słabo się barwiącem, okazującem siateczkowate nieco ziarniste utkanie. Choroba po czterech miesiącach w obu przypadkach zakończyła się śmiercią.

Sekcye wykazały w obu przypadkach na okostnej w różnych okolicach kośćca, a w szczególności na dnie oczodołów i wzdłuż kręgosłupa guzy nowotworowe zielono zabarwione, oraz przerzuty w narządach okazujących utkanie gruczołowe. Co do dokładniejszych objaśnień anatomo-histologicznych, odsyła autor do pracy Dra Risla, omawiającej dokładnie oba to przypadki pod tym względem. (*Zur Kenntniss des Chloroms. Aus dem pathol. Institut in Leipzig. Deutsches Archiv für klin. Med.*). Na podstawie szczupłej kazuistyki, jakoteż własnego spostrzegania, usiłuje autor nakreślić obraz kliniczny tej rzadkiej choroby. Występuje ona zwykle w wieku młodocianym i rozpoczyna się ogólnem osłabieniem, bladością powłok zewnętrznych i biciem serca. Wkrótce przychodzi do tworzenia się guzów nowotworowych w różnych okolicach kośćca. Charakterystycznem jest występowanie tych guzów w oczodołach, co w następstwie sprowadza wysadzenie gałki ocznej i utratę wzroku. Często bywają zaburzenia w narządzie słuchu, jakoteż bujanie nowotworu do jam nosowych. Do porażeń nerwów mózgowych lub też do ucisku na rdzeń nigdy prawie nie przychodzi. Niekiedy uważano w moczu zielone zabarwienie. Zmiany we krwi dopełniają obrazu chorobowego, albowiem w większej części przypadków spostrzegano ciężką niedokrewność, usposobienie do krwotoków, w kilku zaś białaczkowy skład krwi. Zastanawiając się nad wynikiem badania krwi i opierając się na znacznej liczbie jednojądrzastych ciałek, odmiennych od limfocytów, a równocześnie o protoplazmie nie okazującej ziarnistości neutrofilnej, porównuje autor ten obraz chorobowy krwi do ostrej białaczki. Jako miejsce powstawania wspomnianych ciałek białych uważa szpik kostny, który w obu przypadkach autora był patologicznie zmieniony. Przebieg choroby jest krótki, zejście śmiertelne.

W drugiej części swej pracy opisuje autor przypadek białaczki ostrej przez siebie spostrzeganej, gdzie badanie krwi wykazało białaczkowy jej skład, sekcya zaś prócz zmian w szpiku kostnym innych zmian nie wykazała. Następnie przytacza dwa przypadki z piśmiennictwa, gdzie w jednym do obrazu niedokrewności złośliwej przyłączyła się następnie białaczka, a sekcya również wykazała tylko zmiany w szpiku kostnym; w drugim zaś, podobnie przebiegającym, zmiany w szpiku były nieznaczne. Ponieważ zwykle bada się krew już w okresie rozwiniętej białaczki, a zachowanie się krwi w okresie poprzednim najczęściej nam nie jest znane, ztąd wniosek, według zdania autora usprawiedliwiony powyższymi przypadkami, że ciężka niedokrewność może być jedną z faz początkowych rozwijającej się białaczki.

W końcu pracy wyraża autor przekonanie, oparte na spostrzeganych przez siebie przypadkach chloromu, jakoteż na przytoczonych przypadkach białaczki, że skład białaczkowy krwi jest tylko objawem chorobowym i nie uprawnia do czynienia rozpoznania, obejmującego pod pojęciem białaczki obraz jakiejś jednostki chorobowej. *Dr. Erwin Międzowicz* (Kr. kl. ch. w.).

Niedner (Berlin). **O tamowaniu krwi w krwotoku płucnym.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 23, 1902). Wiadomo powszechnie, że w rozpaczliwych przypadkach krwawień w ogólności, a krwotoków płucnych w szczególności, gdy wszystkie inne środki wewnętrzne zawodzą, stosuje się wstrzykiwania żelatyny bądź wprost do żył, bądź też podskórnie. Tego środka chwycił się także autor, przyczem zauważył, że natychmiast po podskórnem wstrzyknięciu żelatyny, ta połowa klatki piersiowej, po której było miejsce wstrzyknięcia, prawie że nie brała udziału w ruchach oddechowych. Wpadł więc na myśl, czy też przypadkowo lwia część całego tamowania krwi nie przypada w udziale temu właśnie poniekąd unieruchomieniu odnośnej połowy klatki piersiowej, a tem samem i krwawiącego płuca; — jeśliby to przypuszczenie było trafne, wówczas i mechaniczne ustalenie zapomocą opatrunku schorzałej strony powinno korzystnie wpłynąć na krwotoki płucne. Przyjmując więc za punkty stałe, przyczepne, z jednej strony mostek, a z drugiej kręgosłup, oblepiał autor w odpowiednich przypadkach chorą połowę klatki piersiowej ponad bark i popod pachę dachówkowato ułożonymi paskami przylepca kauczukowego, przyczem wypełniał dołki nad- i podobojczykowe watą, zarówno i cienką warstwę waty kładł na obojczyk i grzebień łopatki w celu ochrony od możliwego otarcia, lub odleżyn. Tem postępowaniem uzyskał Niedner w 7-miu przypadkach wcale korzystne wyniki i dlatego usilnie zaleca do dalszego próbowania. *Dr. Henryk Pisek* (Podgórze)

Conheim. **O działaniu leczniczem wielkich dawek oliwy przy organicznych i kurczowych zwężeniach odźwiernika i dwunastnicy i ich następstwach** (*Gastrectasia*). (*Therapie der Gegenwart* 1902. Z. 2). Chory, cierpiący z powodu urazu na wymioty i kurcze żołądkowe po jedzeniu, objawy odpowiadające zwężeniu odźwiernika, prawdopodobnie po przebytym wrzodzie żołądka, gdy zastosowane płókania żołądka nie odniosły skutku, pił co nocy szklankę oleju lnianego, a skutek był ten, że wszystkie dolegliwości znikły. Zastanawiając się nad tem, że oliwa działa jako środek łagodzący także dobrze w raku przełyku, kurczowych zaparciach i kamicy żółciowej, stosował autor w kilkunastu przypadkach leczenie oliwą z wynikiem bardzo pomyślnym tak, że niektóre przypadki, w których dotychczasowe leczenie było bez skutku, a operacya zdawała się być nieuniknioną, bez niej się obeszło, a chorzy wyzdrowieli. Wyjątek stanowi przypadek zwężenia na tle histerycznem. Rano, naczczo, wlewa się do żołądka 100—150 sz. ctm. ogrzanej do 37° C. oliwy, chory zostaje przez 15—25 minut na boku prawym, i pozostaje naczczo jeszcze z godzinę. W razie napadów podczas dnia podaje się jeszcze drugą dawkę przed spaniem w ilości 50 sz. ctm., i to zazwyczaj wystarcza. W późniejszych okresach chory sam bierze trzy razy dziennie po 1—2 łyżek na ½ godziny przed jedzeniem. Niemiłe uczucie po zażyciu oliwy znika zazwyczaj po zażyciu odrobiny soli kuchennej, lub koniaku. Wynik zadowalniający może być osiągnięty po dłuższem tylko stosowaniu tego sposobu i autor dochodzi do następujących wniosków: 1) przypadki rozstrzeni żołądka, spowodowane przez skurcz odźwiernika na tle wrzodu lub nadżerek w okolicy odźwiernika, bywają wyleczone w krótkim czasie, albo znacznie się poprawiają przez codzienne wlewanie oliwy (100—250 sz. ctm.; 2) bliznowate zwężenia odźwiernika lub dwunastnicy poprawiają się znacznie przy stosowaniu tego leczenia; 3) względne zwężenia odźwiernika lub dwunastnicy, cechujące się występowaniem w kilka godzin po jedzeniu nieustającego sokotoku i skurczu odźwiernika, znikają zupełnie, lub poprawiają się; 4) leczenie oliwą stosuje się najlepiej przez podawanie po 50 sz. ctm. na godzinę przed jedzeniem trzy razy dziennie, lub przez wlewanie do próżnego żołądka 100—150 sz. ctm., zawsze o ciepłocie 37° C.; 5) oliwa uśmierza skurcz, zmniejsza tarcie i działa jako dobry środek odżywczy; 6) uspokaja bóle przy wrzodzie żołądka bez jakichkolwiek następstw ujemnych; 7) nie działając przy skurczach na tle nerwowem, daje wskazówkę do rozróżnienia tych przypadków; 8) leczenie oliwą, usuwające częstokroć bardzo ciężkie objawy skurczu, powinno być używane w każdym przypadku zwężenia odźwiernika, przeznaczonego już do operacyi, zanim się do niej przystąpi. *Dr. J. Münzer* (Lwów).

Sarremone. **O wyroślach gruczołowatych w jamie nosowo-gardłowej.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, lipiec, 1901). Pomimo, że w wielu przypadkach przy pomocy operacyi, wykonanej z powodu objawów i następstw wyrośli gruczołowych, wydobywa się nieznaczne tylko wyrośle, a badanie następowe wykazuje zwężenie dróg oddechowych i jamy nosowo-gardłowej, to jednak zdaniem autora należy ten zabieg operacyjny wykonać, gdyż daje on dobry wynik i objawy zwężenia ustępują. Z powodu bowiem tego zwężenia małe i nieznaczne wyrośle są wystarczające do zatkania przewodu nosowego i spowodowania jego następstw. *Jan Landau.*

Imerwol (Jassy). **Przyczynek do patogenezy i rozpoznania różniczkowego t. zw. „Cirrhosis cardio-tuberculosa“.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, sierpień, 1901). Zdaniem Hutinela marskość wątroby u dzieci przyłącza się najczęściej do zarośnięcia gruźliczego worka osierdziowego i tę formę H. nazywa „Cirrhosis cardio-tuberculosa“. Obraz jej przedstawia się w ten sposób: pierwotne zajęcie gruźlicze serca jest utajone, a objawami jego są: sinica, tętno t. zw. wątrobowe asystoliczne, przerost wątroby i towarzyszące mu nagromadzenie płynu w jamie brzusznej i duszność. Sekcya wykazuje: marskość wątroby, zrosty gruźlicze worka osierdziowego, rozległe zrosty opłucnej, zserowacenie gruczołów śródpiersia, nieznaczne zmiany gruźlicze w płucach, zrosty przepony z wątrobą, żołądkiem, siecią i zgrubienia otrzewnej. Zmiany w wątrobie przedstawiają się bądź jako zmiany zastoinowe, bądź też jako stłuszczenie. W ostatnich latach spostrzegał autor trzy przypadki, odpowiadające powyższemu obrazowi, a mianowicie u dwojga czteroletnich dzieci i u 2½-letniego dziecka. W tym ostatnim przypadku znalazł J. znaczne zmiany gruźlicze w płucach i pakiet gruczołów zacieśniający żyły wątrobowe. Autor tłómaczy zastoinę wątroby w pierwszych dwóch przypadkach uciskiem, wywartym na ujście żyły głównej dolnej przez zrosty włóknikowe osierdzia. *Jan Landau.*

Porge. **Przyczynek do patogenezy białkomoczu w wieku dorastania.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*. Grudzień, 1901). Spostrzegając w ostatnich 9 latach 41 przypadków tego cierpienia, odróżnia P. trzy postacie: *albuminuria orthostatica, cyclica* i *digestiva*. Pierwsza powstaje przy pionowej postawie ciała, druga zazwyczaj zrana, a trzecia w czasie trawienia. Właściwością wszystkich trzech postaci jest to, że w poziomem ułożeniu ciała białko z moczu znika, a różnią się tylko co do czasu występowania białka. Co się tyczy sposobu powstawania białkomoczu autor odrzuca wszystkie inne teorye i odnosi go tylko do przyczyn mechanicznych, a popiera zapatrywanie swoje badaniami klinicznemi i rozbiorem moczu. U osobników tych odpływ krwi żylnej jest utrudniony, mięśnie są wiotkie i kurczą się powoli, w nerkach naczynia odprowadzające krew nie mają zastawek; skutkiem tego następuje zastój krwi żylnej i zwolnienie krążenia. Gdy więc krew żylna natrafia na opór, albo gdy ciśnienie w żyłach jest większe, niż w. tętnicach, występuje białkomocz. Rozbiór moczu dziennego wykazał zmniejszenie ilości moczu (*oliguria*), a kryoskopią wykazano zmniejszenie molekularnej przemiany materyi. Prócz tego zdaniem autora mechaniczna ta teorya umożliwia energiczniejsze działanie lecznicze w odpowiednich przypadkach. *Dr. Jan Landau.*

Boulay. **Wrodzone zamknięcie tylnego otworu nosowego.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*. Grudzień, 1901). Autora uderzyło, że zamknięcie tylnego otworu nosowego sprawia tak nieznaczne przypadłości, że dopiero w 18 lub 20-tym roku, lub nawet później zgłaszają się chorzy do lekarza, a ponieważ ciało, zamykające otwór w tym wieku, już jest skostniałe, można je usunąć zapomocą trepanacyi po odpowiedniem znieczuleniu. Często w przypadkach tych rozpoznanie jest błędne, gdyż objawy są podobne jak przy obecności wyrośli gruczołowatych. *Dr. Jan Landau.*

Powzner. **Przypadek przesięku rzekomo mleczowego (chylusowego) w worku opłucnowym.** (*Russkij Archiw patologii, klin. mediciny* i *bakteryologii* 1902. t. 13, zeszyt 3). W ostatnich latach znajdujemy w piśmiennictwie szereg przypadków nagromadzenia się w jamach surowiczych przesięków i wysięków rzekomo mleczowych, których barwa mleczna i opalescencya zależały nie od tłuszczu, lecz od innych substancyj, między innemi od ciał

białkowatych. W niektórych przypadkach znajdowania się podobnego płynu w jamie brzusznej udało się wydzielić i samą substancyę białkowatą. Podobną lukę względem worka opłucnowego wypełnia Penzner: w jednym przypadku, spostrzeganym w klinice prof. Leubego (Würzburg), wydzielił on i dokładnie zbadał substancyę, która wywoływała mleczną barwę i opalescencyę cieczy. Substancyą tą okazała się lecytyna. Przypadek dotyczył chorego na zapalenie nerek. Obecność więc przesięku pseudo-chylusowego nie świadczy jeszcze o sprawie nowotworowej, jak przypuszczano dotychczas. *Witold Orłowski.*

Einis. **Zewnętrzne stosowanie kwasu salicylowego w ostrych cierpieniach gośćcowych.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 14). Autor poleca gorąco w ostrych cierpieniach gośćcowych zewnętrzne stosowanie kwasu salicylowego i przekłada tę metodę nad wewnętrzne podawanie tego przetworu. Używa on zwykle wilgotnych ciepłych zawijań, poleconych jeszcze przez Ruela, a następnie przez Müllera. W tym celu paski waty higroskopijnej szerokości 1 ctm. macza się w płynie o składzie: *Rp. Alcohol. absoluti 100,0 Ol. ricini 200,0 Acidi salicylici 20,0;* tak przyrządzoną watą okładają się chore stawy, lub inne części ciała, uległe schorzeniu, watę pokrywa się opatrunkiem z materyału nieprzemakalnego, a na to wszystko stosuje się suchą, zwyczajną watę, nie pozbawioną tłuszczu. Okłady te należy zmieniać raz na dobę. W niektórych przypadkach ostrego gośćca stawowego i gośćcowego zapalenia opłucnej używał autor wcierań maści salicylowej (10% salicylowy wasogen, lub terpentynowo-salicylowa maść prof. Ziemssena), lecz wyniki były mniej skuteczne, niż pod wpływem zawijań. E. stosował te zawijania w 38 z górą przypadkach, przeważnie ostrego gośćca stawowego i mięśniowego, oraz gośćcowego zapalenia opłucnej. Objawy miejscowe, jak bole, obrzmienie stawów i t. d. znikały, ciepłota obniżała się i szybko następowało wyzdrowienie. *Witold Orłowski.*

Rostowcew. **Przypadek rzadkiego powikłania duru brzusznego krwotokiem z gruczołu krezkowego o przebiegu, naśladującym zapalenie okołokątnicze.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1902, Nr. 14). R. spostrzegał w chirurgicznym oddziale szpitala Obuchowskiego (Petersburg) nader rzadkie powikłanie duru brzusznego, które rozpoznawano za życia, jako ropień około wyrostka robaczkowego, który przedziurawił się wskutek owrzodzenia durowego. Podczas operacyi stwierdzono ropiejący już krwiak (*haematoma*); sekcya zaś wykazała, że krwotok pochodził z gruczołu krezkowego, który pod wpływem zakażenia durowego uległ schorzeniu; wyrostek robaczkowy był mało zmieniony; przedziurawienia zaś w jelitach wcale nie było. *Witold Orłowski.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Orthoform. (*Merck, Bericht über das Jahr 1901*). Wbrew dawniejszemu mniemaniu o nieszkodliwości tego środka nowe spostrzeżenia wielokrotnie stwierdziły niewątpliwe zatrucie ortoformem. Godnem jest uwagi, że punktem wyjścia zatrucia nigdy nie była rana błony śluzowej. W przypadkach zatem, gdzie chodzi o zadziałanie na ranę błony śluzowej środkiem miejscowo znieczulającym, możemy bez obawy używać ortoformu. To działanie znieczulające, trwające kilka godzin, ma zastosowanie zwłaszcza w raku i wrzodzie okrągłym żołądka. Skuteczna dawka ortoformu, rozpuszczonego w małej ilości wody, wynosi 0,50.

Bouveyron i Siraaud (*Sem. medic.* 1901, Nr. 50) zalecają ortoform przeciw bólom głowy, występującym w przebiegu kiły drugorzędnej. Jeżeli ból głowy jest przerywany, podajemy 0·5 grm. ortoformu na godzinę przed przypuszczalnym nawrotem cierpienia; zaś dwie dalsze dawki podajemy w ciągu nocy; przy bólu głowy nieustającym stosujemy co 6 godzin 0·50 grm. tego środka. Aby uniknąć zaburzeń żołądkowych, należy domieszać równą ilość dwuwęglanu sodowego. Spiess (*Münch. med. Wochs.* 1901, Nr. 15) wdmuchiwał ortoform w tylną część przełyku w przebiegu krztuśca. U dzieci powyżej lat trzech należy co dwie godziny powtarzać 3 do 4 podobnych wdmuchiwań; u dzieci mniejszych wystarcza 3—4 razy dziennie, a w razie potrzeby i w nocy. *Dr. T. Ż.*

Physostigminum salicylicum. (*E. Merck, Bericht über das Jahr* 1901). Lek ten, ceniony od lat 20 w praktyce weterynarskiej, jako podskórny środek czyszczący w przebiegu kolki u koni, w medycynie miał dotąd zastosowanie tylko jako środek zwężający źrenicę. Obecnie Noorden (*Berliner klin. Wochenschrift* 1901 Nr. 42) zaleca go w celu zwalczania groźnych objawów bębnicy przy zwiotczeniu ścian jelitowych. Bębnica w przebiegu zapalenia otrzewnej i duru brzusznego pod wpływem tego środka znacznie się zmniejsza. Odkrycie tej własności jest bardzo cenne, gdyż dotąd w tych właśnie przypadkach byliśmy prawie zupełnie bezsilni. Stosować najlepiej według następującego wzoru:

Rp. *Physostigmini salicylici 0·0005.*
Sacchari lactis 0·3.
Mf. pulvis D. t. d. Nr. V.
S. 2—3 razy dziennie 1 proszek. *Dr. T. Ż.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 13 maja, 1902 r.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i z małemi poprawkami przyjęto.

Kol. Reiss mówi »O sposobach mechanicznego leczenia rzeżączki przewlekłej«, mianowicie części przedniej i tylnej cewki moczowej, jak również o warunkach powstawania zwężeń rzekomych cewki, t. zw. zwężeń naciekowych w znaczeniu Otisa, jako też zwężeń prawdziwych, t. j. powstałych przez wytworzenie się tkanki łącznej. Prelegent omawia historyę leczenia mechanicznego ściśle ograniczonych ognisk rzeżączki przewlekłej za pomocą sond metalicznych ciężkich i rozszerzadeł, zalecanych przez rozmaitych autorów. Wykazuje wady w kierunku leczniczym rozszerzadła dwulistnego Oberländera i omawia niewłaściwość rozszerzania cewki w jednym tylko wymiarze. Następnie demonstruje przyrząd Lohnsteina, przeznaczony do leczenia przedniej części cewki moczowej, który wyraża o tyle postęp w zabiegach terapeutycznych, że rozszerzanie cewki odbywa się nietylko w kierunku pionowym, ale w dwóch wymiarach, przyczem przyrządem tym możemy równocześnie przepuszczać wodę, względnie roztwory lecznicze i obok leczenia mechanicznego stosować leczenie miejscowe lekami. Krok naprzód w terapii mechanicznej nacieków w błonie podśluzowej stanowią rozszerzadła Kollmana, które kol. Reiss demonstruje, omawiając równocześnie wyniki leczenia tymi przyrządami. Przyrządy Kollmana są dla przedniej i tylnej części cewki o tyle odpowiedniejsze, o ile są czterolistne, dokładniej skonstruowane i pozwalają rozszerzać cewkę w kierunku jej wymiarów fizyologicznych, a przytem połączone są z bardzo dobrze funkcyonującym przyrządem irygacyjnym. Jeżeli idzie o rozszerzanie zwężeń prawdziwych, skonsolidowanych, przepuszczamy przez irygator równocześnie strumień wody możliwie gorącej, która działa bardzo korzystnie na oporność zwężeń modzelowatych, jak również przyspiesza wessalność głębokich nacieków rzeżączkowych w błonie podśluzowej. W przypadkach świeższych można przepuszczać przez kaniulę irygacyjną leki swoiste, jeżeli znajdujemy w wydzielinie gruczołowej gonokoki, lub środki ściągające, jeżeli istnieje ku temu wskazanie. Korzystne leczenie przyrządami Kollmana polega głównie na tem, że działanie środków leczniczych łączymy z równoczesnem leczeniem mechanicznem w kierunku wessalności nacieków głębszych i że płyn leczniczy styka się z błoną śluzową napiętą i wygładzoną, przyczem umożliwia się dostęp leku do obszarów błony śluzowej niezupełnie dostępnych w warunkach prawidłowych. Jeżeli uwzględni się przytem odpowiednie mięsienie błony śluzowej, możliwe na przyrządzie uregulowanym choćby na 0 skali Chariera, możemy znaleźć w przyrządach Kollmana wszelkie warunki, korzystne w leczeniu rzeżączki przewlekłej bez powikłań. Jedyną może wadą przyrządów Kollmana jest wysoka ich względnie cena, a wreszcie niestosunek, zdaniem prelegenta, ciężaru trzonu przyrządu do jego części końcowej, skutkiem czego przyrząd staje się nieco niezgrabny i nieporęczny. Może dalsze wydoskonalenia błąd ten w znacznej części usuną.

W dyskusyi zabierają głos koledzy: Steuermark, Borzęcki, Sokołowski, Żydłowicz, Schwarz i Boczar, a wreszcie kol. Reiss objaśnia niektóre szczegóły, oparte na podstawie doświadczenia z praktyki.

Kol. Steuermark przedstawia młodego pacyenta ze zmianami gruźliczemi w kościach stopy, u którego na skórze znajduje liszaj skrofuliczny i »folliculitis«, które to zmiany znane są pod nazwą Toxituberculides. Na przypadek ten zwraca uwagę zgromadzonych, nadmieniając, że bliższe szczegóły o tej chorobie poda na następnem posiedzeniu.

Kol. Borzęcki przedstawia dziecko ze zmianami kiły wrodzonej guzkowej i guzkowej wrzodziejącej *(papulosa exulcerans)*, obok czego znajdują się i gumiaki. U matki, która rodziła 6 razy, a 3 razy poroniła, niema obecnie żadnych objawów kiłowych. Kol. Reiss nadmienia, że guzów, uznanych przez kol. Borzęckiego za gumiaki, nie

uważałby za takie; jego zdaniem są to ropnie skórne. z których ropę łatwo można wycisnąć. a które mogły się rozwinąć na guzku kiłowym.

Kol. Reiss przedstawia chorego ze zmianami *syphilis psoriasiformis*. Nacieki barwy nieżywej, rzadko rozrzucone. W roku 1900 przebył *lues maculo-papulosa*, obecnie zaś zjawił się z *corona veneris* i po 5 wstrzyknięciach salicylanu rtęci wystąpiły zmiany obecne. Kol. Krzyształowicz zwraca uwagę, że to są zmiany, jakie często na przejściu między drugim a trzecim okresem spotykamy i zaznacza, że nazwa *psoriasiformis*, jego zdaniem. nie jest stosowną.

Dalej przedstawia kol. Reiss przypadek *Lues papulosa tuberosa*. Guzy duże, nacieklé,, o przyskórku łuszczącym się, przypominają przypadek poprzedni. Chory ten przebył w styczniu b. r. wrzód weneryczny, przyczem wyłuszczono gruczoły pachwinowe; w marcu uległ wysypce guzkowej, leczonej wstrzykiwaniami głębokiemi; w kwietniu zażywał jod, obecnie jednak znów wystąpiły wysypka i zmiany na błonach śluzowych. Kol. Krzyształowicz zaznacza różnicę pomiędzy tym przypadkiem, a poprzednim w kierunku zupełnie odmiennego zejścia postaci kiłowej wczesnej.

Dalej przedstawia kol. Reiss chorego z gośćcowem zajęciem stawów kolanowych, u którego wystąpiła plamica *(purpura)* która w czasie leczenia swoistego ustąpiła, a po tygodniu mimo ustąpienia bólów widzimy znów nawrót ognisk wybroczynowych w zakresie kończyn.

Kol. Borzęcki przedstawia chorego z gruźlicą skóry *(lupus)* kończyny górnej prawej. Na kończynach dolnych i częściowo na klatce piersiowej tegoż chorego spostrzega się wybitny obraz *folliculitis scrophulosorum*. W dyskusyi nad tym przypadkiem zabierają głos kol. Żydłowicz, Steuermark i Sokołowski, poczem posiedzenie zamknięto. *Dr. Pacyna*, sekretarz.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Emerytura dla lekarzy okręgowych.

Komitet wybrany na Zjeździe lekarzy okręgowych był dnia 1 lipca na posłuchaniu u Marszałka Krajowego hr. Potockiego, oraz konferował z kilku posłami w sprawie emerytury dla lekarzy okręgowych; do wszystkich zaś posłów sejmowych rozesłał Komitet listy, w których powołał się na liczby statystyczne, zaczerpnięte z „Sprawozdania krajowej Rady zdrowia[1]) i wskazał na doniosłość okręgów dla poprawy ogólnych stosunków zdrowotnych: wobec tego „wskazanem jest — mówi w dalszym ciągu ta odezwa — starać się o dalszy rozwój okręgów, co jedynie da się osiągnąć przez polepszenie bytu i przyznanie emerytury dla lekarzy okręgowych w celu zachęcenia ich do służby w okręgach".

Dnia 10 lipca poseł Teofil Merunowicz wniósł na posiedzeniu Sejmu, aby Wydział krajowy zbadał sprawę zapewnienia emerytury dla lekarzy okręgowych. Pomimo sprzeciwienia się „ze względów zasadniczych" byłego marszałka Excel. St. hr. Badeniego, wniosek uchwalono po przekonywającem poparciu go przez posłów prof. A. Marsa i Dra St. Jabłońskiego.

Wobec tej uchwały sejmowej należy się spodziewać, że wkrótce Wydział krajowy opracuje odpowiednią zmianę ustawy o okręgach i na następnej sesyi jesiennej przedłoży do uchwalenia ją w Sejmie. Przy opracowaniu tym pożądaną byłoby rzeczą usunąć liczne błędy, jakie posiada obecna ustawa o okręgach, odnośnie do reszty ustaw sanitarnych[2]). Niemniej byłoby wskazanem przed ostatecznem sformułowaniem przez Wydział krajowy zmiany ustawy — zasięgnąć zdania wykonawców, t. j. lekarzy okręgowych: najlepiej bowiem nawet teoretycznie pomyślana ustawa może w praktycznem zastosowaniu okazać się błędną, jakto mamy jaskrawy przykład choćby właśnie w dotychczasowej ustawie o okręgach.

Dzięki wytrwałości przewodniczącego Komitetu lekarzy okręgowych Dra W. Nattera jestto u nas wogóle pierwszy krok ku zbiorowemu zapewnieniu emerytury dla szerszego koła lekarzy. Nie wątpimy, że lekarze-posłowie sejmowi dołożą wszelkich starań o jak najrychlejsze a szczęśliwe rozwiązanie sprawy, i otworzą oczy tym, którzy sprzeciwiają się jej „z zasadniczych względów", albowiem sprawa ta ma znaczenie nietylko dla lekarzy okręgowych, ale także i dla najuboższej ludności i dla ogółu społeczeństwa, gdyż od rozwoju okręgów zależy w znacznej mierze postęp uzdrowotnienia kraju, jak to wykazują liczby „Sprawozdania krajowej Rady zdrowia" w petycyi lekarzy okręgowych. *Erg.*

[1]) Sprawozdanie to było drukowane w »Przeglądzie lek.« w r. b. Nr. 12 i następne.
[2]) Patrz »Przegląd lekarski« z r. 1901, Nr. 1, str. 8—10.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 24 lipca.

* *Otrzymujemy następujące pismo z prośbą o ogłoszenie:*

Szanowny Redaktorze!

Grono kolegów, złożone ze 116 lekarzy, pracujących w szpitalach warszawskich, pragnąc uczcić zasługi kolegi Teodora Dunina dla szpitalnictwa, zebrało 500 (pięćset) rubli i ofiarowało je kol. Duninowi z prośbą o wybranie z kolegów szpitalnych Komitetu, któryby przyznał powyższą sumę jednemu z młodych lekarzy pod następującymi warunkami:

1) Komitet, zaraz po ukonstytuowaniu się, ogłosi w pismach o otwarciu konkursu do nagrody imienia Teodora Dunina.

2) Ubiegać się o nagrodę mogą tylko lekarze, którzy ukończyli medycynę w r. 1897 lub później.

3) Współubiegający się winni najdalej w ciągu 2-ch miesięcy od chwili ukazania się w pismach pierwszego ogłoszenia o konkursie przedstawić wybranemu Komitetowi, za pośrednictwem jednego z jego członków, prace swe, bądź ogłoszone drukiem, bądź w rękopisie.

4) Komitet jest obowiązany rozstrzygnąć konkurs najdalej w przeciągu 3-ch miesięcy od chwili pierwszego ogłoszenia o konkursie.

5) Nagrodzony jest obowiązany za przyznaną mu nagrodę, którą otrzyma z rąk kolegi Dunina, wyjechać za granicę dla pracowania w wytkniętym przez kolegę Dunina kierunku.

6) Nagrodzony winien najdalej w ciągu roku od wyjazdu ogłosić pracę (wynik studyów za granicą), na której pod tytułem będzie wydrukowane: »Rzecz nagrodzona z funduszu lekarzy szpitalnych imienia Teodora Dunina«.

W dniu 11 lipca r. b. koll.: Karwowski. Kamocki i E Zieliński wręczyli powyższą sumę (500 r.) koledze Teodorowi Duninowi, który wybrał w dniu 12-ym lipca r. b. na członków Komitetu koll.: W. Kamockiego, W. Jaworskiego, Br. Sawickiego, J. Steinhausa i Edw. Zielińskiego pod przewodnictwem W. Kamockiego. Wskutek tego niżej podpisany prosi uprzejmie o nadesłanie na ręce jednego z wyżej wymienionych kolegów prac lub rękopisów, których autorowie pragną ubiegać się o w mowie będącą nagrodę (r. 500) i z góry się zobowiązują do spełnienia §§ 5 i 6-go niniejszego ogłoszenia. *Walenty Kamocki.*

* D. 16 b. m. odbył się w Uniw. Jagiell. wykład habilitacyjny Dra Kazimierza Wincentego Majewskiego na stopień docenta z zakresu okulistyki. Prelegent mówił: »O leczeniu następowem po operacyi zaćmy«.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymali: Waleryan Nowicki i Tadeusz Lenartowicz.

* Dr. Bog. Eiselt, zasłużony profesor Wydziału lekar. Uniwersytetu czeskiego w Pradze, przeszedł w stan spoczynku z powodu dojścia do wieku, zakreślonego prawem. Prof Eiselt należał do pierwszorzędnych bojowników duchowego odrodzenia swego narodu; w ciągu 42 lat miał 12.726 słuchaczów, pracami naukowemi przyczynił się do rozwoju czeskiego piśmiennictwa lekarskiego, a od czasu założenia czeskiego Wydziału lekarskiego zbadał w klinice 150.000 chorych. Ludzie tej miary, co prof. Eiselt, opuszczając katedrę, nie schodzą z areny społecznej: jak wiekiem i burzliwą walką poszarpany proporzec skupiać on nie przestanie około swej czcigodnej osoby młode duchy, którym wskazywać będzie znane sobie drogi zwycięstw w dziejowym procesie, rozgrywającym się na rubieży świata słowiańsko-germańskiego.

Wydział lekarski czeskiego Uniw. w Pradze urządził ustępującemu profesorowi uroczyste pożegnanie: w imieniu grona profesorskiego przemówił serdecznie najstarszy »żak« prof. Eiselta, prof. K. Chodounský, którego ostatni okrzyk »Sláva« powtarzamy ze szczerego serca.

* Docent warszawskiego Instytutu weterynaryjnego, magister weterynaryi Mari, mianowany został profesorem epizoocyi i policyi weterynaryjnej w wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu. Docent wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu, dr. Żandr, mian. został nadzwyczajnym prof. fizyologii w Warszawie.

* W Wiedniu zawiązał się Komitet dla wystawienia pomnika głośnemu podróżnikowi czeskiemu, dr. Holubowi.

* Bukowińska Izba lekarska, jako zarządzająca, wniosła do ministerstwa spraw zagranicznych podanie, żądające ażeby reprezentanci Austryi na półwyspie Bałkańskim i poza Europą ogłaszali w »Aerzte-Kammerblatt« o wszystkich wolnych stanowiskach lekarskich, a to w celu, ażeby zarządy poszczególnych Izb mogły uwiadamiać swoich członków o wakujących posadach poza granicami Austryi.

* Między 2 a 8 — VII doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bobreckim (1 gmina), bohorodczańskim (1 gm.), buczackim (1 gm.), horodeńskim (3 gm.), jaworowskim (2 gm.), kałuskim (1 gm.), kamioneckim (2 gm.), kołomyjskim (1 gm.), peczeniżyńskim (1 gm.) podhajeckim (1 gm.), skałackim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), tłumackim (6 gm.), złoczowskim (2 gm.).

Wszystkich przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 68; w tygodniu przedostatnim 83.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXVII (29—VI—5—VII). Ludność średnia roczna wynosi 94.057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 18, urodziło się dzieci 65, zmarło osób 71 — mianowicie: z gruźlicy 15 (zamiejscowych 10), z zapalenia płuc 7 (2 zam.), z błonicy 1 (zam.), z płonicy 1, z cholery dziecięcej 14 (3 zam.).

Tydzień XXVIII (6—12—VII). Zawarto małżeństw 20, urodziło się dzieci 79, zmarło osób 70 — mianowicie: z gruźlicy 15 (5 zam.), z zapalenia płuc 10 (3 zam.), z błonicy 3 (2 zam.), z płonicy 4 (2 zam.), z duru brzusznego 1, z cholery dziecięcej 10.

* Wiadomości osobiste: Dr. Stefan Schöngut, lekarz chorób gardła i uszów, zawiadamia, że obecnie zamieszkał przy ul. Pijarskiej, l. 9.

Mianowania i odznaczenia. Prof. nadzw. Mollier mian. został prof. zwycz. anatomii w Monachium. Dr. Pareja y Garido mianow. prof. chirurgii w Grenadzie. Prof. Hoche mian. prof. zwycz. psychiatryi w Freiburgu. Dr. Kazimierz Strzyżowski mian. prof. fizyol. chemii w Lausannie.

Nekrologia. Dr. Wojciech Przecławski zmarł w Warszawie w 67 roku życia.

Bibliografia:

— *Postęp okulistyczny* (czerwiec). Majewski: Asthenopia muscularis. Bednarski: Patologia syderozy gałki (c. d.). Noiszewski: Znaczenie pochłaniania i załamania w powietrzni promieni słonecznych dla objawów Purkinjego i adaptacyi siatkówki.

— *Gazeta lekarska* Nr. 29. Męczkowski: Porażenie wielu nerwów obwodowych po zaczadzeniu, porażenie następcze nerwu błoczkowego. Ciechomski: Przyczynek do leczenia bliznowatych zwężeń przełyku (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr. 13. Kucharzewski: O wpływie jadów: błoniczego i tężcowego na zmiany morfologiczne, hemoglobinę i ciężar gatunkowy krwi. Otto: Kryoskopia i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 29. Nikołajew: Fotografowanie dna oka u zwierząt. Bronowski: Przypadek pierwotnego mięsaka osierdzia. Orłowski: Wyniki szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie z r. 1900.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 6. Krakowski: Wartość terapeutyczna nowozalecanych środków hemostatycznych, stosowanych w dentystyce.

— *Krytyka lekarska* Nr. 7. W. Sterling: Kilka uwag w sprawie walki z syfilisem. Lachs: Medycyna i religia (dok.). Grodecki: Kilka uwag w sprawie pomocy akuszeryjnej na prowincyi. Nusbaum: Ś. p. prof. Feliks Nawrocki (wspomnienie pośmiertne).

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 7. Warszawski zakład leczniczy dla osób, dotkniętych zboczeniami mowy Dra Wład. Ołtuszewskiego. — Jaworze (Ernsdorf). Międzynarodowa wystawa zdrojowa w Wiedniu.

— *Przegląd felczerski* Nr. 14. O złamaniach. — Choroby weneryczne w stosunku do akuszeryi. Zasady postępowania przy rodzeniu się łożyska i błon. — Zabawy i gry dzieci w ogrodzie imienia Rau, urządzone staraniem warsz. Towarz. higienicznego w 1899 i 1901.

— *Lékařské Rozhledy* Nr. 7. Jirásek: Corpus alienum zevniho sluchovodu. Chalupecký: Myelitis acuta haemorrhagica seu apoplectica.

— *Liečnički Viestnik* Nr. 7. Čačković: Peta stotina laparotomia (c. d.). Wikerhauser: Dva slučaja ileusa. Durst: Slučaj racemoznoga cysticerca możgiana.

— *La Presse medicale* Nr. 56. Desfosses i Marrtinet: O upuście krwi.

— Nr. 57. Chantemesse: »Żelo dyagnostyka« duru brzusznego, cholery i czerwonki, oraz badanie tą samą metodą wód, które tych chorób udzielać mogą.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 28. Umber: O autolitycznych procesach w wypocinie. Gebhardt i Torday: O rozpoznaniu gruźlicy zapomocą surowicy. Hager: Przyczynek do leczenia swoistego gruźlicy. Pröscher: O toksynie przeciwbłoniczej nie zawierającej białka. Goldberg: Doświadczenia cytoskopijne. Weisswange: O procesach zdrowienia przy operacyjnem leczeniu gruźlicy otrzewnej i nerek. Aronheim: Gwałtowny krwotok i bezkrwistość wywołane opadnięciem polipowatego jelita odchodowego u 10-letniego dziecka.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 29. Eder: Zastosowanie papieru fotograficznego, czułego na kolor żółty, do fotometrycznego oznaczania jasności w lokalach roboczych i szkołach. Klein: Przyczynek do sprawy tworzenia się niweczników (Antikörperbildung). Tejeky: Cukrzyca trzustkowa i żółtaczka złośliwa. Türk: O liczeniu leukocytów (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 29. Elsner: O karbollizoformie. Riegner: O wskazaniach do chirurgicznego leczenia spraw wrzodziejących w płucach. Ekgren: Zachowanie się leukocytów we krwi ludzkiej pod wpływem mięsienia. Herzog: Przypadek choroby rdzenia pacierzowego przyrody rzeżączkowej z rzadkiem umiejscowieniem. Klotz: Posokowate zapalenia wsierdzia, wyleczone śródżylnem wstrzykiwaniem przetworów srebra.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 28. Huber i Lichtenstein: Dna i jej leczenie kwasem chinowym. Umber: Chemia i biologia ciał białkowatych. Nothnagel: Uwagi nad rozprawą Agamkiewicza: »Dalsze wyniki skuteczne stosowania kankroiny w leczeniu raka języka, krtani, przełyku, żołądka i sutek«. Eiselsberg: Uwagi nad pracą Adamkiewicza: »Dalsze wyniki skuteczne stosowania kankroiny w leczeniu raka języka, krtani, przełyku, żołądka i sutek«. Poten: Leczenie raka kankroiną (Adamkiewicz). Schultz i Schultzenstein: Olbrzymi zrakowaciały mięśniak macicy bezskutecznie leczony kankroiną Adamkiewicza. Oettingen: Leczenie wrodzonej szpotawości u osesków (dok.).

Redakcya otrzymała. Bohdanowicz: Biaritz dla chorych i zdrowych. Majewski: Asthenopia muscularis.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 2 Sierpnia 1902. Nr. 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z uniwersyteckiej kliniki chirurgicznej profesora Kadera w Krakowie.

Cztery przypadki niedrożności jelit.

Podał

Doc. Dr. Chlumský,

I. asystent kliniki.

Powołując się na moją publikacyę w „Wien. klin. Rundschau“ 1901, Nr. 33 p. t. „Dwa przypadki skrętu osiowego kiszki ślepej“ i na pracę Preindelsbergera w „Wien. klin. Wochenschrift“ 1899 Nr. 3, 1901 Nr. 5 i Nr. 45, mam zamiar opisać trzy nowe przypadki skrętu osiowego jelit, które w przeciągu zaledwie jednego roku operowałem, a które nadto odznaczają się kilku zajmującymi szczegółami.

W przypadku pierwszym chodziło o 54 letniego mężczyznę (M. G.), pochodzącego z rodziny zdrowej, który dotąd nigdy prawie nie chorował. Na cztery dni przed wstąpieniem do kliniki zachorował nagle w rannej porze bez widocznej przyczyny, skarżąc się na silne boleści w lewej stronie brzucha. Chory, z zawodu kupiec, pracował jeszcze pomimo boleści przez cały dzień, gdy jednak cierpienia bardzo się wzmogły, musiał się wreszcie położyć. Od tego dnia stolce ustały, nie było zaś ani odbijania, ani wymiotów. Boleści następnego dnia wzmogły się do tego stopnia, że chory wił się w łóżku. Zawezwany lekarz zapisał makowiec, zastosował kilkakrotnie lewatywy, lecz bez skutku, a w końcu poradził choremu poddać się operacyi. Przyjęto go do kliniki 17-go marca 1901 r. o godzinie 8 wieczór.

Stan obecny: Mężczyzna średniego wzrostu, dość dobrze odżywiony, bardzo niespokojny, uskarża się ustawicznie na wielkie boleści w brzuchu, krzyczy i płacze nawet przy najlżejszem dotknięciu. Dopiero po wstrzyknięciu podskórnem 0·01 morfiny uspokoił się cokolwiek tak, że można go było zbadać. Rozpoznano miażdżycę tętnic, średnią rozedmę płuc. Powłoki brzuszne znaleziono silnie napięte, wszędzie bolesne, wypuk bębenkowy z wyjątkiem lewego podbrzusza. Wątroba wysoko ustawiona. W jamie brzusznej wyczuć można wielki guz walcowaty, wychodzący z lewej okolicy biodrowej, sięgający w górę aż pod wątrobę, przechodzący linię środkową mniej więcej o 5—10 ctm. i zwieszający się ku dołowi w małym łuku. Guz ten miał mniej więcej grubość ramienia dorosłego mężczyzny, był miękki, giętki i łatwo przesuwalny. Ruchu robaczkowego nie było. Przez kiszkę stolcową wyczuć można było, że górna część odbytnicy jest bardzo rozszerzona, a mimo tego próżna. W moczu cukru i białka nie było; ślad indykanu. Ciepłota 37·8, tętno 110.

Rozpoznałem: *Volvulus flexurae sigmoideae,* co w 2 godziny później dokonana przezemnie operacya potwierdziła.

Operacyę wykonałem w znieczuleniu lędźwiowem metodą Corning-Biera za pomocą eukainy. Cięcie w linii środkowej z wycięciem pępka długości 20 ctm. Po otwarciu jamy brzusznej wypłynęła mała ilość nieco zmętniałej cieczy. Z głębi wystawała nadmiernie rozszerzona część zagięcia esowatego, skręcona wokoło swojej osi w kierunku wskazówki zegarowej o 180°. Ściany kiszki były dość zaczerwienione, krezka jelita esowatego zgrubiała i obrzękła; całe jelito zaś powyżej guza było miernie rozszerzone i prawie puste. Wydobyłem guz na zewnątrz poza ranę brzuszną, odkręciłem skręt i poleciłem obecnie wprowadzić w odbytnicę gumową rurkę o szerokiem świetle, przez którą nastąpiło obfite wypróżnienie płynnego kału. Zagięcie esowate potem szybko sklęsło tak, iż udało mi się następnie łatwym sposobem oba ramiona tego zagięcia za pomocą kilku szwów ku sobie zbliżyć. Szwy założyłem obustronnie blizko przyczepu krezki do lewej ściany pętli jelitowej, przez co krezka jelita esowatego znacznie się skróciła. Szwy dolne założyłem także przez wewnętrzne warstwy i przy pętli znajdującą się ścianę jamy brzusznej tak, że skutkiem tego zgięcie esowate przylegało do bocznej ściany brzusznej, nie tworząc jednakowoż pewnych kieszonkowatych wgłębień, mniej więcej tak, jak to kiszka wstępująca lub zstępująca przylega do ściany brzusznej. Potem uwolniłem jamę brzuszną za pomocą wacików wyjałowionych z resztek znajdującego się jeszcze płynu i zaszyłem ranę ścian brzusznych z wyjątkiem dolnego końca, a to w celu założenia tamponu Mikulicza.

Operacya trwała $^1/_2$ godziny.

Przebieg pooperacyjny: Chory wkrótce przyszedł do siebie po zabiegu zupełnie bezbolesnym. Wiatry i mocz oddaje dobrowolnie. Dnia następnego ciepłota wieczorna wynosiła 38·1°, tętno 80. W następnych dniach chory przebył prawostronne zapalenie płuc, przyczem ciepłota dochodziła do 39°. Zupełny brak zadrażnienia otrzewnej. Usunięcie tamponu Mikulicza nastąpiło 6-go dnia po operacyi. Rana w powłokach brzusznych, pierwotnie zaszyta, zagoiła się przez rychłozrost. Jako ozdrowieniec chory dnia 3 kwietnia 1901 r. opuścił klinikę, a więc w 14 dni po operacyi, z raną wielkości 1 halerza, pokrytą ziarniną w miejscu, gdzie była tamponowaną. Od tego czasu miałem sposobność widzenia tego mężczyzny kilkakrotnie; czuje się dotąd zupełnie dobrze.

W celu zapobieżenia ponownemu niebezpieczeństwu skrętu osiowego, wykonałem w tym przypadku osobny rodzaj umocowania skręconej części kiszki, które mojem zdaniem łatwo daje się uskutecznić, a przytem okazało się bardzo stósownem i praktycznem. W razie gdyby jednakowoż przy wykonywaniu tego sposobu spotkano się z trudnościami, np. że oba ramiona kiszki nie dają się dostatecznie ku sobie zbliżyć, w takim przypadku należałoby się ograniczyć tylko do przytwierdzenia kiszki do lewej bocznej ściany brzusznej, przyczem jednak trzeba szwy tak zakładać, aby nie pozostawały miejsca wolne, w któreby potem jelito mogło się wśliznąć. Następowe oddawanie kału przy tym sposóbie operowania bynajmniej nie zostaje utrudnione, jak poucza mój przypadek; mogę więc ten sposób operowania w podobnych warunkach kolegom jak najgoręcej polecić.

Drugi przzpadek odnosił się do chorej (M. G.), liczącej lat 80. pochodzącej z rodziny zdrowej; sama podobno zawsze zdrową była. Od kilku lat ma przepuklinę pępkową wielkości kurzego jaja, która jednakowoż jej żadnych dolegliwości nie sprawiała; 14 dni przed przyjęciem do kliniki czuła w lewej stronie brzucha napięcie i stwardnienie, Oddawanie stolca, odbywające się dotychczas zupełnie prawidłowo, stawało się utrudnionem. Od 13 dni nie miała stolca, ani wiatrów. Natomiast wystąpiły najpierw odbijania, później wymioty, a w końcu bardzo silne boleści. Chora w tym czasie odbyła dwudniową podróż koleją żelazną, a ponieważ choroba jej pomimo zażywania środków przeczyszczających i lewatyw i t. p. stawała się coraz groźniejszą, udała się przeto do krakowskiej kliniki.

Stan obecny dnia 8 kwietnia 1901 r. Kobieta średniego wzrostu, dobrze odżywiona. *Facies Hippocratica.* Ustawiczne odbijanie i od czasu do czasu wymioty cuchnącej treści. Brzuch silnie wzdęty i bolesny

szczególnie na dotyk. W okolicy pępkowej stwierdzam guz większy od jaja kurzego, niezaczerwieniony i niezbyt bolesny. Guz ten jest dosyć twardy, pozostaje w związku z jamą brzuszną, lecz nie daje się do niej odprowadzić. Wypuk po obu stronach stłumiony, zresztą bębenkowy. Wolny płyn w jamie brzusznej. Wątroba wysoko ustawiona. Wszędzie daje się zauważyć wzmożony ruch robaczkowy, we wnętrzu jamy brzusznej nie można wymacać nigdzie nowotworu lub guza. Badanie przez odbytnicę daje wynik ujemny. W sercu i w płucach zmiany odpowiednie wiekowi chorej. W moczu ślady indykanu i białka. Ciepłota 37·3, tętno 120.

Rozpoznałem przepuklinę pępkową uwięźniętą, a względnie także uwięźnięcie wewnętrzne, wywołane przez przepuklinę pępkową, ponieważ i objawy miejscowe przy samej przepuklinie miały cechy bardzo małoznaczne.

W dwie godziny po przyjęciu chorej do kliniki otworzyłem w znieczuleniu lędźwiowem Corning-Biera (tropokokaina 0·060) jamę brzuszną w linii środkowej z wycięciem pępka, w którym znajdowały się trzy oddzielne i pozrastane przepukliny wielkiej sieci. Po otworzeniu samy brzusznej wylało się z niej wiele cieczy surowiczej. Jelito cienkie było wszędzie dość znacznie rozdęte i wypierało się poza jamę brzuszną. Jelito wstępujące było również nieco rozdęte, jelito zstępujące zaś zupełnie zwężone i próżne. Bardzo znacznie rozdęte pętle dolnego odcinka jelita cienkiego miały kształt guza wielkości głowy i były wielokrotnie z sobą pozrastane i wokoło swej wspólnej szypuły krezkowatej skręcone. Odkręciłem wię guz, rozluźniłem i porozlepiałem pętle, o ile to się dało. Potem starałem się uwolnione pętle przymocować kilkoma szwami do jelita zstępującego, aby w ten sposób zapobiedz ponownemu skrętowi. Przytem natrafiłem na zgięcie śledzionowe jelita grubego i znalazłem tam twardy, wielkości mniej więcej kurzego jaja, nowotwór jelita grubego, zaciskający silnie jego światło. O wycięciu nowotworu ze względu na zapad sił staruszki nie można było myśleć. Zaszyłem więc znowu jamę brzuszną i założyłem w okolicy jelita ślepego rzyć sztuczną.

Chora prędko przyszła do siebie; boleści, wymioty i odbijanie zupełnie ustały. Łaknienie już dnia następnego było dość zadowalniające. Oddała obfity stolec zarówno przez odbytnicę, jakoteż przez rzyć sztuczną. Najwyższa ciepłota była w dniu po operacyi 38·2°, tętno 124. Później ciepłota trzymała się zazwyczaj poniżej 37°, tętno około 100. Rana pierwotna w powłokach brzusznych zagoiła się przez rychłozrost z wyjątkiem lekkiego zaczerwienienia w dwóch miejscach. Od 10-go dnia po operacyi jawny zapad. Ciepłota 36·1°, tętno 70. Brak łaknienia, ponowne odbijanie. Brak stolca i wiatrów i to zarówno przez odbytnicę, jak i przez sztuczną rzyć. Dnia następnego zapad się zwiększył; chora nie przyjmuje pokarmów i po większej części jest nieprzytomną. Ponieważ stolca nie można było wywołać ani środkami przeczyszczającymi, ani lewatywami, sądziłem, że wskutek nowych zrostów utworzyła się ponowna niedrożność jelit. Tymczasem chora coraz więcej traciła na siłach; to mnie zdecydowało, że na 14 dzień po pierwszej operacyi otworzyłem szeroko środkową ranę, ażeby ewentualne zaciśnięcie światła jelita usunąć. Znalazłem jednakowoż li tylko lekkie zrosty bez jakichkolwiek znacznych zwężeń. Nowotwór jelita grubego przez ten czas podwoił swoje rozmiary.

Śmierć nastąpiła tego samego dnia. Na sekcyę rodzina się nie zgodziła.

W wypadku tym utworzyły się zapewne wskutek dawniejszych spraw zapalnych zupełnie specyalne zrosty pomiędzy pętlami jelita cienkiego, a mianowicie pętle jelitowe pozlepiały się obok siebie tak, jak rureczki termoforu, leżące obok siebie i w ten sposób utworzyły ów guz wielkości głowy, który następowo potem skręcił się wokoło swojej osi na wspólnej krezce o całe mniejwięcej 180°. Wykluczyć nie można, że zrosty te, a przedewszystkiem zaś same skręcenie wywołał rak jelita grubego. Zwężenie jelita grubego z powodu nowotworu zapewne stało się powodem, że górna część jelita przepełniała się treścią jelitową, a w następstwie tego doszło do nieprawidłowego skrętu części jelita cienkiego osłabionego zrostami, co wywołało objawy ostrej niedrożności kiszek.

Nowotwór jelita grubego po operacyi począł szybko róść, co mogliśmy stwierdzić tylko na mocy rozmiarów przedmiotowych.

Zgon zapewne był wynikiem ogólnego wyczerpania sił sędziwej pacyentki.

Trzeci przypadek dotyczył 55-letniego wychudzonego mężczyzny (J. S.), który 11 dni przed swojem przyjściem do kliniki nagle zachorował wśród typowych objawów niedrożności jelit. Kiedy go zobaczyłem poraz pierwszy (dnia 26 października 1901 r.) stan jego był następujący: dość silne wzdęcie brzucha, wolny płyn w jamie brzusznej, a pod prawym łukiem żebrowym twardy, nieporuszalny, na poprzek leżący guz. Silne, uciążliwe boleści w całej jamie brzusznej trapiły chorego. Bardzo wybitny ruch robaczkowy. Rysy twarzy zapadłe, wychudnienie znaczne, ciepłota 37·8, tętno 120. Mocz zawiera znaczne ilości białka i indykanu, Rozpoznałem skręcenie kiszek *(volvulus)*, względnie także wgłobienie jelita ślepego *(invaginatio coeci)*.

Natychmiast wykonałem laparotomię w znieczuleniu lędźwiowem tropakokainą, i okazało się, że obydwie te choroby istniały, tj. skręt kiszek i wgłobienie kiszki ślepej. Krezka kiszki ślepej i kiszki wstępującej była nadmiernie długa, wskutek czego z łatwością można było cały guz przed jamę brzuszną wyciągnąć i odkręcić. Również łatwo dało się wykonać desinwaginacyę. Wgłobione były: wielka część jelita cienkiego, kiszka ślepa i część kiszki wstępującej. Ściany kiszki wstępującej były nieco obrzękłe i nastrzykane; nie było zaś nalotów włóknikowych, a wolna ciecz w obfitej ilości w jamie brzusznej była prawie czysto surowiczą. Skręt osiowy guza wynosił 180° w kierunku wskazówki zegarowej.

Osuszyłem miednicę małą wyjałowioną gazą i skróciłem zbyt długą krezkę kiszki ślepej i grubej w ten sposób, że założyłem kilka szwów spajających te dwie części kiszki wprost z tylną ścianą jamy brzusznej. W ten sposób starałem się zapobiedz ponownemu skrętowi osiowemu; w tym celu przyszyłem do siebie dolną część jelita cienkiego i kiszki wstępującej w długości mniej więcej 20 ctm. na wzór tego, jak są ze sobą spojone obie lufy dubeltówki. Potem odprowadziłem trzewa do środka jamy brzusznej i zeszyłem ranę brzuszną całkowicie z wyjątkiem dolnych brzegów, przez które wprowadziłem do małej miednicy wyjałowiony skrawek gazy. Pod koniec operacyi oddał chory bardzo obfity stolec.

Przebieg po operacyi i proces gojenia odbyły się prawie bez odczynu. Ciepłota w pierwszych 4 dniach nie przekroczyła 37·6°; tętno 3go dnia wynosiło 100. Potem aż do zupełnego wyzdrowienia ciepłota zawsze wskazywała niżej 37°, a tętno niżej 90. Wiatry i stolce odchodziły jak przed wybuchem choroby; 7-go dnia usunąłem tampon, a 9-go powierzchowne szwy skórne. Rana zagojona przez rychłozrost. Jedynie w dolnym końcu rany pozostało miejsce wielkości reńskiego, pokryte ziarniną, które się w następnych 34 dniach całkowicie zabliźniło.

Człowiek ten zupełnie zdrowy opuścił 28/XII klinikę z przepaską brzuszną. Doniósł mi 20/VI 1902, że jest zupełnie zdrów.

Przypadek ten analogiczny jest do operowanego przez Preindelsbergera, u któregoż jednakowoż pomimo operacyi wytworzyły się znowu takie same objawy, jakie były przed operacyą. Wyżej opisanym sposobem szycia starałem się zapobiedz temu niedostatkowi i to mi się powiodło. Sądzę nadto, że przez umocowanie jelit nie stwarza się żadnych warunków niekorzystnych, albowiem przez skrócenie krezki nie mogą powstać zatoki, w których następnie jelita mogłyby uwięznąć. Również bez szkody dla osobnika jest zeszycie kiszki grubej z częścią jelita cienkiego, bo fałd przez to powstały jest zupełnie płaski. Zeszycie pojedyncze dwóch części jelita równolegle do siebie ułożonych w sposób, jak to wykonałem w moim pierwszym i trzecim przypadku, może w niektórych razach sprawić nowe zaburzenia, np. ponowny skręt osiowy wokoło wspólnej osi krezkowej, jak to opisali Wahl, Zoege, Manteuffel, Kader i inni.

Zapobiegłem temu niebezpieczeństwu tem, że krezkę skróciłem, a przez to wytworzyłem całkowite umocowanie pętli. Wyniki, jakie osiągnęli podobnymi sposobami H. Braun i inni, przemawiają na korzyść tej metody.

Wiatry z rozdętej kiszki odprowadziłem w moim I. przypadku za pomocą grubego drenu gumowego, wprowadzonego

przez odbytnicę aż do rozdętego jelita. Sposób ten jest pewny i niewyczerpujący sił. Zazwyczaj większa część wiatrów z kiszki esowatej uchodzi natychmiast sama przez się po uskutecznionem odkręceniu skrętu. Zupełne opróżnienie z gazów następuje jednakowoż dopiero po wprowadzeniu rurki gumowej aż poza miejsce pierwotnie skręconej kiszki; albo też usuniemy wiatry przez nacięcie pętli jelitowej, a powstały otwór zaszyjemy. Sposobu ostatniego, jako zbyt zawikłanego i niebezpiecznego w dzisiejszych czasach prawie zupełnie zaniechano. Niektórzy chirurdzy polecają, aby dren kiszkowy, w celu zapobieżenia nawrotu skrętu, w kiszce pozostawiać. Przy moim sposobie operowania jest to zupełnie zbyteczne. Jeśli nie wykonamy umocowania pętli, natenczas skutek drenu trwa tylko tak długo, dopóki go nie usuniemy; po wyjęciu drenu może wystąpić stan pierwotny, jaki był przed operacyą.

Przytem niech mi wolno będzie zwrócić na to uwagę, że jeśli się operuje w znieczuleniu lędźwiowem metodą Corning-Biera, wówczas występuje bardzo wzmożony ruch robaczkowy jelit, co nieraz wystarcza do wywołania obfitego stolca.

W dołączeniu do opisanych przypadków niech mi wolno będzie podać jeszcze jeden bardzo zajmujący, a dotyczący niedrożności jelit, który niedawno przedstawiłem w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem.

Chory ten, mężczyzna 34 letni (M. G.), dość znacznie wynędzniały, przybył do kliniki dnia 23 grudnia 1901 r. Lekarz ordynujący rozpoznawał zwężenie jelita, względnie zapalenie okrężnicy błoniaste. Zachorował przed 3 miesiącami. Pracował wówczas, jako wyrobnik w fabryce gdzie musiał przez dłuższy czas dźwigać ciężary, opierając je o przód swego ciała.

Po takiej wyczerpującej pracy odczuł razu jednego wieczorem uciążliwe boleści w jamie brzusznej. Odtąd nie mógł już pracować. Stolce, które dawniej miewał prawidłowo, stały się uciążliwe i nie następowały bez zażycia środków przeczyszczających. Boleści następnie trwały stale a nadto były coraz silniejsze. Chory zasięgał rady u różnych lekarzy, ale zawsze bez widocznej zmiany na lepsze. W końcu od 5—6 dni ustało oddawanie stolca zupełnie, a chory aż wił się z boleści. Z tego powodu udał się o pomoc do kliniki chorób wewnętrznych, w której stosowano wysokie wlewania przez odbytnicę, a w odpływającej wodzie po takich lewatywach wykryto błony, składające się z nabłonków. Dnia następnego odstawiono chorego do kliniki chirurgicznej.

Stan obecny: Mężczyzna średniego wzrostu, źle odżywiony. W sercu i płucach zmian nie znaleziono. W moczu brak białka, a tylko mała ilość indykanu. Ciepłota wynosiła 38·5°; tętno 106, dość dobrze napięte, lecz małe. Brzuch wzdęty; poniżej wątroby wyczuć można było guz podłużny, miękki, sięgający ku stronie lewej; przy ucisku dał się przesuwać i znikał. Wypuk wszędzie bębenkowy, także i ponad guzem. Ruch robaczkowy wybitny. Bolesność przy dotyku. Mianowicie w kąpieli można było wyraźnie wyczuć ten guz ruchomy, który czasowo znikał jednakowoż zupełnie. Przez odbytnicę można było wyczuć, że górna jej część bardzo była ku górze wyciągniętą, a nadto rozszerzoną, lecz próżną.

Rozpoznałem: wgłobienie jelita ślepego *(invaginatio coeci)* i przystąpiłem do otworzenia jamy brzusznej, które wykonałem w znieczuleniu lędźwiowem Corning-Biera za pomocą tropakokainy. (Wykonanie tej operacyi odstąpił mi życzliwie profesor Kader). Otworzyłem jamę brzuszną w linii środkowej wycięciem fałd pępkowych. Z głębi jamy brzusznej wypłynęła zaraz po jej otwarciu w dość znacznej ilości ciecz lekko zmętniała. O ile to można było dostrzedz, były wszystkie wnętrzności bardzo rozdęte i z nieco nastrzykane; poprzecznica zawierała w swojej lewej części bardzo wielki guz, zwężający się nieco ku stronie lewej, a sięgający aż do dolnej częśli jelita grubego zstępującego. Jelito cienkie łączyło się ze stroną prawą tego guza. Jelita grubego wstępującego i kiszki ślepej nie można było widzieć. Guz był twardy, napięty o ścianach silnie nastrzykniętych, a przy połączeniu swojem z jelitem cienkiem pokryty wypociną włóknikową.

Rozpoznanie nasze było więc trafne; chodziło tu bowiem o wgłobienie jelita cienkiego, kiszki ślepej, kiszki grubej wstępującej i poprzecznicy. Próbowałem wgłobienie rozluźnić przez ostrożne pociąganie za początek jelita cienkiego, lecz bez skutku; udało mi się zaledwie kilka pojedynczych zlepców pomiędzy jelitem grubem a cienkiem rozdzielić, lecz z głębi ukazało się kilka kropli ropy. Daleko lepiej udała mi się desinwaginacya przez ucisk na dolną część kiszki zstępującej grubej. Przytem okazało się, że właściwie było to wgłobienie wielokrotne, że pojedyncze części były pozasuwane jedne w drugie, a przez ucisk od dołu udało mi się poszczególne te części rozluźnić i rozwinąć. W ten sposób całe jelito grube zstępujące i większą część poprzecznicy wypróżniłem z zawartych w nich innych częśli jelit; w końcu pozostał mi tylko guz wielkości mniej więcej głowy dziecka, pękający jednakowoż w kilku miejscach na swojej powierzchni surowiczej przy dalszej próbie rozwikłania przez ucisk od tyłu i nie dający się jednak już tym sposobem usunąć. Wyłożyłem go zatem na zewnątrz przez jamę brzuszną i zaszyłem pozostałe pęknięcia bardzo cienkim jedwabiem. Wśród tego wsunęły się znowu częściowo rozwikłane pętle w poprzecznicę tak, że ponownie musiałem desinwaginować. Aby zapobiedz ponownemu wślizgnięciu się jelit, zaszyłem następnie szwem fałdowanym poniżej guza poprzecznicę i założyłem pomiędzy poprzecznicą a dolną częścią jelita cienkiego w odległości mniej więcej 20 ctm. od guza boczne połączenie (anastomozę) za pomocą mojego guzika magnezyowego. Potem kilkoma szwami przytwierdziłem guz do przedniej części ściany brzusznej i wytamponowałem jamę brzuszną wokoło guza kilkoma chustkami z gazy.

Chory przez pierwsze dni po operacyi gorączkował. Ciepłota nie przekroczyła jednak 38·4°, także i tętno było względnie dobre, poniżej 100. Boleści były w pierwszych 3 dniach dość silne, lecz innego rodzaju, niż przed operacyą.

Tampony usuwaliśmy stopniowo jeden po drugim, w przeciągu 6—10 dni po operacyi. W guzie znajdującym się obecnie poza powłokami brzusznemi powstały na różnych miejscach małe otwory, które znowu zaszywaliśmy; szwy te trzymały i nie puściły. Guz sam przez się zmniejszał się coraz więcej tak, że w końcu był zaledwie wielkości jabłka i 13 dnia po pierwotnej operacyi można go było z łatwością wsunąć do jamy brzusznej. Zamiast guza pozostała rana wielkości pięciokoronówki, pokryta ziarniną, prędko się zabliźniająca.

Wiatry już po operacyi odchodziły drogą prawidłową, same przez się. Czwartego dnia po operacyi pojawił się pierwszy stolec, który odtąd codziennie odchodził. Dnia 14-go badając palcem przez odbytnicę, znalazłem guzik magnezyowy, leżący powyżej zwieracza odbytu. Wyciągnąłem go; był on tylko słabo nadgryziony, zresztą jeszcze twardy.

Przypadek ten, zarówno jak mój pierwszy przed rokiem, jest zajmujący dlatego, że tu także wielki guz, składający się z części jelitowych, został wydobyty poza jamę brzuszną i tu przymocowany, w krótkim czasie sam przez się zanikł. Wskutek jakich czynników to się dzieje, nie jestem w stanie powiedzieć. Zwyczajne wyślizgnięcie się pętli jelitowych z guza zdaje mi się nieprawdopodobnem, ponieważ sam guz większą ilością szwów umocowałem do przedniej ściany brzusznej. Wycięcia guza wówczas z umysłu nie próbowałem, spodziewając się, że guz sam przez się zaniknie; samo wycięcie zaś uważałem dla chorej za zabieg nieobojętny i niebezpieczny ze względu na brak sił i wielkie jej osłabienie.

Wreszcie jeszcze kilka słów o znieczuleniu lędźwiowem. Wszystkie moje 4 przypadki operowałem w znieczuleniu, wywołanem właśnie tą metodą, a u wszystkich mogłem wykonać operacyę bez najmniejszego bólu i bez innych możliwych nieprzyjemnych powikłań. Przypuszczam nawet, że dobre wyniki moje zawdzięczam poczęści użyciu tego sposobu znieczulania. W krakowskiej klinice stosujemy ten sposób lokalnego znieczulania już od półtora roku w tych przypadkach, gdzie trzeba nam operować poniżej 3 żebra. Do uśpienia ogólnego w tych przypadkach bardzo rzadko się uciekamy. Doświadczenia nasze w tym względzie są bardzo zachęcające i polecenia godne. Sposób ten nawet u osób bar-

dzo wiekowych i bardzo osłabionych bywa dobrze znoszony i nie oddziaływa ujemnie, o ile to mogliśmy zauważyć, na serce, płuca lub na nerki.

II. O nowszych teoryach odporności.

Podał

Dr. Filip Eisenberg.

(Według odczytu wygłoszonego w krak. Tow. lek. dnia 23 kwietnia b. r.).

Ciąg dalszy).

Wyłuszczonemu tu zapatrywaniu o przyswajaniu jadów możnaby jednak przeciwstawić zarzut, że istnienie preformowanych takich chwytników, służących przyswajaniu jadów, byłoby zjawiskiem w wysokim stopniu dysteleologicznem; jeżeli jednak zważymy, że wszystkie te jady są wydzielinami protoplazmy, czy to bakteryj, czy to wyższych ustrojów, i choć przedstawiają kompleks drobinowy mniej złożony, niż żywe białko, to jednak zawierają prawdopodobnie pewne grupy w skład jego wchodzące, łatwo sobie wyobrazimy, że jad właśnie dzięki posiadaniu takich grup może mieć powinowactwo do chwytników protoplazmy, służących w prawidłowem życiu komórkowem przyswajaniu ciał odżywczych i — jeśli wolno tak się wyrazić, — przez pomyłkę zostaje przyswojony. Jakież teraz jest dalsze jego działanie? Dostawszy się w obręb protoplazmy, jad za pośrednictwem chwytnika wywiera swoje działanie swoiste na jądro czynnościowe, wywołując obraz intoksykacyi; łańcuch boczny, przezeń zajęty, nie może oczywiście pełnić swojej fizyologicznej funkcyi przyswajania; — to też protoplazma mocą prawa, głęboko jak się zdaje w jej budowie chemicznej ugruntowanego, pokrywa ten ubytek funkcyonalny przez regeneracyę danego łańcucha bocznego. Regeneracya taka, jak uczą badania W e i g e r t a, zwykle odtwarza więcej, aniżeli ubytek sam wynosi; że przypomnę tylko bujanie kostniny przy złamaniach kości, lub bujanie ziarniny przy ubytkach tkanek; i w tym przypadku regeneracya wytwarza nadmiernie łańcuchy boczne, zajęte przez jad, a o ile ta wytwórczość nadmierna przekroczy pewne granice, te zbytnio zregenerowane łańcuchy boczne, stawszy się niepotrzebnym dla komórki balastem, zostają wydzielone do krwi i krążą w niej swobodnie. Te to łańcuchy boczne we krwi krążące — i oto jest punkt zasadniczy E h r l i c h a — mocą swego powinowactwa są zdolne wiązać jad wprowadzony do ustroju, zanim się dostanie do komórek wrażliwych czyli innymi słowy pełnią funkcyę antytoksyn. Tak więc tosamo ciało, zawarte w komórce, warunkuje możliwość zatrucia; krążąc we krwi, chroni ustrój przed działaniem jadu. Zrozumiałą więc jest rzeczą, że działanie toksycznej grupy jadu na jądro czynnościowe będzie miało wielki wpływ na regeneracyę łańcuchów bocznych; gdzie jądro czynnościowe zbyt silnemu ulegnie uszkodzeniu, lub zupełnemu zniszczeniu, regeneracya ta będzie niedostateczną lub wcale nie nastąpi; teoretyczny ten postulat znajduje potwierdzenie w empirycznych spostrzeżeniach przy uodpornianiu, które uczą, że chcąc mieć dobre wyniki, należy unikać zbyt silnych i gwałtownych reakcyj, że najobfitsza i najszybsza wytwórczość antytoksyn tężcowych znachodzi się u aligatora zupełnie niewrażliwego na jad tężcowy, jak również we fakcie, że zapomocą niezmienionego jadu tężcowego niepodobna uodpornić morskich świnek, podczas gdy udaje się to bardzo łatwo zapomocą toksoidów jadu tężcowego, pozbawionych działania toksycznego. Naodwrót znamy przypadki, w których skutkiem słabego działania jadu, względnie małej wrażliwości ustroju, regeneracya ta jest niedostateczną i dopiero energiczne zadziałanie jadem wywołuje obfitsze wytwarzanie antytoksyn, a z nią uleczenie istniejącego już zatrucia; tak np. zatrucie jadem tężcowym u królików można wyleczyć przez dalsze podawanie jadu, a krowy gruźlicze według B e h r i n g a mogą być wyleczone przez systematyczne podawanie tuberkuliny. Wynika dalej z takiego poglądu, że wogóle obecność i działanie grupy toksycznej dla wytworzenia antytoksyn jest zbyteczne, że rozstrzyga tu tylko działanie grupy chwytnej, przypuszczenia potwierdzone przez wspomnianą wyżej możność uodporniania zapomocą toksoidów. Z tem pojmowaniem wytwarzanie antytoksyn, jako hiperprodukcyi łańcuchów bocznych, harmonijnie łączy się wspomniany już fakt niestosunku między ilością jadu, a wytworzonej pod jego zadziałaniem antytoksyny, dalej spostrzeżenia R o u x a, V a i l l a r d a, jak również S a l o m o n s e n a i M a d s e n a, którzy po obfitych upustach krwi u wysoko uodpornionego konia stwierdzili, że po nie długim czasie zawartość antytoksyny we krwi wróciła do pierwotnej wysokości, jakkolwiek na nowo jadu nie wprowadzono do ustroju. Spostrzeżenie to przypomina znany fakt z patologii ludzkiej, że ustrój dostawszy się raz na pochyłą równię patologicznej przemiany materyi, długi czas w niej trwa. Przy systematycznem uodpornianiu komórki zostają niejako trenowane w tej ciągłej hiperprodukcyi łańcuchów bocznych, podobnie jak np. komórka śluzowa ciągle zmienia swą protoplazmę w śluz i wydala go na zewnątrz. Również fakt, stwierdzony przez S a l o m o n s e n a i M a d s e n a, ze wstrzykiwania pilokarpiny u zwierząt uodpornionych wywołują obfitszą produkcyę antytoksyn, buduje analogię między powstawaniem antytoksyn, a sprawami wydzielniczemi ustroju.

Poznawszy w ten sposób w głównych zarysach teoryę łańcuchów bocznych, zapytajmy teraz, czy ta logiczna budowa hipotez znalazła też potwierdzenie w doświadczeniu, potwierdzenie, bez którego nawet najgenialniejsza hipoteza jest i zostanie tylko zręczną, czy śmiałą produkcyą gimnastyczną myśli ludzkiej. Należało dowieść, że wrażliwe komórki wiążą jad chemicznie, że następnie zostają zregenerowane, i że wreszcie one to funkcyonują we krwi jako antytoksyny. Doświadczenia D ö n i t z a wykazały, że jad błoniczy rzeczywiście zostaje w ustroju związany; wstrzykiwał on królikom do żyły 8-krotną dawkę śmiertelną, a następnie po upływie różnego przeciągu czasu antytoksynę również do żyły i pokazało się, że aż do upływu 15 minut wystarczało tylko wstrzyknięcie ilości antytoksyny zobojętniającej *in vitro* daną ilość jadu, aby zwierzę uratować; po upływie tego czasu trzeba było coraz to większej wielokrotności tej ilości, a wreszcie po upływie $1^1/_2$ godziny nawet największe dawki antytoksyny nie były w stanie zwierzęcia uchronić od śmierci, t. z. w tym czasie już co najmniej jedna dawka śmiertelna była silnie związana w ustroju. Ciekawą analogię do tych doświadczeń przedstawia praca D r e y e r a, który wykazuje, że toksony jadu błoniczego, odpowiednio do słabszego swego powinowactwa wobec antytoksyny, także w ustroju zostają znacznie powolniej związane tak, że jeszcze po dwóch godzinach zobojętniająca ilość

antytoksyny zupełnie znosiła działanie toksonu, a jeszcze po pięciu dniach wstrzyknięte duże dawki zdołały zwierzę uratować. Łatwiej znacznie, aniżeli w tych doświadczeniach udaje się dowód istnienia związku chemicznego między jadem a wrażliwą komórką, gdy chodzi o cytotoksyny, t. j. jady swoiste, skierowane przeciw protoplazmie różnych komórek ustroju, o ile że tutaj, jak o tem niżej będzie mowa, dowód ten można przeprowadzić w próbówce z najdokładniejszem uwzględnieniem stosunków ilościowych.

Za najsilniejszy jednak dowód doświadczalny teoryi łańcuchów bocznych uchodzi dotychczas fakt odkryty przez Wassermanna i Ransoma, że miazga układu nerwowego różnych zwierząt prawidłowych zobojętnia *in vitro* jad tężcowy, że zatem w tym przypadku komórki, istniejące fizyologicznie jako chwytniki dla jadu tężcowego (objawiacego jak wiadomo swoiste powinowactwo do układu nerwowego), mogą wobec niego odegrać rolę antytoksyn. Podobne zachowanie stwierdzili Kempner i Schepilewsky wobec jadu zatrucia kiełbasianego *(Bac. botulinus* van Ermenghem). Odkrycie to wywołało cały szereg zarzutów i krytyk (po części opartych na mylnem zrozumieniu teoryi Ehrlicha, zwłaszcza ze strony francuskiej). Miecznikow twierdzi, że działanie zawiesiny mózgowej jest czysto chemotaktyczne i polega na wywoływaniu fagocytozy, która umożliwia zniszczenie jadu przez wszechmocne fagocyty; Marie widzi w tem obojętnieniu objaw adsorpcyi mechanicznej jadu; Danysz wykazał rozkład obojętnego połączenia zawiesiny mózgowej i jadu pod wpływem różnych czynników; Roux i Bodel wreszcie stwierdzili, że jad tężcowy zastrzyknięty śródmózgowo działa w dawkach 10 razy mniejszych, aniżeli wstrzyknięty do żyły, wywołując swoisty obraz t. zw. tężca mózgowego, gdy tymczasem wedle nich mózg zdolny *in vitro* zobojętniać jad, na jego działanie powinien być wcale niewrażliwym. Ostatni zarzut oczywiście chybia celu, gdyż według pojmowania Ehrlicha właśnie mózg, w którym mieszczą się chwytniki dla jadu tężcowego, będzie najwrażliwszem miejscem ustroju, zwłaszcza gdy, pomijając drogę krwi, jad wprost się dostanie do komórek wrażliwych. Natomiast poważne wątpliwości co do natury tego zobojętnienia i co do dopuszczalności tego dowodu budzą następujące okoliczności: wykazano, że cały szereg rozmaitych ciał, jak tłuszcze, oliwy, miazga ziemniaczana, cholestearyna, proszek karminowy itd. zobojętniają różne jady, prawdopodobnie drogą adsorpcyi mechanicznej. Silniej jeszcze podaje w wątpliwość identyczność łańcuchów bocznych, zawartych w mózgu, z antytoksynami następujące spostrzeżenie Behringa: do niezupełnie obojętnej mięszaniny zawiesiny jadu dodał on pewną ilość antytoksyny, w zupełności zobojętniającą daną ilość jadu, a mimoto nie uzyskał zupełnego zobojętnienia; — w tym zatem przypadku oba sposoby zobojętnienia — przez zawiesinę i przez antytoksynę — nietylko nie okazują się identycznymi, ale nawet zawiesina mózgowa przeszkadza zobojętnieniu jadu przez antytoksynę[2]). Wreszcie moje doświadczenia, jeszcze nie ogłoszone, wykazały, że ta zdolność zobojętniania nie zmienia się zupełnie u zwierząt zatrutych wysokiemi dawkami jadu, gdzie zatem łańcuchy boczne jeszcze za życia powinny były przynajmniej nasycić się jadem, a zdolność zobojętniania odpowiednio zmaleć. Że jednak mimo to wszystko teoretyczny postulat Ehrlicha twierdzący, ze tosamo ciało znajdując się w komórce, warunkuje jej zatrucie, po za nią zaś służy ku jej ochronie, jest możliwy, tego dowodzi piękna praca Ransoma nad zatruciem saponinowem ciałek czerwonych; wykazuje ona, że cholestearyna, zawarta w ciałkach czerwonych, wiąże saponinę i umożliwia zatrucie, gdy tymczasem tejsamej cholestearynie, zawartej w surowicy, ta ostatnia zawdzięcza swe działanie ochronne.

Najważniejszym oczywiście i najbardziej przekonywującym byłby dowód bezpośredni, że komórki wrażliwe w stanie prawidłowym wiążą jad zapomocą chwytników, przy uodpornianiu wytwarzają antytoksynę; dowód taki *a priori* jest niezmiernie trudny, pierwsza zwłaszcza jego część, mająca wykazać powinowactwo chwytników do jadu, uwarunkowana jest dostateczną tych chwytników zawartością w danym narządzie, w przeciwnym razie dowód staje się niemożliwym. To też całkowity ten dowód, jakkolwiek dzięki badaniom Pfeiffera i Marxa, Wassermannów, Deutscha i in. znamy miejsce powstawania ciał ochronnych w cholerze, durze brzusznym, zapaleniu płuc krupowem, dotąd tylko w jednym przypadku został ściśle przeprowadzony w pięknej i interesującej pracy Römera. Jak wiadomo, abryna, toksalbumina zawarta w nasieniu *Abrus precatorius (Semen Jequirity)*, wywołuje silne zapalenie spojówek u zwierząt i u ludzi, a Ehrlich wykazał, że przez wkraplanie coraz większych jej dawek do worka spojówkowego można króliki uodpornić przeciw temu działaniu; otóż Römer, uodporniwszy w ten sposób królika przez wkraplanie jadu do prawego oka, wykazał, że miazga spojówki tego oka zobojętnia *in vitro* działanie jadu, podczas gdy miazga spojówki lewego oka okazuje się nieczynną. Wynika ztąd, że w tym przypadku komórki wrażliwe przynajmniej w części wytwarzają antytoksynę. Na jeden jeszcze bardzo ważny szczegół należałoby przytem zwrócić uwagę; jeżeli Ehrlich twierdzi, że komórki na jad wrażliwe wytwarzają antytoksynę, to bynajmniej jeszcze te komórki nie muszą brać udziału w klinicznym obrazie zatrucia, czy zakażenia; toorya łańcuchów bocznych właśnie podkreśla znaczenie grupy chwytnej dla powstawania odporności, może tedy jad być związany w ustroju nietylko przez komórki, oddziaływające klinicznymi objawami zatrucia na wpływ jadu, ale i przez inne, na działanie grupy toksycznej niewrażliwe lub mało wrażliwe; te to komórki mogą wytwarzać antytoksynę, o ile tamte np. są skutkiem działaniu jadu na jądro czynnościowe porażone w funkcyi regeneracyjnej. Że komórki bynajmniej przez jad nie dotknięte w funkcyach swych życiowych mogą wytwarzać antytoksynę, tego dowodzi jasno przytoczony już fakt, że aligator na jad tężcowy zupełnie niewrażliwy z pośród wszystkich zwierząt najszybciej i najobficiej wytwarza w swym ustroju antytoksyny.

Z pośrednich dowodów teoryi łańcuchów bocznych chciałbym wymienić dwa, które są doświadczalnem stwierdzeniem postulatów tej teoryi. Wobec znaczenia, jakie wedle teoryi przypada grupie chwytnej w akcie uodporniania, należało się spodziewać, że jeżeli do ustroju wprowadzimy jad ściśle zobojętniony zapomocą antytoksyny, a więc jad, którego grupa chwytna jest związana, to nie wywoła on żadnego odczynu; rzeczywiście doświadczenia Kretza, ro-

[2]) W ostatnich dniach E. Marx z zakładu Prof. Erlicha zbija ten zarzut na podstawie własnych ścisłych doświadczeń (Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. T. XL.).

bione w tym kierunku, stwierdzają to przypuszczenie, a analogiczne badania Dungerna i Sachsa nad hemotoksynami do tego samego doprowadziły wyniku. Z drugiej strony wiadomem było, że uodporniając zwierzęta przeciw cytotoksynom, tj. jadom swoistym, skierowanym przeciw pewnym rodzajom komórek ustroju, uzyskuje się wytworzenie antycytotoksyn; i tak: zapomocą hemolizyn — antyhemolizyny, zapomocą spermotoksyny — antyspermotoksynę; w pracy wykonanej wspólnie z Doc. Drem Krausem w Wiedniu postawiliśmy sobie pytanie, czy zapomocą wszystkich swoistych ciał ochronnych (w ogólnem znaczeniu) uda się uzyskać takie wtórorzędne ciała ochronne. Doświadczenia nasze wykazały, że nie udaje się uzyskać anty-antytoksyny przez systematyczne wstrzykiwanie antytoksyn, jak również antyaglutyniny przez wstrzykiwanie swoistych aglutynin; podczas gdy można tą drogą uzyskać antyhemolizyny i antyprecypityny. Co do tych ostatnich, to pokazało się, że wstrzykując precypitynę dla mleka koziego (t. zw. laktoserum) psom nie udaje się uzyskać antyprecypityny, podczas gdy tosamo postępowanie u kóz wywołuje wytworzenie antyprecypityny (t .zw. antylaktoserum). Klucz do tych spostrzeżeń leży w teoryi Ehrlicha; podczas gdy cytotoksyny i precypityny, objawiające swoiste powinowactwo do komórek ustrojów zwierzęcych, lub do ich składników chemicznych, znajdują w tych ustrojach odpowiednie chwytniki, a temsamem warunki do wytworzenia odporności, aglutyniny i antytoksyny nastawione na komórki bakteryj, lub ich produkty wydzielnicze w ustroju wyższych zwierząt nie znajdują chwytników i nie mogą wskutek tego wywołać żadnego odczynu. Doświadczenia z precypityną dla mleka koziego wykazują jeszcze ściślejszą swoistość i precypityna ta znajduje chwytniki tylko w ustroju kozy, nie zaś w ustroju psa; ztąd w pierwszym przypadku następuje wytworzenie antyprecypityny, w drugim go brak. (Ciąg dalszy nast.).

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Trzy przypadki potworów *(monstrum)* pod postacią braku czaszki *(acrania)*.

Podał

Dr. Władysław Dziewoński z Kęt.

Dnia 23 kwietnia b. r. o godzinie 6-tej wieczorem zawezwany zostałem do rodzącej S. Z., liczącej lat 21, mieszkającej w Czańcu.

Od samej pacyentki, oraz od jej otoczenia dowiedziałem się, że rodzi po raz pierwszy, że daty ostatniej miesiączki i pierwszych ruchów płodu dokładnie nie pamięta, ale że rodzi na czasie, że właściwe bóle porodowe wystąpiły dzisiaj o 11-tej przedpołudniem. Około godziny 12-tej w południe pękł pęcherz i wylała się dość obfitą ilość wód płodowych. Zawezwanej położnej nie pozwoliła się zbadać, wobec czego ta, uwzględniwszy prócz tego jej wygórowaną niecierpliwość i nieposłuszeństwo, nie chciała brać odpowiedzialność na siebie i zażądała pomocy lekarskiej.

Rodzącą znałem już dawniej i przed dwoma laty leczyłem ją na histerye cięższego stopnia. Osoba kapryśna, niecierpliwa i nieposłuszna. Zbudowana dobrze, odżywiona również dobrze, w narządach wewnętrznych zmian żadnych. Ciepłota 36·8, tętno 80. W sutkach dziewiczych, dobrze rozwiniętych, klej w obfitej ilości. Powłoki brzuszne silnie napięte, niepodatne. Macica sięga na dwa palce poniżej wyrostka mieczykowatego, kurczy się silnie mniejwięcej co pięć do 10 minut, na co rodząca bardzo oddziaływa. W przerwie pomiędzy bólami można wybadać w macicy po stronie prawej ciało podłużne, twarde (grzbiet), zresztą mimo starannego badania ani główki, ani części drobnych płodu wyczuć nie było można, co odniosłem do silnego napięcia powłok brzusznych. Tętno płodu 140, silne, wyraźnie słyszalne po stronie prawej, nieco poniżej pępka.

Po należytem oczyszczeniu rodzącej, oraz własnych rąk, przystąpiłem do badania wewnętrznego: srom i pochwa zachowują się prawidłowo. Część pochwowa zanikła, ujście macicy rozwarte mniej, niż na srebrnego florena. W ujściu tem palec rozróżnia jakieś ciało o powierzchni nierównej, w jednem miejscu twarde, w innem miększe, a po stronie lewej w ciało to da się wsunąć palec nieco głębiej, jakby w usta. Po wyjęciu palca widać na nim skąpą ilość krwi.

Po badaniu tem zostałem chwilowo bezradny, nie wiedziałem bowiem, czem jest właściwie część poprzedzająca; ponieważ jednak stan rodzącej, oraz drożność dróg porodowych nie dawały wskazania do kończenia porodu, przeto zmuszony byłem czekać, a rodzinie oświadczyłem, że poród jest nieprawidłowy i że najprawdopodobniej dziecię rodzi się twarzą.

Około godziny 9-tej, a więc po $2^1/_2$ godzinach zbadałem rodzącą po raz wtóry. Ujście znalazłem znacznie więcej rozwarte, a po stronie lewej wyczułem jakiś drobny fałd, dość twardy, elastyczny: fałdu tego nie mogłem głębiej palcem obejść. Resztę ujścia wypełniało owo ciało wyżej opisane. Po raz trzeci zbadałem rodzącą około godziny 12-tej. Znalazłem już część poprzedzającą w pochwie, jednak wysoko, a ów fałd wyżej opisany po stronie lewej przedstawił się jako małżowina uszna.

Około godziny 1-szej zbadałem znów rodzącą, zmuszony jej niecierpliwością; — teraz prócz jednej małżowiny wyczułem i drugą, prawą, w wymiarze poprzecznym w bardzo blizkiej od siebie odległości, pomiędzy niemi ową zagadkową część poprzedzającą, o powierzchni nierównej, zbitości miejscami twardszej, miejscami miększej, a powyżej ku spojeniu łonowemu włosy główki płodu.

Teraz dopiero zacząłem myśleć o prawdopodobieństwie płodu potwornego.

Ponieważ rodząca prawie nic nie parła, przeto pouczyłem ją, jak ma sobie pomagać. I rzeczywiście dzięki silnym i częstym bólom partym w niespełna godzinę rozpoczęła się rozwierać szpara sromowa i w niej dostrzegłem jedną małżowinę uszną (lewą) i ową część poprzedzającą, pokrytą błoną barwy ciemno-wiśniowej, o rozszerzonych licznych żyłach, miejscami jakby gąbczastą.

Gdy jednak po upływie dwóch godzin pomimo silnych i częstych bólów partych poród nie postąpił, a nawet ciało to zaczęło się w głąb cofać, uwzględniwszy silne zmęczenie i wyczerpanie rodzącej, uznałem na wskazane założyć kleszcze. Założyłem je z łatwością i po dwóch silnych pociągnięciach wydobyłem główkę potwora *(monstrum)* na zewnątrz szpary sromowej. Wydobycie barków trwało długo i było bardzo mozolne tak, że zachodziła obawa o życie dziecka, które, oddechając głęboko, siniało. Łożysko w godzinę samo po lekkim ucisku odeszło wraz z błonami. Nieznaczne I-go stopnia pęknięcie krocza zeszyłem katgutem.

Potwór płci żeńskiej rozmiarami odpowiadał rozwojowi płodu donoszonego, nawet bardzo dobrze rozwiniętego. Na piersiach, plecach, brzuszku, kończynach dolnych i górnych, które były kształtne i symetryczne, nic nieprawidłowego nie zauważyłem. Na krótkiej szyjce była osadzona twarz i resztki głowy. Twarz nawet ładna, lecz oszpecona na wpół rozwartemi oczami, wysadzonemi ku przodowi, wystającym językiem i odstającemi drobnemi uszkami, w całości podana ku tyłowi i ku górze. Ponad gałkami ocznemi wązki brzeg kości czołowej, pokryty skórą prawidłową, podany ku tyłowi, skutkiem czego wydawało się, że gałki oczne są wysadzone ku przodowi. Zresztą brak kości czołowej, większej

części obu bocznych, oraz kości potylicznej blizko do guzowatości potylicznej zewnętrznej. Ubytek ten wielkości małej dłoni pokrywała błona miejscami cienka, leżąca bezpośrednio na podstawie czaszki, miejscami grubsza, gąbczasta, barwy ciemno-wiśniowej, mocno unaczyniona, obfitująca w grubsze żyły. Ta właśnie błona z nierównością tuż podstawy czaszki była częścią przodującą. Prawidłowa skóra otoczenia kończyła się ostro w okolicy tej błony, jedynie wązki różowy rąbek wskazywał na przejście skóry prawidłowej w ową błonę. W okolicy guzowatości potylicznej zewnętrznej mały kosmyk włosów ciemnych.

Naturalnie, jak z opisu wynika, brak makroskopowo spostrzegalnej istoty mózgowej.

Całość robiła wrażenie nader przykre: twarz bowiem podana ku tyłowi, pozbawiona sklepienia czaszki, wydawała się niezwykle drobną w stosunku do dobrze rozwiniętych barków i kończyn i mimowoli patrzącemu na ten dziwny wybryk przyrody nasuwało się podobieństwo do żaby. Potworny ten noworodek oddechał regularnie, dość szybko — i wydawał głos słaby, mruczący, nie przypominający niczem płaczu dziecka. Mleko pił i połykał łatwo, oddał dość obfitą ilość smółki i w drugim dniu po urodzeniu zmarł, — o czem w parę dni później dowiedziałem się.

Nieprawidłowy przebieg porodu z łatwością można sobie wytłómaczyć: — przedwczesne pęknięcie pęcherza odnieść należy do braku główki, a brak postępu porodu mimo silnych bólów partych tak, że kleszczami poród ukończyć musiałem, — do tego faktu, że przez miernie rozszerzone ujście macicy z łatwością sama twarz przesunąć się mogła, — nie mogły zaś tego uczynić barki znacznie od niej szersze, które z trudnością wydobyłem.

Drugi przypadek dotyczył 30-letniej M. D. również z Czańca; zawezwany zostałem do rodzącej dnia 12 lipca 1901 r. z powodu położenia pośladkowego płodu; przebiegu porodu nie mogłem obserwować, bo właśnie w chwili, gdy wchodziłem do domu rodzącej, rodził się płód. Przyszedł na świat naturalnie bez najmniejszej pomocy i ku wielkiemu zdziwieniu nas wszystkich jako potwór bezmózgowy, nieżyjący i niedający znaków życia; wielkością i rozwojem odpowiadał płodowi 7-miu miesięcy księżycowych. Potwór ten zupełnie przypominał wyżej opisany, różniąc się od niego jedynie wielkością.

Gdy po trzech kwandransach wyczekiwania łożysko nie odchodziło, a natomiast pojawiło się krwawienie zmacicy, które w krótkim czasie zmieniło się w dość obfity krwotok, zmuszony byłem po należytem oczyszczeniu się wprowadzić rękę do macicy w celu wydobycia łożyska, tembardziej, że sposoby zewnętrzne okazały się bezskutecznymi.

Wprowadziwszy rękę do macicy, stwierdziłem przedewszystkiem w tylnej jej ścianie guz wielkości pomarańczy, twardy, zbity, nieruchomy, nie bezpośrednio pod błoną śluzową leżący, lecz głębiej — w mięśniu macicy. Guz ten niewątpliwie był włókniakomięśniakiem. Łożysko, które jedynie w górnej swej części w dnie macicy było przyrosłe na małej przestrzeni, zresztą zaś w całości odklejone, z łatwością wraz z błonami usunąć się dało.

Rozpytując się następnie rodzącej o przebieg poprzednich porodów i t. d., dowiedziałem się, że przed trzema laty powiła dziecię, które przyszło na świat z jakimś guzem w okolicy kości krzyżowej, że dziecię to, gdy rok miało, poddała operacyi w szpitalu, po której zmarło. Czem był ten guz, trudno wiedzieć; możliwe jest, że przepukliną wodną rdzenia *(hydromyolecele)*, a więc był to także rodzaj potworności.

Jakie są przyczyny powstawania potworów bezmózgowych, to, jak wiadomo, sprawa ta dziś jeszcze zupełnie rozjaśniona nie jest; czy jednak w tym przypadku przyczyną nierozwinięcia się mózgu i kości głowy nie był ucisk owego włókniaka na wytwarzający się płód, jest to pytanie, które mimowoli na myśl się nasuwa, a na które mimo licznych prac z zakresu doświadczalnej teratologii (Dareste i inni), trudno odpowiedzieć.

Na dwa dni przedtem, t. j. 10 lipca 1901, na wezwanie c. k. Sądu powiatowego udałem się wspólnie z kolegą Drem Karolem Dworzańskim i z komisyą sądową do gminy Osiek w celu dokonania sekcyi dziecięcia. Doniesienie sądowe, zredagowane przez gminnego oglądacza zwłok, brzmiało w skróceniu: „Kobieta, będąca w ostatnich miesiącach ciąży, została silnie uderzona w brzuch, poczem porodziła dziecię nieżywe, na którego główce stwierdziłem dużą ranę“.

Był to również potwór bez głowy, odpowiadający wielkością około $8^1/_2$ mies. księżyc., wierna podobizna poprzednich, również jak tamte płci żeńskiej.

Naturalnie dokonaliśmy sekcyi, która wykazała zupełnie prawidłowy rozwój wszystkich narządów wewnętrznych i reszty kośćca.

Dodatkowo wspominam, że w Czańcu rodzi się przeciętnie 130—150 dzieci rocznie, zaś w Osieku 180—200, — oraz, że rozpytując się między położnemi dowiedziałem się, że żadna z nich takiego potworka przedtem nie widziała.

Ponieważ wogóle potwory należą do wielkich rzadkości, przeto uważałem za rzecz właściwą o tych trzech, przezemnie spostrzeganych, podać kilka słów do powszechnej wiadomości.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Ónodi (Budapeszt). **Die Anatomie und Physiologie der Kehlkopfnerven.** (Oscar Coblentz. Berlin, 1902).

Anatomia i fizyologia nn. krtaniowych były już nieraz przedmiotem badań tego autora. Książka niniejsza, opracowana z polecenia węgierskiej Akademii Umiejętności, przedstawia obecny stan nauki o inerwacyi krtani na podstawie gruntownych poszukiwań własnych autora i uwzględnienia w szerokim zakresie piśmiennictwa tego przedmiotu.

W pierwszej części roztrząsa O. anatomię i topografię nn. błędnego, dodatkowego, rozgałęzień i zakończeń nn. krtaniowych, wzajemny ich stosunek do siebie i do nerwu spółczulnego, oraz do poszczególnych mm. krtaniowych. Wnioski swoje opiera on na badaniach historyi rozwoju; uwzględnia anatomię porównawczą, teorye i rozumowania fizyologiczne, wreszcie przedstawia różnice i odmiany w przebiegu, pochodzeniu i połączeniach (anastomozach). W drugiej części wyjaśnia autor różne i sprzeczne zapatrywania badaczy, tyczące się ośrodkowej inerwacyi krtani, podmózgowego *(subcerebral)* ośrodka fonacyi, czynności znaczenia fizyologicznego i różnych stopni pobudliwości, oraz odporności poszczególnych nn. i mm. krtaniowych, oparte na objawach klinicznych, doświadczeniach na zwierzętach i wynikach badań na zwłokach. Obok obszernie przytoczonych poglądów innych badaczy, znajdujemy także na własnych badaniach i spostrzeżeniach oparte, a ściśle uzasadnione osobiste zapatrywania i twierdzenia autora. Co do licznych i cennych wyników i wnioskowań Ónodiego, musimy ze względu na obszerność przedmiotu, a szczupłość miejsca, skierować czytelnika do oryginału. Szereg dobrze wykonanych rysunków przedstawia zawikłane nieraz stosunki anatomiczne, i znakomicie ułatwia ich zrozumienie.

Pomijając niektóre rażące błędy językowe, dzieło to posiada wysoką wartość naukową i zasługuje na uwagę zawodowców i na polecenie ogólne wszystkim, których ten przedmiot zajmuje. *Spira.*

V. Wyciągi.

Sobernheim. **Nowe doświadczenia z szczepieniem ochronnem przeciw wąglikowi.** *(Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 22, 1902). Na zasadzie badań przedwstępnych stwierdził autor, że można w zupełnie pewny sposób uodpornić owce i bydło rogate przeciw doświadczalnie wywołanemu wąglikowi, bądź to zapomocą pojedynczego szczepienia, bądź też skombinowanego: surowicą i ho-

dowlami drobnoustrojów (kulturami); uodpornienie takie okazało się trwałe nawet w przypadkach żywienia bydła prątkami wąglikowymi. Pierwszy raz przeprowadzono praktycznie te zasady na Pomorzu, gdzie wykonano 2700 szczepień, przyczem zaznaczać należy, że każda sztuka szczepionego bydła rogatego zniosła ten zabieg wcale dobrze, — żadna nie padła; korzystny wynik szczepień okazał się także i w ten sposób, że wszędzie tam, gdzie wąglik grasował, można natychmiast zarazę opanować. Również i z tych zwierząt, które uodporniano skombinowanym zabiegiem, żadne się nie rozchorowało przez cały 9-cio miesięczny czas obserwacyi, pomimo że w blizkości pojawiały się przypadki wąglika. W wielu przypadkach okazała się ta surowica także, jako skuteczny i niewątpliwy środek leczniczy. Oprócz tego, że każdą sztukę bydła raz tylko trzeba szczepić, ma to postępowanie jeszcze inne dobre strony wobec zabiegów zalecanych przez Pasteura. *Dr. Henryk Pisek* (Podgórze).

Bier: **O stosowaniu przekrwienia sztucznego w praktyce.** (*Therapie der Gegenwart,* 1902, Nr. II). Autor od przeszło 10 lat posługuje się przekrwieniem żylnem i tętniczem w różnych chorobach. Do wywołania przekrwienia tętniczego używa B. gorącego powietrza, do czego służą różne przyrządy, a według autora i świetlne kąpiele elektryczne działają w zasadzie podobnie do tych przyrządów. Dla lekarza praktyka B. poleca swoje skrzynie proste z suchego drzewa, które każdy stolarz i ślusarz według modelu zrobić potrafi. Do ogrzewania służy lampa spirytusowa, albo palnik Bunsena z kominem blaszanym Quinckego. Dla ochrony od gorąca i ognia skrzynie są napojone szkłem wodnem i wyłożone płótnem grubem, również napojonem szkłem wodnem. Odpowiednio do miejsca choroby skrzynie mają jeden lub dwa wykroje dla wprowadzenia i wyciągania chorych części ciała. Zamiast wykrojów można odpowiednie ściany skrzyni zastąpić batystem Mosetiga, który ściągamy jak mankiety naokoło chorego członka. Otwór w górnej ścianie skrzyni służy do wkładania ciepłomierza. Prócz tego każda skrzynia zawiera krótką rurę żelazną do zbliżania lub wprowadzania komina od lampy i za pomocą oddalenia komina, lub głębszego wprowadzenia go, regulujemy ciepłotę w przyrządzie. Dla ochrony chorego rura zostaje pokrytą deszczułką, napojoną szkłem wodnem. Dla różnych części ciała i stawów skrzynie są odpowiednio zbudowane i autor dołącza różne rysunki. Asystent jego Dr Klapp złożył także przyrząd uniwersalny dla wszystkich części ciała, nadających się do użytku w szpitalach. Dr. Polano posługuje się stosowną skrzynią dla leczenia chorób kobiecych (demonstrowaną przez kol. Brejtera na posiedzeniu Tow. lek. lwow. w dniu 4/IV. b. r. *Sprawozd.*). Gorąco w skrzyniach potęguje się do stopnia, który chory jeszcze potrafi znieść bez jakichkolwiek dolegliwości; zresztą skóra powoli się przyzwyczaja i chorzy prawie zawsze znoszą gorąco do 150° C. Tylko czułe na gorąco palce u rąk i nóg należy owinąć watą, jeśli same nie są również miejscem schorzenia.

Skutek przekrwienia tętniczego, wywołanego gorącem powietrzem, jest następujący: 1) rozdzielający w złogach, zrostach i w stężeniach stawów, spowodowanych gośćcem przewlekłym i zniekształcającym, lub w uszkodzeniach i ich następstwach i t. d. Wystarcza tu stosowanie gorącego powietrza po 1—2 godzin dziennie. Przekrwienie daje co najmniej tesame wyniki, jak leczenie w zakładach mechano-terapeutycznych, a jest o wiele tańsze i mniej bolesne. W gośćcu przewlekłym potrzeba nieraz stosować gorące powietrze i kilka lat. 2) Skutek chłoniący w obrzękach miejscowych przewlekłych i słoniowacinie, w krwawych i wodnych wysiękach stawów; autor w ostatnim czasie zaczął leczyć wysięki stawu kolanowego z doraźnem wyleczeniem jedynie powietrzem gorącem, bez opatrunku ustalającego. 3) Przekrwienie tętnicze działa uśmierzająco w bolesnych stężeniach stawów i nerwobólach, jak w rwie kulszowej, postrzale i rwie nerwu trójdzielnego, wobec której kierujemy gorąco wprost z komina za pomocą lejka drewnianego na chorą stronę głowy, uchroniwszy wprzód oko opatrunkiem osłaniającym. 4) Powietrze gorące działa w pomyślny sposób pobudzająco na naczynia w schorzeniach żylakowych podudzia i w odmrożeniach. 5) Przypisywany w nowszych czasach gorącemu powietrzu wpływ bakteryobójczy odnosi się tylko do ran powierzchownych i autor ostrzega przed leczeniem gruźlicy stawów powietrzem gorącem. Po zastosowaniu gorąca chory jest spocony i bardzo zmęczony; należy go zatem wytrzeć do sucha, przebrać zupełnie i ma on spokojnie odpoczywać przez godzinę w ogrzanym pokoju; w ten sposób zapobiega się osłabieniu, jakoteż zaziębieniu.

Przekrwienie zastoinowe wywołuje się w ten sposób, że powyżej ogniska chorobowego przytwierdza się na podłożonej gazie opaskę gumową w kilku okręceniach tak mocno agrafką, że powstaje silny zastój żylny. By jednakże uniknąć zastoju w obwodowych częściach zdrowych, należy je podwójnie albo potrójnie zabandażować opaską płócienną albo flanelową, a dla uniknienia zaniku uciskowego przez opaskę gumową, zmieniać rano i wieczorem miejsce ucisku. Pierwszą zasadą w stosowaniu przekrwienia zastoinowego ma być wywołanie bardzo znacznego zastoju i obrzęku bez wszelkich bolów, co zresztą jest rzeczą wprawy. Źle założona opaska wywołuje wprost szkodliwy zastoj zimny, przyczem skóra jest siną lub marmurowaną i zimną, natomiast przy skutecznym zastoju gorącym skóra jest sinawo-czerwoną, obrzękłą i ciepłą. Taki zastój przeciwnie uśmierza i zmniejsza bóle. Do stawu biodrowego nie udało się jeszcze Bierowi zastosować przekrwienia zastoinowego, natomiast stosuje je z dobrym wynikiem do stawu barkowego.

1. Przekrwienie zastoinowe pobudza do tworzenia się tkanki łącznej, kostniny (w stawach rzekomych) i do zgrubienia kości. 2. Wywiera ono wpływ bakteryobójczy w chorobach zakaźnych, a mianowicie: *a*) w gruźlicy stawów, gdzie albo każdej nocy, lub też co 2—3 dni należy na jeden dzień zastój przerwać i kończynę wysoko ułożyć. Ponieważ często podczas leczenia zastoinowego powstają ropnie gruźlicze, należy wtedy przerwać przekrwienia i leczyć ropnie wstrzykiwaniami do jamy ropnia mięszaniny z 10% gliceryny jodoformowej. W czasie leczenia zastoinowego B. stosuje ostrożne ruchy czynne i bierne i tylko, jeśli przekrwienie nie odnosi skutku, zakłada na kilka tygodni ustalający opatrunek gipsowy, albo leczy wstrzykiwaniami gliceryny jodoformowej. *b*) Gorące i bezboleśnie wykonane przekrwienie zastoinowe działa wybitnie w zapaleniach stawów rzeżączkowych, ropniczych i gośćcowych. W nocy przekrwienie należy przerywać zawsze z jednoczesnem wyższem ułożeniem kończyny. Jest to według autora najlepszy sposób leczenia rzeżączkowego zapalenia stawów. Większe otoki ropne stawów należy wprzód nakłóć i oczyścić karbolem i sublimatem. *c*) Bier leczy także z doskonałym wynikiem ciężkie ropówki początkujące, stosując przemiennie co 2 godziny przekrwienie uciskowe i ułożenie wysokie. *d*) Wreszcie od pewnego czasu próbuje autor zastoju gorącego w róży świeżej i osiągnął w 20 przypadkach wynik pomyślny. Zaniechać należy tej metody w przypadkach zapalenia ostrego, gdzie z powodu ciężkich zaburzeń w krążeniu grozi zgorzel części schorzałych. 3. Przekrwienie zastoinowe ma także wpływ rozdzielający, podobnie jak przekrwienie czynne, w zapaleniach przewlekłych i pogośćcowych, zniekształcających i urazowych stężeniach stawów. Lecz dla wessania rozdzielonych zrostów i złogów potrzeba jeszcze dalszego leczenia uciskowego po 8—10 godzin dziennie, dalej rozcierania powstałych obrzęków i ułożenia potem kończyny wysoko na 1—2 godzin, poczem na nowo należy nałożyć opaskę, działającą również uśmierzająco na ból. Także uporczywe wynaczynienia krwi dają się łatwo usunąć za pomocą przekrwienia żylnego, połączonego z mięsieniem. Autor zresztą zajmuje się obecnie ulepszeniem budowy przyrządów do leczenia przekrwieniem zastoinowem i osiąga tymi przyrządami doskonałe wyniki. Stosuje on także przekrwienie żylne na głowę, a to przez założenie opaski gumowej na szyi, co chorzy bardzo dobrze znoszą. Odniosło to doskonałe wyniki przeciw bólom głowy z niedokrewności i w dwóch przypadkach pląsawicy. Na tułowiu wywołujemy przekrwienie żylne bańkami i im podobnymi przyrządami ssącymi.

Dr. J. Fels.

Francis Murray. **Chirurgiczne leczenie czerwonki amebowej.** (*Annals of Surgery-Philad. Med. Journal* 4 stycznia 1902 r.). Przewlekła postać czerwonki amebowej, jak wiadomo, daje bardzo znaczny odsetek śmiertelności, gdyż nie posiadamy żadnych pewnych środków dla wstrzymania tej sprawy chorobowej. To też zasługuje na uwagę próba chirurgicznego leczenia, uwieńczonego powodzeniem w dotąd opisanych przypadkach pojedynczych.

Dr. Murray z New-Yorku poleca zastosowanie operacyi kolostomii pachwinowej prawej, która w następstwie daje jelitu grubemu zupełny wypoczynek i jednocześnie umożebnia lecznicze przepłókiwanie jelita zajętego.

Operacya nie zaleca się bynajmniej we wczesnych okresach choroby: do zabiegu chirurgicznego należy przystąpić dopiero po bezskutecznem wypróbowaniu w ciągu kilku miesięcy leczenia wewnętrznego. Oczywiście, kolostomia może być użyteczną tylko w tych razach, gdy sprawa chorobowa ogranicza się do jelita grubego. Jeśli krezka okrężnicy wstępującej jest za krótka, żeby można było utworzyć zupełny sztuczny odbyt, lub jeśli i wstępująca część jelita grubego jest zajęta sprawą wrzodziejącą, — w takim razie należy wykonać operacyę na jelicie biodrowem. Sztuczny odbyt trzeba zatrzymać przez długi czas, nim nie przekonamy się, że owrzodzenia w jelicie grubem zupełnie wygoiły się. Wyzdrowienie można stwierdzić przy pomocy rurek Kellyego, wprowadzonych do jelita odchodowego, lub do otworu rany. Autor objaśnia swój pogląd przytoczeniem historyi choroby pewnego pacyenta, liczącego lat 29, który cierpiał na czerwonkę amebową w ciągu dwu lat pomimo starannego leczenia w różnych szpitalach. Murray wykonał kolostomię pachwinową prawą i codziennie przepłókiwał jelito grube. Chory

począł odrazu poprawiać się i po trzech miesiącach od dnia operacyi mógł powrócić do swych zwykłych zajęć (krawiectwo) po dwuletniej przerwie.

W sześć miesięcy od chwili operacyi rana zupełnie zagoiła się, i pacyent zaczął pracować w swym zawodzie codziennie.

W danym przypadku otrzymano pomyślny wynik, chociaż chory nie zgodził się na utworzenie zupełnego sztucznego odbytu, tak że jelito grube nie miało prawdziwego wypoczynku.

Przypadek przytoczony był leczony przez Dra Murraya jeszcze w roku 1898 (i wtedy wykonana była operacya); w roku 1901 opisany został jeszcze jeden przypadek, mianowicie chirurg Barbat wykonał takąż operacyę (kolostomię) na chorym, który cierpiał na czerwonkę amebową w ciągu 28 miesięcy; i tym razem nastąpiło zupełne wyzdrowienie. *St. Rudzki.*

W. Turner. **Połączenie moczowodu przez pochwę.** *(Annals of Surgery Dec.* 1901 — *Philad. Medic. Journal* 4-go stycznia 1902 r.). Autor opisuje zajmujący przypadek, dowodzący możebności połączenia rozciętego moczowodu przez pochwę, po usunięciu macicy i przydatków tą samą drogą. Chora Turnera była operowaną z powodu zupełnego wypadnięcia macicy i pęcherza moczowego, przy znacznym przeroście i owrzodzeniu szyjki macicznej. Podczas wycinania macicy przez pochwę przypadkowo przeciął autor lewy moczowód w odległości dwóch cali od pęcherza. Po nieudałej próbie anastomozy według van Hooka operator postanowił dokonać operacyi Robinsona w odwrotnej postaci, t. j. włożyć dolny odcinek do górnego. Powiodło się to mu zrobić bez większej trudności i chora zupełnie wyzdrowiała po 5 tygodniowym pobycie w lecznicy. Przeciekania moczu z połączonego moczowodu nie spostrzegano ani razu. Autor nie znalazł w piśmiennictwie podobnego przypadku połączenia moczowodu przez pochwę. Sądzi on jednak, iż bardzo wątpliwem jest, ażeby taka operacya znalazła zastosowanie w wielu przypadkach. W jego własnym przypadku bardzo ułatwiło sprawę niezwykłe wypadnięcie pęcherza moczowego. *St. Rudzki.*

Józef Jaworski i St. Iwanicki. **O związku pewnych objawów ze strony nosa z narządami płciowymi kobiecymi.** (*Gazeta Lekarska* 17, 18, 1902). Autorowie używali metody Fliessa na bóle miesiączkowe w 73 przypadkach, badanych poprzednio ginekologicznie, rynologicznie, jakoteż co do stanu nerwowego. Sam sposób i technika wykonywane były ściśle podług rad i wskazówek Fliessa i Schiffa. Z 48 kobiet ze zmianami w narządach rodnych skutek był dobry w 66%; w 25-ciu przypadkach osiągnięto pod wpływem tego leczenia bez zmian w narządzie płciowym usunięcie bólów miesiączkowych. Nie oddziaływały wcale chore w trzech przypadkach, dotyczących dziewic: jedna miała odłuszczenie błony śluzowej miesiączkowe bez zapalenia śródmacicznego, druga była typową histero-epileptyczką, u trzeciej można było przypuszczać z wywiadów istnienie miesiączki utrudnionej wskutek zwężenia przewodu rodnego. Badania rynologiczne wykazały we wszystkich przypadkach tylko stan przekrwienia i przerostu, oraz większą wrażliwość na dotknięcie miejsc płciowych (*Genitalstellen*) nosa podczas miesiączki. Wszystkie choroby wypróbowały dawniej różnych innych, używanych w tym celu środków farmakologicznych, lecz bez skutku.

Metoda ta może zatem oddać rzeczywistą, niczem nie zastąpioną przysługę, przedewszystkiem w przypadkach wolnych od chorób narządów rodnych, następnie w pewnej liczbie przypadków z mniej rozległemi zmianami. Najniewdzięczniejsze pod względem leczniczym okazują się stare, lub zaostrzające się sprawy rzeżączkowe, nawroty popołogowych spraw zapalnych, odłuszczenie błony śluzowej i bóle w podbrzuszu i w krzyżach w okresie pozamiesiączkowym. Najtrwalsze wyniki zapewnia elektroliza i galwanokaustyka, stosowane na wiadome miejsca w nosie. *Spira.*

Dr. Goldman (Łódź). **Przyczynek do nauki o śmiertelnych krwotokach po cięciu tchawicy.** (*Czasopismo lekarskie* Z. 4 i 5, 1902). Przytoczywszy po krótce piśmiennictwo tego przedmiotu i opisawszy dwa przez siebie spostrzegane przypadki śmiertelnego krwotoku po tracheotomii, podaje autor środki zapobiegawcze. Cięcie tchawicy dolne ma być możliwie wysoko wykonywane; cięcie części miękkich możliwie małe; wybór odpowiedniej rurki taki, żeby stykanie się jej z błoną śluzową tchawicy było niemożliwe Takie objawy, jak: domieszka krwi do wydzielin, wydzielanie się przez rurkę obumarłych tkanek, zabarwienie na czarno dolnego końca rurki, uporczywy kaszel, bóle przy łykaniu, kaszlu i przeginaniu głowy, dalej pogorszenie ogólnego stanu dziecka, podwyższenie ciepłoty ciała — powinny zwracać uwagę lekarza i wymagają usunięcia drażniącego ciała, t. j. rurki, względnie zastąpienia jej przez inną, dłuższą lub krótszą, albo przez miękki zgłębnik. Do przyczyn takiego krwawienia zaliczyć należy posokowate lub odleżynowe owrzodzenie rany tchawicznej i przedziurawienie ściany naczynia sąsiedniego, przeważnie tętnicy bezimiennej, albo owrzodzenie naczyń drobniejszych lub miąższu gruczołu tarczykowego; w ostatnim razie sumowanie się drobnych krwawień może być przyczyną śmierci, jak to się stało w jednym przypadku autora. *Spira.*

Łampsakow. **Wpływ hedonalu na ustrój zwierzęcy.** *(Rozprawa na stopień Dra medycyny.* Petersburg, 1902). Ł. badał w farmakologicznej pracowni profesora Krawkowa (Petersburg) działanie hedonalu. Lek ten jest metylpropylkarbinoluretanem

$$CO \begin{matrix} \diagup NH^2 \\ -O\,CH\,CH_3 \\ \diagdown C^3H^7 \end{matrix}$$

Dreser zalecił go w r. 1889, jako środek nasenny. Rzeczywiście, doświadczenia Ł., dokonane na żabach, królikach i psach wykazały, że działanie nasenne hedonalu przewyższa 4 razy działanie uretanu. Dawki terapeutyczne hedonalu obniżają ciśnienie krwi bardzo nieznacznie; natomiast dawki trujące obniżają je w wysokim stopniu, wywołując zupełne porażenie ośrodków naczynioruchowych. Wogóle ośrodki naczynioruchowe ulegają pod wpływem hedonalu powolnemu porażeniu, jak tego dowodzą doświadczenia Ł. Jeśli jednak pomimo tego ciśnienie krwi obniża się bardzo mało, hedonal zawdzięcza to zawierającej się w nim grupie amidowej NH, która, jak wogóle połączenia amoniakalne, podnieca czynność serca. Rzeczywiście naciskanie aorty brzusznej u psów, znajdujących się pod wpływem nawet trujących dawek hedonalu, podnosi w tym samym stopniu ciśnienie krwi, jak i u zwierząt prawidłowych. Częstość skurczów serca pod wpływem hedonalu przyspiesza się, co zależy od podniecającego działania NH^2 na serce i od rozszerzenia naczyń, wywołanego porażeniem ośrodków naczynioruchowych; energia skurczów nie zmniejsza się. Oddechanie staje się mniej głębokiem i rzadszem; wymiana gazów nie ulega zmianie. Czynność odruchowa rdzenia kręgowego pod wpływem hedonalu powoli się obniża i znika zupełnie przy użyciu wielkich dawek. Obniża on stopniowo i czynność mózgu. Zatem hedonal wywiera działanie porażające na cały ośrodkowy układ nerwowy: u zwierząt o ciepłocie stałej dawka 0,4—0,5 na kilo wagi wywołuje zupełne uśpienie z utratą wszelkiego rodzaju czucia. Doświadczenia Ł. wykazują wreszcie, że hedonal, w małych dawkach podany przed uśpieniem chloroformowem, znosi okres podniecenia podczas chloroformowania i przyspiesza sen.

Na chorych Ł. stosował hedonal w 6 przypadkach uporczywej bezsenności, w tej liczbie raz u chorego z wodogłowiem wewnętrznem przewlekłem, raz w histeryi, 1 w wiądzie rdzenia, 1 w zapaleniu przewlekłem opon rdzeniowych i 2 w nerwobólach. Hedonal podawał autor w proszkach w dawce 1,0—2,0 koło godziny 9-tej wieczorem. W 5 przypadkach działanie jego było skutecznem: sen spokojny trwał 7—8 godzin; jedynie w przypadku wiądu rdzenia z silnymi bólami strzelającymi sen był krótkotrwały (2—4 godzin), nawet po dawce 2,0. Wszyscy chorzy znosili hedonal bardzo dobrze. (W naszem piśmiennictwie spostrzeżenia nad hedonalem ogłosili Dr. Biechocki: w „Gazecie lekarskiej" 1900, Nr. 48; Zajączkowski: w „Przeglądzie lekarskim" 1901, Nr. 3—4 i Opolski: w „Przeglądzie lekarskim" 1901, Nr. 18). Własne, co prawda nieliczne spostrzeżenia przemawiają na korzyść tego leku w bezsenności u chorych na niedomogę nerwową *(neurastenia)*; w bezsenności zaś, wywołanej przez silne bóle, skuteczniej wpływają środki kojące. *(Sprawozdawca). Witold Orłowski.*

Dibajłow. **Spostrzeżenia nad działaniem oksykamfory.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 14). Oksykamfora jest, jak wiadomo, kamforą, w której jeden atom wodoru jest zastąpiony przez grupę hidroksylową. W dawce 1,0 na dobę ma ona usuwać duszność w schorzeniach serca, płuc i nerek. Najczęściej używa się 50% wyskokowy rozczyn oksykamforowy, zwany „oksaforem", w ilości 40 kropel, co odpowiada 1,0 oksykamfory. D. stosował ten lek w dwóch przypadkach u chorych na serce (niedomykalność zastawek półksiężycowych tętnicy głównej w jednym i niedomykalność zastawki dwudzielnej w drugim), lecz w obydwóch razach zupełnie bezskutecznie. Żadnego nieprzyjemnego ubocznego działania D. nie spostrzegał. Wobec jednak nadzwyczaj wysokiej ceny i nieprzyjemnego smaku D. odradza używania tego leku. *Witold Orłowski.*

Ładyszeński (Rostow). **Przyczynek do forsownego odżywiania chorych durowych.** (*Wiener med. Presse* Nr. 21 i 22, 1902). Autor w 5-ciu przypadkach duru brzusznego odstąpił od normy przestrzegania najściślejszej dyety, a podawał swym chorym zwykły codzienny pokarm mięszany (kawę, herbatę, mleko, mięso, ziemniaki, jaja, owoce i t. p.), i mimoto otrzymał dobre wyniki. Spostrzeżenia więc swoje streszcza w następujących wnioskach: 1) obfite, forsowne odżywianie nie miało najmniejszego wpływu na przebieg ciepłoty ciała; 2) nie przedłużało, ani nie skracało czasu

trwania choroby, nie wywoływało żadnych powikłań ze strony przewodu pokarmowego, ani innych narządów, nie zauważono również odleżyn; 3) przeciwnie dyeta mięszana przyczyniła się do zatrzymania rozwolnienia i korzystnie wpływała na jakość wypróżnień; 4) stan chorych był pod wpływem mięszanej a dostatecznej dyety wyraźnie lepszy: chorzy nie robili wrażenia ciężko cierpiących, byli w stanie siedzieć w łóżku, nawet wstać i dłuższy czas bez zmęczenia rozmawiać; — 5) okres zdrowienia był o wiele krótszym, przyczem chorzy po przebyciu choroby nie przedstawiali obrazu ogólnego wynędznienia, jak to zwykle po ścisłej dyecie durowej bywa.

Dr. Henryk Pisek (Podgórze).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydział lekarski Towarzystwa Dobroczynności w Petersburgu.

II-gie posiedzenie ogólne w dniu 13 maja 1902.

Obecnych członków 37, gości 3.

I. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z posiedzenia ogólnego w dniu 8 kwietnia, prezes dr. Strawiński poświęcił gorące słowa zmarłemu członkowi drowi Bolesławowi Michałowskiemu, którego pamięć uczczono przez powstanie.

Następnie prezes zaprasza wśród oklasków zgromadzenia prof. Jana Mierzejewskiego na honorowego prezesa posiedzenia.

II. Proj. Mierzejewski wygłasza w treściwem i barwnem przemówieniu wspomnienie pośmiertne ś. p. Jana Balińskiego i charakteryzuje zmarłego profesora, jako człowieka wogóle, a w szczególności jako profesora i psychiatrę, »sługą obłąkanych«. Pamięć zgasłego profesora uczczono przez powstanie.

III. Dr. W. Orłowski poświęca krótkie wspomnienie pośmiertne zmarłemu członkowi filii lekarskiej, dr. B. Michałowskiemu.

IV. Dr. Z. Orłowski wygłasza odczyt pod tyt.: »Wpływ arsenu na rozwój i skład chemiczny kropidlaka czarnego *(Aspergillus niger)*". (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabiera głos prof. St. Zaleski: W ostatnim czasie nagromadzają się w biologii fakta, które są niezgodne z poglądami naszymi na przetwory trujące i rzucają na nie nowe światło. Istotnie okazało się, że fenol, zabójczy w dawkach dużych, w małych podtrzymuje życie drobnoustrojów i jest nawet niezbędny dla prawidłowego rozwoju w przewodzie pokarmowym niektórych z tych drobnoustrojów; żelazo znajduje się w niewielkiej ilości, jako część składowa we wszystkich komórkach, zarówno w świecie zwierzęcym, jak i w roślinnym; jest ono dla nich niezbędne niemniej od tlenu; tymczasem w dużych dawkach żelazo ma własności trujące. To samo stosuje się i do arsenu.

W niewielkich ilościach nie tylko nie posiada on własności trujących, lecz owszem podnosi energię życiową, jak tego dowodzą arsenożercy (w Styryi), a także takie fakta, jak posługiwanie się arsenem przez hodowców koni, dla dodania im lepszej maści i połysku. W ostatnich czasach Armand Gauthier wypowiedział przekonanie, że arsen stanowi nieodzowną część składową ustroju ludzi i zwierząt, lecz twierdzenie jego nie zostało jeszcze ogólnie przyjęte. Wszystkie te i tym podobne fakta wskazują, że dzisiejsze pojęcie o truciznach, mianowicie, że w przyrodzie istnieją bezwzględne substancye trujące, nie ma prawa bytu. Badania prelegenta, przeprowadzone na tak mało złożonym ustroju, jakim jest kropidlak, stwierdzają również, że t. zw. trucizny (w danym razie arsen) sprzyjają w małych dawkach rozwojowi ustrojów. Prelegent więc swojemi ścisłemi badaniami wprowadza naukę o truciznach na nowe tory, za co mu należy się szczere podziękowanie (oklaski). Szkoda tylko, że prelegent nie przeprowadził doświadczeń jeszcze i z kwasem arsenawym (As_2O_3); doświadczenia takie uzupełniłyby wyniki, które otrzymał przy badaniach arsenianem sodowym.

Dr. Witold Orłowski: Ogromną zasługę prelegenta stanowi ta okoliczność, że dał on niezbite dowody stałości składu chemicznego kropidlaka czarnego: bez wątpienia zdanie to należy rozciągnąć i na wszystkie inne ustroje, wbrew poglądowi, panującemu w obecnej chwili w nauce. Następnie badania prelegenta wskazują, że arsen w małych dawkach podnosi znacznie życiową energię; wobec tego staje się zupełnie zrozumiałem skuteczne działanie jego w niektórych stanach chorobowych, przedewszystkiem w przewlekłej zimnicy, w gruźlicy i t. d. Co prawda, niektórzy klinicyści nie przyznają arsenowi w tych schorzeniach wybitnego znaczenia leczniczego, lecz osobiste moje spostrzeżenia w ciągu ostatnich lat 7 na ogromnym materyale, dotyczącym uporczywej zimnicy na Kaukazie, przemawiają na korzyść skuteczności tego leku. W gruźlicy zaś arsen był stosowany już oddawna; w ostatnim czasie gorąco go poleca w tym celu Gauthier. Wreszcie badania prelegenta wykazują, że kropidlak, wyhodowany na pożywce, zawierającej największą ilość arsenu, co jest możliwem tylko w razie stopniowego zwiększania ilości arsenu w pożywce, po przeniesieniu go na pierwotną pożywkę, nie zawierającą wcale arsenu, daje rozwój jednakowo bujny, jak i kropidlak, nie hodowany wcale na pożywce arsenowej. Wobec tego należy przypuszczać, że i w ustrojach więcej złożonych można także bezkarnie po dużych dawkach arsenu odrazu odstawiać ten lek bez stopniowego jego zmniejszania. Liczne spostrzeżenia osobiste na chorych przemawiają istotnie za tem.

Prof. Zaleski: Leczenie »par force« dużemi dawkami arsenu w zimnicy może być szkodliwem; przynajmniej na samym sobie stwierdziłem podczas takiego leczenia znaczne osłabienie pamięci.

Prof. Mierzejewski: W pracowni kliniki chorób umysłowych były w swoim czasie przeprowadzone badania wpływu arsenu na pierwiastki nerwowe. Okazało się, że arsen nie jest pod tym względem przetworem niewinnym. Owszem wywołuje on zmiany w komórkach nerwowych; komórki tracą substancyę chromatyczną, czasami zaś znikają zupełnie. Najwybitniej te zmiany chromatolityczne są wyrażone w górnym splocie nerwu błędnego, potem w splotach międzykręgowych, w dużych komórkach przednich rogów rdzenia pacierzowego i w sferze psychoruchowej; najmniej ulegają zmianom komórki w płatach potylicznych. Ponieważ jednocześnie ulegają zmianom i wyrostki komórek, to oczywiście pod wpływem arsenu mogą występować zaburzenia czynności ośrodków mózgowych, a więc i osłabienie pamięci.

Prezes Dr. Strawiński wyraża prelegentowi w imieniu zgromadzenia podziękowanie za odczytaną pracę.

Na tem posiedzenie naukowe ukończono. Po 10-minutowej przerwie nastąpiło posiedzenie administracyjne.

Witold Orłowski.

VII. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

Wstęp.

Ze śmiercią Hipokratesa powstała dla medycyny nowa epoka w jej rozwoju. Ziarno, które on zasiał, a któreby mogło obfity plon wydać, gdyby Hipokrates miał godnych następców, musiało długo na takich czekać i odłogiem leżeć. Dogmatycy bowiem, uprawiający kult Hipokratesa, sądzili, że pamięci swego mistrza wyświadczą największą przysługę, jeżeli nauki przez niego szerzone zamkną w pewne nienaruszalne prawidła, nie pozwalając nic do nich dodać, ani też z nich czegokolwiek ująć. Naturalnie, że rozwój medycyny na tem bardzo ucierpiał, a wyznawcy tej szkoły skazali się sami już z góry na przedwczesną martwotę, nie rozumiejąc intencyi swego mistrza. Dlatego wcześnie im też wypadło z ręki berło, jakie im ich mistrz pozostawił. I zdawało się, że nauki przyrodnicze, a z niemi i medycyna, pozostaną bez przewodnika, gdy wtem zjawił się słynny filozof ze Stagiry ze swoim nowym sposobem badania i tłómaczenia zjawisk przyrodniczych. Co jednak dla teoretycznej filozofii mogło być dostatecznem, nie wystarczało bynajmniej dla nauk przyrodniczych, a szkoła jego, perypatetyczną zwana, wydając dużo zgubnych dla medycyny owoców, dźwiga na sobie winę niejednego wieku zacofania w medycynie.

Szkoła, która już sama w sobie nosiła zarodek śmierci, musiała podupaść jeszcze o tyle wcześniej, że w Aleksandryi powstała inna, która za główne zadanie postawiła sobie wyzyskanie jej słabych stron, t. j. uprawianie badania przedmiotowego, a w pierwszym rzędzie anatomii, a to nie zwierząt, lecz anatomii ciała ludzkiego.

Z owych czasów nie doszło nas niestety prawie nic. Sądząc jednak z tych szczątków, które się utrzymały, musimy przyznać, że były to świetne czasy, w których Erasistratus i Herofilus działali, że anatomia zawdzięcza im niejednę zdobycz, a ginekologia posunęła się naprzód.

Żadna jednakowoż nauka nie jest w stanie utrzymywać się na stałej wyżynie. Jak wszystkie nauki inne, będące w drodze rozwoju, tak i medycyna przebywała różne okresy, wznosząc się na pewną wysokość i opadając następnie. Lecz i upadek niezawsze dowodzi zastoju: owszem może on zajść mimo twórczej pracy, w której bierze często udział wiele dzielnych sił, jeżeli wynik ich działania nie dorównywa tylko poprzednim świetnym zdobyczom. Tak też było i ze szkołą aleksandryjską. Wśród najświetniejszej jej działalności zwracało się wielu do zasad Hipokratesa, którego chwalebnej pamięci nie potrafiły najświetniejsze czasy następne zatrzeć. Z zestawienia prac szkoły aleksandryjskiej z dogmatami, tak święcie przez dogmatyków strzeżonymi, powstała nowa szkoła t. zw. empiryków, która zatem jest wynikiem i wyrazem starcia dogmatyków i aleksandryjczyków. Nie były to najświetniejsze czasy w rozwoju medycyny, w których otwarcie głoszono zasadę, że nie czynnik etyologiczny odgrywa ważną rolę, lecz że wynik wieńczy dzieło lekarskie: *„quia non intersit, quid morbum faciat, sed quid tollat“* (Celsus. Medicina. Praef.[1]). Natomiast były to czasy największego tryumfu lekoznawstwa, czego przytoczona właśnie cytata, jakoteż niemniej i następująca, najbardziej dowodzą *„morbos autem non eloquentia, sed remediis curari“* (Celsus. ibid.). Rozpadu tego w poglądach lekarskich nie potrafiło już nic więcej powstrzymać. Ziarno niezgody rzucone pomiędzy lekarzy starożytnych wydało bardzo obfity plon, a na nauce naszej odbiło się to najlepiej, gdyż pobudzało do myślenia. I tak powstali metodycy, którzy uwzględniali stosunki fizyologiczne i przyjmowali dla wytłómaczenia wszystkich stanów patologicznych pewien fizyologiczny „tonus“, którego zmiana *in plus* lub *in minus* powodowała stany chorobliwe, określone jako „status strictus« względnie „laxus“ lub też „mixtus“, gdy obydwa te stany równocześnie obok siebie istniały. Wszystkie te stany razem wzięte stanowiły t. zw. „communitates“.

Skoro się więc jedna szkoła już wyłoniła, to nic dziwnego, że wkrótce obok niej znowu powstała inna, nowa, bo umysł ludzki nigdy nie odpoczywa w ustawicznej pracy. „Communitates“ metodyków były zupełnie dowolnie przyjęte. Ówczesna znajomość fizyologii wcale ich nie wytłómaczała. Nic ich wogóle nie usprawiedliwiało. Zły jednak przykład, który szkoła metodyków dała przez samowolne, niczem nie wytłómaczone wygłaszanie zupełnie nie istniejących pewników, pobudził i innych lekarzy do targnięcia się na wytłómaczenie zjawisk życiowych; i kiedy się toczyła najbardziej zażarta walka między empirykami a metodykami, wystąpili na arenę pneumatycy, według których „primum movens“ wszelkich czynności życiowych stanowi „pneuma“ w różnych swoich formach. Jak widzimy istniały i ścierały się ze sobą równocześnie trzy stronnictwa lekarskie. Każde z nich miało pretensye do ogólnego uznania, każde było przekonane, że słuszność i prawda po jego stronie, a jednak każde zawierało jej zaledwie szczyptę, a resztę przyjmowało zupełnie samowolnie. A jednak nie można było na oślep do żadnego stronnictwa przystąpić; wybór więc dla ludzi myślących był bardzo trudny, i ztąd pochodzą t. zw. „eklektycy“, którzy się starali poważnione szkoły między sobą pogodzić.

Jak różnica między zapatrywaniami dowodzi postępu, gdyż świadczy o tem, że ludzkość myśli, tak zgoda na każdym punkcie przemawia za zastojem. Dlatego życzymy sobie wprost różnicy zdań, o ile ich wymiana odbywa się w granicach dozwolonych. Tak się jednakowoż nie działo pomiędzy wymienionemi szkołami, które się stały wprost stronnictwami. Najbardziej ucierpiała na tem sama nauka lekarska. I zdawało się, że nic już nie potrafi medycyny wyrwać z tego zamętu, gdy na kresach państwa rzymskiego w roku 130 po Chr. ujrzał światło dzienne w Pergamos Klaudyusz Galenus. Jemu przeznaczonem było pchnąć medycynę na nowe tory i założyć pod nowy gmach podwalinę, na której stała, albo raczej spoczywała niezachwiana przez nikogo aż do wystąpienia Wesala.

Galen był synem architekta Nikona, od którego odebrał pierwsze wykształcenie, szczególniej w matematyce, okazując do niej szczególniejsze zamiłowanie. Jak u wielu starożytnych słynnych ludzi, tak i w jego życiu sen odgrywał wielką rolę. Sen bowiem jego ojca rozstrzygnął o zawodzie lekarskim Galena; gdyż on spowodował, że młody Galen zaczął uczęszczać na wykłady lekarskie w mieście rodzinnem, a w cztery lata później po śmierci swego ojca, udał się dla dalszych studyów do Smyrny i do Koryntu. Zaopatrzywszy się w dostateczne zasoby naukowe, odbył podróż przez Małą Azyę do Palestyny. Z Palestyny udał się dla ukończenia studyów do słynnej z prac anatomicznych Aleksandryi, która wycisnęła najwybitniejsze piętno na przyszłym lekarzu. Powróciwszy do miasta rodzinnego, objął urząd lekarza przy szkole gladyatorów, który pełnił w ciągu sześciu lat, po upływie których wyjechał do Rzymu. Lecz i tu nie zatrzymał się długo, gdyż zraziwszy sobie swoimi odczytami wielu lekarzy rzymskich, musiał opuścić to miasto, a zwiedziwszy różne okolice Włoch i wyspę Cypr, powrócił do grodu rodzinnego. Wkrótce jednak, po niespełna roku, powołał go Cesarz Marek Aureliusz do Rzymu i wezwał do towarzyszenia sobie w wyprawie przeciw Markomanom; a gdy on zaszczytnego dla siebie wezwania nie przyjął, poruczył mu cesarz opiekę lekarską nad synem Commodusem w Rzymie. Tutaj, lub może nawet w Pergamos, umarł Galen, prawdopodobnie w roku 201.

A zatem o losach i dziejach życia Galena jesteśmy stosunkowo dokładnie poinformowani, gdyż prawie wszystkie ważniejsze okoliczności, odnoszące się do jego przeszłości, przekazał nam on sam w licznych swoich pracach i te stanowią najważniejsze źródło dla badaczy historyi medycyny z czasów Galena; opierając się jedynie na nich, możemy sobie wyrobić dokładny obraz o jego pismach i życiu. Z nich się dowiadujemy, że umiał być wdzięcznym synem, i że wdzięczność dla ojca swego, znakomitego pedagoga, przez całe życie zachował. „Patrem habui qui adamussim teneret graecam linguam, essetque doctor et pedagogus graecus“. Przez niego zachęcony, oddawał się od pierwszej młodości studyom dzieł starożytnych „a puero in veterum versatus sum libris“ (Galeni „De pulsuum differentiis“ lib. II, cap. V, Kühn VIII).

Studya te wzbudziły wcześnie w Galenie zamiłowanie do filozofii „non enim heri aut nudius tertius, sed statim ab adolescentia philosophiae studio capti primum nos ad eam contulimus“, a wkrótce potem zwrócił się, ulegając woli ojca swego do studyów lekarskich. Jako człowiek pracy oddał się im z całym zapałem młodzieńca, nie zaniedbując bynajmniej studyów filozoficznych „mox patris evidenti insomnio moniti ad medicinae studium excolendum venimus ac per totam vitam operibus magis quam verbis utrique studio incubuimus“ (methodi medendi libri IX, cap. IV, K. X[2]).

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 31 lipca.

* Kurs dla lekarzy, zarządzony przez Wydział lekarski Uniw. Jagiell., zakończył się ku zupełnemu zadowolnieniu lekarzy, a powodzeniem swojem stworzył pomyślny precedens dla utrwalenia u nas

[1]) Aur. Corn Celsi »De medicina« libri octo; cura et studio Th. J. ab. Almeloveen Basileae 1748.

[2]) Dla łatwiejszego zrozumienia będziemy przytaczali Galena i Hipokratesa w przekładzie łacińskim Kuhna.

tej instytucyi nazawsze. Wiemy i rozumiemy, jak wiele i dla czego zależało prelegentom na powodzeniu kursów: niemożebne dla nas stosunki w uniwersytetach niemieckich poniekąd nakazywały wytworzenie źródła tej uzupełniającej nauki w wszechnicach własnych; początek zrobiony przez grono profesorów krakowskich daje wszelką rękojmię, że od tej pory kursa dla lekarzy w obu naszych wszechnicach odegrają poważną i pożyteczną rolę, lekarze polscy znajdą u siebie korzystne i życzliwe źródło dla uzupełnienia swej wiedzy, a natomiast unikną objawów nienawiści, od której nie wolne są niestety i uniwersytety niemieckie.

* Stopień doktorów wszech nauk lekarskich otrzymali w Uniwersytecie Jagiell.: Walenty Bader i Maksymilian Dorfner; w Uniwersytecie lwowskim: Ludwik Daum i Piotr Kuśnierczyk.

* W Kijowie powstało Towarzystwo dla walki z gruźlicą na Rusi. Zarząd m. Kijowa ofiarował na potrzeby sanatoryum 17 dziesięcin lasu, będącego własnością miasta, oraz po 5000 rubli rocznie. Prezesem zarządu tego Towarzystwa wybrany został prof. Tryczel.

* Kasa chorych w Gracu zrobiła podanie do namiestnictwa styryjskiego o pozwolenie założenia własnej apteki. Namiestnictwo, a następnie ministerstwo dały odpowiedź odmowną. Natomiast trybunał państwa wydał orzeczenie zasadnicze, że takie zakładanie własnych aptek przez Kasy chorych — nie sprzeciwia się prawu. Jest to nowy cios dla zawodu aptekarskiego.

* Prof. farmacyi w wojskowo-lekarskiej Akademii w Petersburgu, dr. Przybytek, po wysłużeniu zakreślonych prawem 25 lat otrzymał propozycyę pozostania na katedrze jeszcze lat pięć.

* Akademia lekarska w Brukseli wzięła na siebie trud ułożenia międzynarodowej farmakopei. Wszystkie państwa europejskie i Stany Zjednoczone północnej Ameryki uznały potrzebę ustanowienia wspólnych norm dla silnie działających przetworów leczniczych. D. 15 września zbierze się w Brukseli pierwsza międzynarodowa konferencya dla porozumienia się w tej sprawie.

* Skargi na krzyczące nieporządki w berlińskim szpitalu Charité, mianowicie w oddziale dr. Schwenigera zakończyły się złożeniem z urzędu tego prymaryusza. Dr. Schweniger został natomiast sowicie wynagrodzony, gdyż ku zdziwieniu a nawet oburzeniu profesorów berlińskiego uniwersytetu ministeryum mianowało go profesorem historyi medycyny i patologii ogólnej. Lekarska prasa niemiecka wyraża wielkie niezadowolnienie z tego powodu.

* Kongres (XV) francuskich chirurgów zbierze się 15 października b. r. w Paryżu.

* Między 9 a 15 lipca b. r. doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: drohobyckim (1 gmina), kałuskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), mościskim (2 gm.), nadworniańskim (1 gm.), peczeniżyńskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), wadowickim (1 gm.), tłumackim (2 gm.), złoczowskim (2 gm.).

Wszystkich przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 29; w tygodniu przedostatnim 68.

* *Błąd druku.* W Nr. 30, str. 448, szpalta II-ga, w 8 wierszu od dołu w miejsce *„folliculitis"* ma być *„folliclis"*.

Mianowania i odznaczenia. Profesorowie nadzwyczajni: W. Rot i Spiżarnyj mianowani: prof. zwyczajnymi w Moskwie, pierwszy chorób nerwowych, drugi chirurgii. Docenci niemieckiego Uniwersytetu w Pradze: Knapp (położnictwo i ginekologia), Kleinhaus (położn. i gin.) i Schloffer (chirurgia) mianowani profesorami nadzwyczajnymi. Doc. Pfister mianowany został profesorem nadzwycz. psychiatryi w Freiburgu.

Nekrologia. W Berlinie zakończył życie w 69 roku prof. Karol Gerhardt, znany klinicysta i pisarz; zmarły położył wielką zasługę wydaniem najlepszego i najgruntowniejszego do tej pory podręcznika pedyatryi »Handbuch der Kinderkrankheiten«, w podręczniku zaś Nothnagla opracował dział »Geschwülste des Kehlkopfes«. Dr. Reiss, prof. szczeg. patologii i terapii, zmarł w 73 r. życia w Kopenhadze. Dr. Maizner, b. prof. położnictwa, zmarł w Klausenburgu. Dr. Curnow, prof. kliniki lekar. w Kings College, zmarł w Londynie.

Bibliografia:

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 7. Brzeziński: O postępowaniu lekarskiem przy uszkodzeniach fabrycznych. Fidler: Projekt pomocy lekarskiej gminnej w gub. Radomskiej (dok.). Serkowski: O badaniu przez lekarzy produktów spożywczych, dostarczanych do szpitali (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 30. Kossobudzki: Przyczynek do kazuistyki urazów klatki piersiowej (ucisk klatki piersiowej, zbiór objawów Pethesa). Nikołajew: Fotografowanie dna oka u zwierząt (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 30. Bernhardt: Sarcoma idiopathicum multiplex en plaques pigmentosum et lymphangiectodes, odrębna postać t. zw. sarcomatosis cutis. Róbin: Badania nad zachowywaniem się czynności żołądka w różnych okresach syfilisu. Ciechomski: Przyczynek do leczenia bliznowatych zwężeń przełyku (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 30. Brejtman: O přijičnych onemocněnich srdce. Kose: O léčbě arteriosklerosy (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 58. Launois: Ksawery Bichat (1771—1802), jego życie, dzieła i wpływ na nauki biologiczne.

— Nr. 59. Chantemesse: Drobnoustrój czerwonki epidemicznej. Desfosses: Rozmaitość ras i gatunków. Dauriac: Leczenie chirurgiczne duru brzusznego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 29. Krause: Niebezpieczeństwo zakażenia tężcowego przy podskórnem stosowaniu żelatyny w celach leczniczych i sposób zapobiegania temu powikłaniu. Glaessner: Miejscowe rozpoznanie guzów żołądka. Neisser i Friedemann: O wytwarzaniu się amboceptorów w surowicy ludzkiej. Reckzech: O niedokrewności złośliwej. Sturmann: Leczenie otoku ropnego w jamie Highmora.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 29. Ostmann: Znaczenie obciążenia gruźliczego dla powstawania chorób usznych u dzieci. Pfaundler: O obniżeniu odruchu kolanowego, jako nieuwzględnionym do tej pory objawie chorobowym dławcowego zapalenia płuc u dzieci. Reach: Przyczynek do nauki o przemianie materyi w dnie. Strauss: Badanie fizyologiczne i patologiczne czynności moczowodów i nerek, ze szczególnem uwzględnieniem czynności rozpuszczającej nerek po spożyciu płynów. Stegmann: Ostre krwotoczne zapalenie mózgu. Hennig: Śluzak jajnika. Hager: O swoistem leczeniu gruźlicy (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 30. Alt: O zaburzeniach słuchu muzykalnego. Schlesinger: O niektórych przyczynowych warunkach dla powstania cukrzycy pokarmowej. Oppenheim: Przyczynek do sprawy wytwarzania się barwika z tyrozyny. Duffek: Motylica wątrobowa (distomum hepaticum) u ludzi.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 30. Bonnet: Dalsze uwagi nad odżywianiem płodu (embryotrophia). Hilbert: Przypadek zapalenia otrzewnej z przebicia z rzadkiej przyczyny i z niezwykłym przebiegiem. Eschenhagen: Przypadek wytworzenia się przetoki między drogami żółciowemi a oskrzelem. Kuhn: Technika intubacyj przy operacyach w okolicy szyi. Weissbein: Przyczynek do sprawy sztucznego żywienia osesków ze szczególnem uwzględnieniem cukru odżywczego Soxhleta.

Redakcya otrzymała. Hofmeier: Die Grundsätze der modernen Behandlung der Fibromyome des Uterus. Riedinger: Die ambulatorische Behandlung der Beinbrüche.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 9 Sierpnia 1902. Nr. 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z zakładów: anatomii patologicznej i medycyny sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.**

O zmianach drobnowidowych u podstawy oddzielającej się pępowiny i ich sądowo-lekarskiem znaczeniu.

Podali

Dr. L. K. Gliński i Dr. S. Horoszkiewicz

Asystenci zakładów.

Z brzmienia ustaw, odnoszących się do zbrodni dzieciobójstwa wynika, iż przy sekcyi noworodka w razie zachodzącego podejrzenia, iż zbrodnię tę spełniono, musi lekarz sądowy przedewszystkiem odpowiedzieć na pytanie, czy dziecię urodziło się żywe? Do odpowiedzi na to pytanie służą dwie dziś ogólnie używane próby, t. j. próba płucna, oraz odgrywająca rolę próby pomocniczej t. zw. próba żołądkowo-jelitowa. Zwłaszcza pierwsza posiada dla medycyny sądowej ogromne znaczenie, czego dowodem chociażby ten fakt, iż mimo podawanego całego szeregu innych t. zw. prób życiowych, żadna z nich nie zdołała jej zastąpić. Próba ta jednak posiada i wiele stron ujemnych, które wielokrotnie już podnoszono, skutkiem czego dłużej nad niemi zastanawiać się nie będziemy. Te ujemne strony próby płucnej, oraz okoliczność, iż tylko nader ściśle i dokładnie wykonana próba wogóle na jakiekolwiek wnioski dozwala, a i te winny być ostrożnie i rozumowo z jej dodatniego lub ujemnego wyniku wysnuwane, powoduje istniejącą ciągle dążność znalezienia próby prostszej, którąby w każdym przypadku dozwoliła lekarzowi sądowemu stanowczo i pewnie na wyżej uczynione pytanie odpowiedzieć.

Do pojęcia jednak dzieciobójstwa ze stanowiska ustawy wymaga się jeszcze, by zbrodnia ta, popełniona przez matkę na własnem dziecięciu, wykonaną została przy porodzie (k. k. austr. i ros.), względnie w czasie porodu, lub tuż po porodzie (k. k. niem.), a więc w czasie, gdy kobieta znachodzi się w niezwykłym fizycznym i psychicznym stanie, co też tłómaczy łagodniejszą karę, jaką ustawa za zbrodnię tę wymierza. W chwili jednak, w której stan ten mija, powstaje granica, po za którą to *delictum privilegiatum* być niem przestaje. Zrozumiałem jest przeto, iż obok wspomnianego już pierwszego pytania, na jakie znawca w przypadkach sekcyi noworodka odpowiedzieć musi, a to czy dziecię urodziło się żywe, lub też przyszło na świat martwe, musi on w razie potwierdzenia tego pytania odpowiedzieć na zasadnicze pytanie drugie, jak długo żyło dziecię po urodzeniu się?

Nie biorac w rachubę przypadków nader wyjątkowych, w których przyjąć należy dłuższy czas trwania owego silnego poruszenia umysłowego, jakiemu ulega kobieta podczas porodu, ogranicza się ono w warunkach zwykłych do okresu czasu nader krótkiego tak, że Hofmann jako wyjątkowy przytacza przypadek w którym popełnioną przez matkę po upływie godziny po porodzie zbrodnię morderstwa na dziecięciu sąd przyjął jeszcze, jako zbrodnię dzieciobójstwa.

Zważywszy ten krótki okres czasu, w jakim wytworzyć się mają zmiany, mogące posłużyć znawcy do odpowiedzi na powyższe pytanie, jasnem jest trudne zadanie lekarza sądowego, jasnymi też zabiegi, dążące do wyświetlenia tej sprawy. W pierwszym rzędzie starano się ze stanu płuc, a mianowicie z ich dokładniejszego lub mniej dokładnego wypełnienia powietrzem, wysnuwać wnioski o długości życia noworodka. Z chwilą jednak, gdy wykazano doświadczalnie na zwierzętach i gdy pouczyło i poucza codzienne doświadczenie sądowo-lekarskie, iż wystarcza nawet jeden silny wdech, by płuca noworodka najdokładniej wydęły się powietrzem, gdy dalej z prac doświadczalnych i z całego szeregu przypadków, które w piśmiennictwie ogłoszono, wiadomo, że możemy spotkać u dziecka, które czas dłuższy żyło, płuca nietylko w wysokim stopniu niedodęte, lecz nawet zupełnie bezpowietrzne, musiano próby oznaczania długości życia noworodka ze stanu jego płuc uznać za niedostateczne. W ostatnich czasach wystąpił jeszcze w obronie tych dawnych zapatrywań Dohrn w dwóch pracach, w których opiera się na doświadczeniach, dokonanych przez Eckerleina, a mających na celu stwierdzić dzienną wymianę powietrza u noworodka w pierwszych dniach jego życia. Gdy doświadczenia te wykazały, że wymiana powietrza w dniu pierwszym, skutkiem małej wydatności wdechów, jest znacznie słabszą, niż w dniu drugim, zwłaszcza zaś trzecim, w których to dwóch dniach wdechy bardzo znacznie się pogłębiają tak, iż z końcem pierwszego tygodnia wynosi wymiana powietrza o $^1/_3$ więcej, aniżeli w dniu pierwszym, przeto utrzymywał Dohrn, że trudno przyjąć, by już kilka pierwszych wdechów było w stanie uczynić płuca zupełnie powietrznemi. Twierdzeniu temu sprzeciwił się Ungar na mocy doświadczeń, dokonanych wspólnie z Büchnerem. Jakkolwiek doświadczenia te zgadzały się w zupełności z doświadczeniami Dohrna i Eckerleina, to jednak nie uprawnia zdaniem Ungara mniejsza ilość wdechanego powietrza do wniosku, iż pewna część płuc jest powietrzną, reszta zaś bezpowietrzną; dowodzi natomiast tylko, iż w danej chwili dostała się do płuc mniejsza ilość powietrza. Tak więc zdanie Ungara, iż stan płuc tylko bardzo niedokładnych użycza wskazówek do oznaczenia długości życia noworodka, zostało ogólnie jako słuszne przyjętem. Pewniejsze wskazówki daje zachowanie się przewodu pokarmowego, w szczególności zaś

stwierdzenie w pewnych jego częściach obecności powietrza Czy bowiem przyjmiemy, że powietrze dostaje się do przewodu pokarmowego zapomocą ruchów połykowych, czy zgodzimy się na zapatrywanie Ungara, że obecność powietrza w żołądku i dalszych częściach przewodu pokarmowego jest następstwem głębokich wdechów i towarzyszącej im aspiracyi powietrza do przełyku, to w każdym razie nie ulega wątpliwości, że wypełnienie powietrzem żołądka i większej części jelita cienkiego wymaga znacznie dłuższego czasu, niż wydęcie powietrzem płuc. Chcąc jednakowoż ze stwierdzonej zawartości powietrza w przewodzie pokarmowym sądzić o długości życia noworodka, w szczególności o tem, iż śmierć dziecka nie nastąpiła natychmiast po porodzie, lecz że dziecię po urodzeniu się jeszcze jakiś krótki, bliżej jednak oznaczyć się nie dający czas żyło, należy wykluczyć pewne warunki, wśród których dostawanie się do przewodu pokarmowego powietrza odbywać się może znacznie łatwiej i prędzej. Do warunków takich zaliczyć należy mechaniczne oddechowe przeszkody np. w postaci zatkania tchawicy i oskrzeli śluzem, nie dozwalające na wnikanie powietrza do płuc, zaliczyć należy wszystkie usiłowania ożywienia omdlałego płodu, a więc wdmuchiwanie powietrza do ust dziecka, wahania Schultzego itp. W razie wykluczenia powyższych warunków, a stwierdzenia obecności powietrza w przewodzie pokarmowym możemy przyjąć, iż śmierć dziecka nie nastąpiła natychmiast po urodzeniu się Jak długo jednak dziecię żyło, z dodatniego wyniku próby Breslaua ocenić nie można, nie można jednak z drugiej strony próbie tej odmawiać zupełnego znaczenia jak to czyni Puppe. Z licznych prac, w pierwszym rzędzie z obszernej i wyczerpującej pracy Haberdy wynika dowodnie, iż naczynia płodowe w tym wczesnym okresie noworodka, do żadnych wniosków uprawniać nie mogą, gdyż ulegają one dopiero po upływie kilku tygodni zmianom. Podobnie jak stan płuc, tak i przedgłowie, oraz badanie kośćca nie mają dla określenia długości życia noworodka zupełnie znaczenia.

Pozostają jeszcze zmiany, jakim ulega pępowina po porodzie.

Badania Hyrtla i Robina wykazały, iż gałązki naczyń krwionośnych przedniej ściany brzucha, pęcherza i wątroby tworzą w tkance łącznej podotrzewnowej okolicy pępka układ naczyniowy, nazwany przez Hyrtla *circulus arteriosus umbilicalis subperitonealis;* od tego układu odchodzą drobne gałązki, które przechodząc w części skórnej pępka w naczynia włosowate, tworzą na granicy pierścienia skórnego i nieunaczynionej pępowiny układ naczyń włosowatych, nazwany przez Hyrtla, dla odróżnienia od poprzedniego, podskórnym *(civculus subcutaneus).* W tem to miejscu rozpoczyna się i dochodzi do skutku oddzielanie się pępowiny drogą zapalenia dermarkacyjnego, przyczem w obrębie pierścienia skórnego daje się zauważyć już w krótkim czasie po urodzeniu się zaczerwienienie i obrzęk. Tę zmianę próbowano również wyzyskać dla rozstrzygnięcia, czy dziecię urodziło się żywe i jak długo żyło po urodzeniu się. Skoro jednak z jednej strony zaczerwienienie i obrzęk pierścienia skórnego, jak wogóle wszystkie zmiany zapalne na zwłokach mogą całkowicie ustąpić, skoro dalej, jak to wykazuje Haberda, zmiany te dają się ocenić makroskopowo tylko u płodów, które żyły przynajmniej kilka godzin, skoro wreszcie z makroskopowego zachowania się nieświeżej pępowiny (a z takimi zwykle przypadkami ma lekarz sądowy do czynienia) żadnych wniosków wysnuwać nie możemy, zrozumiałą przeto jest rzeczą, iż to badanie nie daje nam jeszcze dostatecznej podstawy do odpowiedzi na zadane we wstępie tej pracy pytanie.

Przed czterema laty przedsięwziął prof. Kockel szereg badań nad drobnowidowemi zmianami w oddzielającej się pępowinie, wychodząc z założenia, że zmiany te winny występować wcześniej i być więcej charakterystyczne, niż zmiany makroskopowe.

Kockel poddał przedewszystkiem badaniu 19 pępowin dzieci, zmarłych w $^3/_4$ godziny do 8 dni po urodzeniu się. We wszystkich tych przypadkach koniec brzuszny pępowiny był jeszcze ściśle złączony z pierścieniem skórnym. Badanie mikroskopowe wspomnianych pępowin dało następujące wyniki. W 13-tu przypadkach można było stwierdzić w pierścieniu skórnym na pograniczu z pępowiną liczne naczynia włosowate, które wkraczały w linii osiowej w obręb pępowiny. U podstawy pępowiny stwierdzono nadto zmiany, które zdaniem autora stoją w związku z zapaleniem dermakacyjnem, jakie się toczy w pępowinie w okresie jej oddzielania się U płodu niedonoszonego, który zmarł w 3—4 godzin po urodzeniu się, zauważył Kockel nieznaczny pierścieniowaty naciek drobnokomórkowy powierzchownych warstw galarety Warthona tuż przy pierścieniu skórnym, 1 mm. szeroki. Wybitniejszy, 3 mm. szeroki naciek, ograniczający się jednak tylko do dolnego obwodu podstawy pępowiny, znachodził się u przedwcześnie urodzonego dziecka, zmarłego w dwie godziny po urodzeniu się; takiż naciek, usadowiony jednak w górnej części obwodu, znalazł Kockel u noworodka, zmarłego w cztery godziny po urodzeniu się. U drugiego noworodka, który zmarł również w cztery godziny po urodzeniu się, zauważył Kockel naciek wyraźny pierścieniowaty, który zajmował brzeg pierścienia skórnego oraz pępowiny na przestrzeni 1 mm.; naciek ten nie ograniczał się wyłącznie tylko do najpowierzchowniejszych warstw pępowiny, lecz sięgał także w głąb. We wszystkich tych przypadkach pępowiny były soczyste.

Szereg dalszych pępowin pochodził z dzieci; które żyły najkróciej 17 godzin, a których pępowiny były mniej lub więcej wyschnięte.

U dziecka 17 oraz 24 godzinnego znachodził się wyraźny naciek tuż przy pierścieniu skórnym, 1—3 mm. szeroki i na $^1/_2$ mm. w głąb pępowiny sięgający. U innego 24 godzinnego, oraz u trzech zmarłych w dwa dni po porodzie, stwierdzono nacieki nietylko w częściach powierzchownych, lecz także w warstwie osiowej pępowiny. Leukocyty leżały tu w kępkach wśród głębokich warstw galarety i w ścianach naczyń pępkowych tak, że na wysokości naskórka pępowina była oddzieloną jakby płytką nacieku od pozostającej tkanki. U noworodka 2, 3, 4, 6 i 8-dniowego znajdował się podobny, lecz silniej zaznaczony obraz. Zupełnie identyczne zmiany zauważył Kockel w kilku pępowinach świeżo rzuconych królików i morskich świnek. Dla stwierdzenia, czy zmiany te odnieść należy do życia dziecka, badał z kolei Kockel 17 pępowin płodów nieżywo urodzonych, względnie zmacerowanych. U 15 z tych pępowin brak było nacieków drobnokomórkowych zupełnie, w dwóch natomiast, mianowicie u donoszonego płodu z wodogłowiem, oraz u 9-miesięcznego zmacerowanego, znajdo-

wały się nacieki; te jednak od powyżej opisanych wyraźnie się różniły. Różnica ta polegała na umiejscowieniu i na rozległości nacieków. Podczas kiedy w pępowinach noworodków, które po urodzeniu chociażby bardzo krótko żyły, naciek ograniczał się do powierzchownych, tuż przy brzegu naskórkowym leżących warstw pępowiny, to w pępowinie płodu zmacerowanego ograniczał się tylko do głębokich osiowych części, u płodu zaś z wodogłowiem zajmował całą szerokość przekroju pępowiny, co zaś najważniejsze, że naciek ten u obu nieżywo urodzonych płodów rozszerzał się poza linię pograniczną między pępowiną a pierścieniem skórnym tak, iż np. u płodu zmacerowanego w odległości jeszcze 20 ctm. od pępka zauważyć można było leukocyty wśród ścian naczynia i otaczającej je tkanki.

Wśród badań swych stwierdził autor w pępowinach trojga noworodków, które niewątpliwie żyły od 3—15 godzin po urodzeniu, zupełny brak nacieków, mimo iż u dwóch noworodków płuca, żołądek oraz górny odcinek jelita cienkiego zawierały powietrze. Niestwierdzenie nacieków w dwóch z tych przypadków tłómaczy Kockel daleko posuniętą zgnilizną, trzeci zaś przypadek ma zdaniem jego wskazywać, iż podobnie jak zmiany makroskopowe, tak i mikroskopowe przy oddzielaniu się pępowiny mogą znacznie później wystąpić, niż to ma zazwyczaj miejsce.

Powyższe wyniki badań upoważniają Kockela do całego szeregu wniosków. I tak w pierwszym rzędzie przyjmuje on, iż u ludzi i zwierząt przychodzi na granicy między pępowiną a pierścieniem skórnym do zapalenia demarkacyjnego, dzięki któremu następuje oddzielenie się pępowiny. Zapalenie to, demarkacyjne w postaci nacieku drobnokomórkowego, występujące w jedną lub też w kilka godzin po urodzeniu się, zajmuje przedewszystkiem warstwy powierzchowne, drąży dopiero później w głąb, ograniczając się jedynie do tuż przy pierścieniu skórnym leżących części pępowiny. Zjawiające się tu leukocyty pochodzą z powierzchownych naczyń włosowatych, leżących na pograniczu pępowiny i pierścienia skórnego. Występowanie nacieku w najpowierzchowniejszych warstwach pępowiny jest następstwem wysychania jej powierzchni, które wywiera może wpływ chemotaktyczny na leukocyty. Uwzględniając charakterystyczne umiejscowienie nacieku, można zdaniem Kockela wnosić, iż dziecię żyło życiem pozałonowem, chociażby nawet płuca i przewód pokarmowy powietrza zupełnie nie zawierały. Brak tego charakterystycznego nacieku nie dozwala jednak wykluczyć pozałonowego życia noworodka. Zmiany drobnowidowe, zauważane w okresie oddzielania się pępowiny, pozwalają nadto zdaniem Kockela i na oznaczenie długości życia noworodka w pierwszych dwóch dniach. Drobne powierzchowne nacieki na górnej lub dolnej powierzchni obwodu podstawowej części pępowiny dozwalają przypuszczać, iż noworodek żył od 1—3 godzin; takież nacieki, lecz pierścieniowate, przemawiają za życiem noworodka, trwającem przez 2—4 godzin. Występowanie leukocytów w głębszych warstwach pępowiny (0·5—1 mm. pod powierzchnią) wskazuje na życie, które trwało od 18—24 godzin, podczas kiedy naciek, zajmujący cały przekrój pępowiny w części jej do pierścienia skórnego przytykającej w postaci tak zwanej płytki demarkacyjnej dowodzi z wszelkiem prawdopodobieństwem, iż noworodek żył co najmniej 24 godziny. Przy oznaczaniu w ten sposób długości życia noworodka należy uwzględniać nietylko rozległość nacieku, lecz także jego zbitość. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. O nowszych teoryach odporności.

Podał

Dr. Filip Eisenberg.

(Według odczytu wygłoszonego w krak. Tow. lek. dnia 23 kwietnia b. r.).

(Ciąg dalszy).

II.

Odporność antytoksyczna, o której prawie wyłącznie dotychczas mówiłem, bynajmniej jeszcze nie wyczerpuje całego pojęcia odporności. Dzięki wielkiemu odkryciu Pfeiffera poznaliśmy drugi zasadniczy jej rodzaj, odporność bakteryobójczą, której klasycznym przykładem jest proces zabicia i rozpuszczenia prątków cholery w otrzewnej uodpornionej morskiej świnki. Wassermann w badaniach swych nad odpornością przeciw lasecznikowi błękitnej ropy *(Bac. pyocyaneus)* ściśle odgraniczył odporność antytoksyczną od bakteryobójczej i ocenił obu ich rolę w mechanizmie odporności; pokazał on, że uodporniając zapomocą przesączy (filtratów) hodowli, uzyskujemy odporność antytoksyczną, zapomocą zaś ciał bakteryjnych wolnych od jadu odporność bakteryobójczą; mamy tu więc przed sobą dwie odrębne sprawy, z których każda swoiste ma cechy i odrębne znaczenie. Ustrój uodporniony przeciw jadowi może przedstawiać najlepsze podłoże dla rozwoju samych bakteryj; ustrój, posiadający odporność bakteryobójczą, może uledz działaniu jadów, zawartych w ciele bakteryj, a uwolnionych właśnie przez rozpuszczenie tych ciał. Jakkolwiek jednak według obecnego stanu naszych pojęć musimy wszystkie choroby zakaźne sprowadzić do działania swoistych jadów bakteryjnych, na razie jadów tych w wielu przypadkach nie znamy i chcąc czynnie zwrócić się przeciw tym zakażeniom, na razie musimy posługiwać się odpornością bakteryobójczą czynną, czy bierną i ztąd to ogromna ważność gruntownego poznania mechanizmu tej odporności, sposobów jej powstawania i czynników, warunkujących jej skuteczność. Szczęśliwy traf odkrycia zjawiska hemolizy, przedstawiającego najściślejszą analogię do zjawiska bakteryolizy, pozwoliło cały szereg tych faktów poddać wyczerpującemu rozbiorowi doświadczalnemu *in vitro*, co ogromnie przyczyniło się do pogłębienia naszej znajomości mechanizmu odporności i związanych z nim pytań. Belfanti i Carbone znaleźli, ze surowica koni, którym wstrzykiwali krew króliczą, jest trucizną dla królików; Bordet następnie wykazał, że surowica ta *in vitro* rozpuszcza ciałka czerwone królicze i że w działaniu tem, podobnie jak w działaniu surowic bakteryobójczych, biorą udział dwa ciała, jedno swoiste, wytrzymałe na działanie wyższej ciepłoty, drugie nieswoiste, zawarte już w surowicy zwierząt prawidłowych, ulegające zniszczeniu przez półgodzinne ogrzanie do 55° C.

Na podstawie tych faktów przystąpił Ehrlich wspólnie ze swym asystentem Morgenrothem do badań nad mechanizmem hemolizy. Przez wstrzykiwanie krwi baraniej kozom uzyskali oni swoistą hemolizynę, t. j. surowicę rozpuszczającą ciałka czerwone krwi baraniej. Przez półgodzinne ogrzanie do 55° C. surowica ta traci własność rozpuszczania; dodatek świeżej prawidłowej surowicy koziej

przywraca tę własność nieczynnej surowicy. W akcie hemolizy biorą tedy udział dwa ciała; jedno swoiste, odporne na wyższą ciepłotę, nazwane przez Ehrlicha ciałem pośredniem lub ochronnem *(Zwischenkörper oder Immunkörper)*, drugie nieswoiste, wrażliwe na wyższą ciepłotę, ciało uzupełniające (komplement), odpowiadające aleksynie badaczy francuskich. Dalsze badania wykazały wzajemny stosunek i własności tych ciał: jeżeli surowica działa na ciałka czerwone przy ciepłocie 0°, hemoliza nie następuje; jeżeli teraz zapomocą centryfugi oddzielimy ciałka czerwone od surowicy, zobaczymy, że ciałka czerwone rozpuszczają się za dodaniem surowicy prawidłowej, tj. ciała uzupełniającego, z czego wynika, że chociaż pozornie niezmienione, musiały pochłonąć z surowicy ciało ochronne. Do tego samego wniosku prowadzi badanie surowicy oddzielonej: straciła ona zdolność rozpuszczania ciałek czerwonych, a uzyskuje ją dopiero przez dodanie takiej samej surowicy swoistej, ogrzanej do 55°, tj. ciała ochronnego. Widzimy ztąd, że przy 0° ciałka czerwone pochłonęły ze surowicy ciało pośrednie, zostawiając nietkniętem ciało uzupełniające. Jeżeli to samo doświadczenie przeprowadzimy przy 37°, zobaczymy, że ciałka czerwone się rozpuszczą, a płyn przy odpowiednim stosunku obu czynników został pozbawiony i ciała pośredniego i uzupełniającego. Z faktów tych wnioskuje Ehrlich, że ciałka czerwone posiadają maksymalne powinowactwo do ciała pośredniego, powinowactwo objawiające się nawet przy 0°, natomiast wcale nie łączą się z ciałem uzupełniającem; ciało to posiada powinowactwo tylko do ciała pośredniego i to powinowactwo słabe, objawiające się dopiero przy 37°. Przy tej ciepłocie oba te ciała łączą się, tworząc złożoną hemolizynę, przy niższej ciepłocie oba istnieją obok siebie niezależnie. Ciało uzupełniające, którego działanie rozpuszczające ujawnia się w hemolizie i w objawie Pfeiffera, jest rodzajem fermentu proteolitycznego; ciało ochronne pośredniczy w jego działaniu — ze środowiska względnie ubogiego w ten ferment, wyławia go ono dzięki swemu doń powinowactwu i przenosiześrodkowane jego działanie na ciałko czerwone, czy na komórkę bakteryjną. Jak wiadomo, nietylko surowice swoiste, ale i surowice prawidłowe różnych zwierząt rozpuszczają ciałka czerwone różnych gatunków zwierząt; dokładny rozbiór tego zjawiska, które Buchner i niektórzy badacze francuscy odnoszą do działania jednolitego ciała, zwanego przez nich aleksyną, wykazał zupełną analogię do sprawy hemolizy przez surowice swoiste. Tu jak tam znajdujemy ciało wytrzymałe, zwane w tym przypadku przez Ehrlicha ciałem pośredniem, obok ciała uzupełniającego unieczynnianego przy 55°; w tym przypadku oczywiście dowód istnienia tych dwóch składników jest utrudniony; jeżeli surowica nieczynna przez ogrzanie odzyskuje swe działanie przez dodanie tejże samej surowicy świeżej, to tylko wówczas wolno nam dopatrywać się w tem dowodu istnienia dwóch ciał, jeżeli do uczynnienia wystarcza ilość surowicy świeżej, sama przez się do hemolizy niezdolna. Dowód będzie wówczas również możliwym, jeżeli surowica nieczynna może być uczynniona zapomocą surowicy świeżej innego gatunku, która danych ciałek czerwonych sama nie rozpuszcza, zwłaszcza np. surowicy tego samego gatunku, co ciałka czerwone, a więc surowicy, która fizyologicznie przedstawia najodpowiedniejsze środowisko dla przechowywania danych ciałek. Zapomocą tych metod udało się Ehrlichowi i Morgenrothowi wykazać dla całego szeregu surowic prawidłowych złożoną budowę, a i mechanizm pochłaniania ciał czynnych tych surowic przez ciałka czerwone jest ten sam, co wobec surowic swoistych. Wobec faktu, że niektóre takie surowice prawidłowe rozpuszczają cały szereg różnych ciałek czerwonych, nasuwa się logicznie pytanie, czy wszystkie te zdolności są funkcyami jednej hemolizyny, czy tej każdej odpowiada poszczególne ciało; zapomocą metody t. zw. wyborczego pochłaniania *(elective Absorption)* wykazuje Ehrlich, że każda ze surowic prawidłowych zawiera cały szereg odrębnych hemolizyn; jeżeli np. do surowicy psa, które rozpuszcza ciałka czerwone królika, morskiej świnki, kozy, konia itd., dodamy przy 0° odpowiednią ilość ciałek czerwonych króliczych, a po pewnym czasie odcentryfugujemy, to surowica utraci zdolność rozpuszczania ciałek czerwonych króliczych, t. j. dodane ciałka pochłonęły zupełnie odpowiadającą im hemolizynę, podczas gdy zdolność rozpuszczania innych rodzajów ciałek pozostała nienaruszoną; to samo zjawisko powtarzać się będzie przy traktowaniu każdym rodzajem wrażliwych ciałek, co nas prowadzi do przyjęcia wielości i swoistości prawidłowych hemolizyn. Te same prawa i taką samą budowę wykazały badania Moxtera, Pfeiffera i Friedbergera dla ciał bakteryobójczych surowic prawidłowych, badania Malkoffa dla hemaglutynin tychże surowic, praca Neissera dla ciał ochronnych przeciw bakteryohemolizynom. Ale nietylko ciała pośrednie danej surowicy prawidłowej są odrębne i wielokrotne, każda z tych surowic zawiera także cały szereg odrębnych ciał uzupełniających; przez swoiste pochłanianie, jak również przez rozmaite czynniki fizyczne i chemiczne można jedne od drugich oddzielić.

Nasuwa się teraz logicznie pytanie, jak sobie wyobrazić przyrodę i sposób powstawania tych tak różnorodnych i złożonych co do budowy i działania ciał? Antytoksyny przedstawiają się jako ciała o względnie prostej budowie: znamy jedną tylko ich funkcyę, powinowactwo do odpowiedniego jadu; istnienie jednej grupy chwytnej funkcyę tę w zupełności tłómaczy; to też Ehrlich odpowiednio do przypuszczalnego sposobu powstawania nazywa je chwytnikami pierwszego rzędu. Wyższą budowę przedstawiają aglutyniny i precypityny: zgodnie z hipotezą Ehrlicha wykazałem wspólnie z Drem Volkiem, że aglutyniny posiadają obok grupy chwytnej także grupę precypitującą: tamta wyobraża swoiste ich powinowactwo do danego rodzaju bakteryi, z drugą związany jest objaw powstawania strątu w ciele bakteryi powodującego widomą ich aglutynacyę. Obecne swoje badania świeżo ogłoszone, zgodnie z wyszłą w ostatnim czasie pracą Müllera, wykazują dla swoistych precypityn taką samą budowę; obie więc te kategorye z Ehrlichem zaliczymy do chwytników drugiego rzędu, t. j. o dwóch grupach cechujących. Wreszcie bakteryo- i hemolizyny przedstawiają najbardziej złożoną budowę; mamy tu naprzód ciało pośrednie o dwóch grupach chwytnych: jedna objawia powinowactwo do ciałka czerwonego; druga (komplementofilna) do ciała uzupłniającego; ciało uzupełniające znowu jedną grupą łączy się z grupą komplementofilną ciała pośredniczącego, druga jego grupa warunkuje jego działanie rozpuszczające i nosi przez analogię do grupy toksycznej jadu i dla zaznaczenia jej natury fermentowej, miano grupy zymotoksycznej. Ten typ ciał ochronnych Ehrlich nazywa w odróżnieniu od po-

przednich chwytnikami trzeciego rzędu. Jak widzieliśmy, antytoksyny według teoryi Ehrlicha są chwytnikami, służącymi w prawidłowem życiu komórki do przyswajania ciał odżywczych, jest więc postulatem jednolitego poglądu na sprawy odporności ustanowić taki sam sposób powstawania dla bakteryo-ihemolizyn. I one nie są niczem innem, jak chwytnikami komórek, służącymi funkcyom przyswajania, że jednak tu chodzi o przyswajanie złożonych składników protoplazmy komórkowej, nie zaś o stosunkowo prostej budowy drobiny jadów, więc i mechanizm tego przyswajania bardziej jest złożony. Tu już nie wystarcza sam fakt przyswojenia; — jeżeli olbrzymia drobina białka ma dostarczyć komórce pewnej ilości energii, musi być wprzód rozbita na drobniejsze części, a zadanie to spełniają w ustroju fermenty. Będzie tedy najodpowiedniejszem urządzeniem, jeżeli chwytnik, służący przyswajaniu takich drobin białka, będzie zarazem wyposażony grupą chwytną dla fermentu trawiącego — w tym przypadku ciała uzupełniającego. Taki złożony chwytnik skutkiem nadmiernej regeneracyi wydalony do krwi przy uodpornieniu, — to bakteryo- lub hemolizyna. Taki pogląd tłómaczy nam wiele faktów, dostarczonych przez doświadczenie: Dungern wykazał, że surowice swoiste różnią się od prawidłowych tylko zawartością ciał ochronnych; zawartość ciała uzupełniającego przy uodpornianiu żadnym nie podlega zmianom, co jest zrozumiałem, gdy zważymy, że ani bakterye, ani ciałka czerwone, któremi uodporniamy, nie posiadają powinowactwa do ciała uzupełniającego, a tylko do chwytników w tkankach. Z poglądu tego wynika dalej, że uodporniając tymsamym rodzajem komórek dwa różne gatunki zwierząt, możemy uzyskać ciała ochronne, identyczne co do swej funkcyi powinowactwa do danego rodzaju komórek, różne w innych swych własnościach, fakt, udowodniony przez Ehrlicha drogą nader subtelnych i przemyślnych metod, których przytoczenie przekroczyłoby ramy dzisiejszego odczytu. Jasną jest rzeczą, że chwytniki różnych gatunków zwierząt dla tego samego rodzaju ciał mogą być różne, zjawisko wynikające z odrębnego typu przemiany materyi, że zatem i ciała ochronne, które są właśnie tymi chwytnikami, mogą odpowiednio do różnego swego pochodzenia wykazywać w swem działaniu pewne różnice. Zrozumiemy też, że uodporniając pewnym rodzajem komórek, np. ciałkami nasiennemi, uzyskujemy obok ciała swoistego, tj. spermotoksyny, także i hemolizynę, działającą na ciałka czerwone tego samego gatunku; wskazuje to na istnienie wspólnych chwytników w różnych tkankach tego samego ustroju. Zwłaszcza krew przedstawia się jako zbiornik różnych takich chwytników, które odnajdujemy po najrozmaitszych tkankach, fakt zupełnie licujący z rolą, jaką przypisujemy krwi w zawiłej sprawie międzytkankowej wymiany materyi. Wreszcie — i to punkt może najważniejszy — ten pogląd racyonalnie nam wyjaśnia niesłychaną wielość i różnorodność ciał o swoistych własnościach, krążących we krwi prawidłowej, wielość napozór mistycznie zagadkową i urągającą wszelkim postulatom przystosowania się ustrojów. Bo i pocóż ustrój psa już w stanie prawidłowym wytwarza hemolizyny dla krwi króliczej, koziej, ludzkiej itd., z któremi nigdy nie będzie miał sposobności się zetknąć? pocóż ustrój świni uzbrojony jest w antykrotynę, gdy w prawidłowym toku swego życia nigdy się z krotyną nie zetknie? na cóż różnym zwierzętom ssącym zda się ciało ochronne przeciw aktynodyastazie, fermentowi trawiennemu ukwiałów morskich? Na pytania te, któreby łatwo w nieskończoność pomnożyć, teorya Ehrlicha daje zadowalniającą odpowiedź; wszystkie te ciała (krotyna, aktynodyastaza, ciałka czerwone) posiadają pewne grupy chwytne wspólne z ciałami odżywczemi ustroju, ztąd chwytniki dla tych ciał odżywczych do krwi wydalone objawiają do nich swoiste powinowactwo działanie ich mogą zobojętniać. A że przemiana materyi niesłychanie jest złożona, jak o tem świadczą już nasze szczupłe i niewystarczające o niej wiadomości, nie dziw, że taka moc różnorodnych chwytników zalewa krew, że odźwierciedlając różne tej przemiany wahania, jedne chwytniki się zjawiają, inne znikają, że co chwila w tej krwi coraz to nowe odkrywamy funkcye i że słowo Goethego: „Blut ist ein ganz besonderer Saft!“ dziś bardziej, niż kiedykolwiek okazuje się prawdziwem. Uderzającym musi się tu przedewszystkiem wydać fakt, że właśnie ciałka czerwone, komórki prawie pozbawione własnego życia, posiadają tak obficie wyposażony zasób chwytników, i że chwytniki te po części odnajdujemy w różnych typach tkanek ustroju; prowadzi to do przypuszczenia, że ciałka czerwone roznoszą nietylko tlen po ustroju, ale i inne ciała odżywcze, które za pomocą chwytników związawszy czasowo, oddają następnie poszczególnym komórkom, że zatem służą jako „ośrodki gromadne“ *(Speicherungscentren“)* według nazwy Ehrlicha. (Dok. nast).

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Josef Müller. **Das sexuelle Leben der Naturvölker.** (Leipzig Th. Griebens Verlag (L. Fernau) 1902).

Dr. Josef Müller. **Das sexuelle Leben der alten Kulturvölker.** (Leipzig Th. Griebens Verlag. (L. Fernau) 1902).

Sprawozdanie niniejsze poświęcam dwom książkom, które polska prasa lekarska pominęła dotychczas milczeniem, pomimo że za granicą w kołach antropologów wywołały one żywą wymianę zdań. Widać że zasługują na to, by się z niemi nieco bliżej zapoznać, skoro w ciągu najkrótszego czasu wyczerpano prawie zupełnie dwa wydania pierwszej z tych prac.

Z całego materyału wchodzącego w zakres antropologii wybrał M. pożycie płciowe, wychodząc z zapatrywania, że stanowi ono podstawę rozwoju towarzyskiego, — a tem samem jest bardzo ważnym, a może nawet najważniejszym czynnikiem, prowadzącym do zapoznania się z kulturą narodów. Obok strony polemicznej poświęconej przeciwnikom, zwłaszcza Köhlerowi, a dążącej do wykazania, że t. zw. „promiscuitas“ u narodów pierwotnych wcale nie istniała, zastanawia się autor nad wielomęzstwem, wielożeństwem i jednożeństwem u najrozmaitszych nizko stojących w oświacie narodów, przyczem nie omieszkał nigdzie zwrócić uwagi na fakt, że wszystkie pierwotne narody uważały blizkie pokrewieństwo za przeszkodę do nawiązania stosunków małżeńskich. Znaczną część swej pracy poświęca M. t. z. dyscyplinie płciowej przed ślubem i po ślubie, zwracając uwagę na okoliczność, że wiele narodów stosowało i stosuje jeszcze dzisiaj wprost barbarzyńskie środki dla zapobieżenia pożyciu płciowemu przed odpowiednim czasem. Z chwilą jednak, kiedy Europa postawiła sobie za zadanie narzucać tym narodom swoją kulturę i w miarę jak to zadanie wykonywała, nauczyła je także inaczej korzystać z narządu płciowego, wskazała na zdrożne wybryki, do których tych narządów użyć można, stwierdzając raz jeszcze, że nadużycia płciowe idą nierzadko w parze z postępem cywilizacyi. M. nie zadowalnia się jednak jedynie zbadaniem tych stosunków

u narodów pierwotnych, a więc takich, które jeszcze dzisiaj obserwować możemy, lecz stara się wyjaśnić tę sprawę u narodów najdawniejszych. Roztrząsa więc w swej książce pożycie płciowe u Egipcyan, Chaldejczyków, Indusów, Persów, Chińczyków, Greków, Rzymian i Izraelitów. Najbardziej obchodzić muszą czytelnika te sprawy u Greków, Rzymian i Izraelitów, którym M. też poświęca znaczną część drugiego z wyżej wymienionych dzieł.

Klasyczny naród Hellenów stał wcześnie pod względem etyczno-płciowym na znacznej wyżynie, gdyż uczucie delikatności i poszanowanie dla czystości duszy raczej odpowiadało duchowi greckiemu. Wcześnie jednak zaczęły się te stosunki zmieniać, bo już przed wojną peloponezką. Złoty wiek Peryklesa był także ważnym dla rozwoju heteryzmu w Grecyi, a stosunki, które łączyły Peryklesa z Aspazyą, stały się powodem, że ona założyła szkołę heter.

Za przykładem panujących poszło wkrótce wielu wybitnych obywateli; Platona łączyły stosunki z Archaeanassą, Arystotelesa z Herpyllis; Sokrates uznawał potrzebę domów publicznych, Sofokles zapisał swój majątek heterze Archippe, a Charikles wybudował prostytutce Psythionike pomnik kosztem 30.000 talentów. Wśród tak zmysłowych stosunków i pojęć nie mogło brakować dalej idących warunków do rozpusty, jak pederastya i miłość lesbijska. Co się tyczy pierwszej, musiała się ona dosyć często zdarzać, skoro w Atenach i Sparcie śmiercią karano winnych. Druga zaś nie rozwinęła się wcale, wbrew niektórym twierdzeniom o jej istnieniu. — Przechodząc do Rzymian, rozróżnia Müller również dwa okresy: najdawniejszy, kiedy surowo przestrzegano obyczajności nietylko żeńskiej, lecz i męzkiej, a instytucyi heter jeszcze nie znano, a natomiast budowano świątynie Weście i jej kapłankom, ślubującym czystość. W tym czasie, kiedy w Grecyi heteryzm już dawno doszedł szczytu rozwoju, Rzymianie z pewną dumą stali jeszcze na straży obyczajności; lecz i tu przyszło do upadku i to tak gwałtownego, jakiego zresztą u żadnego narodu nie spostrzegamy. I to jest drugi okres Müllera. Władcy zmuszali kobiety z najznakomitszych rodzin do oddawania się im, święcili orgie z najniższą służbą, a władczynie, jak np. osławiona Messalina, frymarczyły otwarcie swoim ciałem. Następstwem tego był brak potrzeby, a nawet pewien wstręt do małżeństwa, a państwo musiało w obronie własnej wyznaczać nagrody dla związków małżeńskich, które nie pozostawały bezdzietnymi. Takie były stosunki w potężnem państwie rzymskiem w chwili, kiedy chrześcijaństwo się przygotowywało do objęcia panowania nad niem.

Koniec swej pracy poświęca M. państwu żydowskiemu. Tu stosunki płciowe regulowały księgi Mojżesza: ścisłe przepisy co do zachowania się w pożyciu małżeńskiem, w czasie miesiączkowania i po niem, podczas ciąży, porodu, połogu, krwawień i t. d. przynosiły zbawienne następstwa. Przepisy te jeszcze bardziej rozszerzył i dokładniej określił późniejszy talmud. — Na tem kończy M. swoją ściśle naukową pracę, będącą owocem bardzo bystrego zmysłu krytycznego i ogromnej znajomości piśmiennictwa.

Autor zapowiada w najbliższym czasie nowe dzieło o życiu płciowem u narodów chrześciańskich i muzułmańskich, którego z niecierpliwością oczekujemy. *Dr. Lachs.*

IV. Wyciągi.

Dr. Jenö Kollarits. **Zbiór objawów myastenicznych.** *(Deutsches Archiv für klinische Medicin*, Band 72, 1902). Autor opisuje pięć przypadków chorobowych, w których występował t. zw. odczyn myasteniczny. Klinicznie rozpoznawano: w pierwszych dwóch guzy w móżdżku, co też i sekcyą zostało stwierdzone; w trzecim i czwartym przypadku myastenię, w piątym chorobę Basedowa. Do cech rozpoznawczych myastenii zaliczamy: łatwe nużenie się i odczyn myasteniczny w mięśniach, brak objawów anatomicznie stwierdzić się dających, zmienność objawów, brak zaników mięśniowych i brak odczynu zwyrodnienia.

Opierając się w części na przypadkach swoich, w części na przypadkach zaczerpniętych z piśmiennictwa, odrzuca autor nazwę odczyn „myasteniczny“, jako nieodpowiednią, a w jej miejsce przyjmuje termin, jeszcze w roku 1868 zalecony przez Benedikta, brzmiący „odczyn znużenia“, który w istocie jest prawie identycznym z odczynem Jollyego. Według autora ani odczyn myasteniczny, ani łatwość nużenia się mięśni przy ruchach czynnych, nie mogą być uważane jako patognostyczne dla myastenii, ponieważ występują i w innych sprawach chorobowych. Również nie można opierać rozpoznania na zmienności objawów, okazujących raz poprawę, to znów pogorszenie, bo podobne rzeczy spostrzegano w ostatnich czasach w zapaleniu mózgu i w przypadkach guzów mózgowych. Za jedynie charakterystyczne dla myastenii uważa autor napady duszności, osłabienie mięśni i szybkie ich nużenie się, występujące tak po pracy, jak i w spoczynku. Co do braku zmian anatomicznych, to ujemny wynik badania odnosi autor do niedoskonałości techniki histologicznej. Wykazawszy w ten sposób niepewność podstaw rozpoznawczych, cechujących myastenię, wypowiada autor zdanie, że nazwą tą objętych jest kilka grup chorobowych, które usiłuje według pewnego szematu ułożyć, przyczem przychodzi do następujących wniosków: 1. zbiór objawów myastenicznych obejmuje najrozmaitsze schorzenia: *a)* schorzenia rodzinne, cechujące się napadami osłabienia, lub napadowymi niedowładami, aczkolwiek mogą pojawiać się i przypady stałego porażenia. Tu zaliczyć również należy napadowe (paroksyzmalne) porażenie rodzinne Goldflama. *b)* Schorzenia, powstałe po chorobach gorączkowych, lub połączone z gorączką. Te należy zaliczyć do zapalenia mózgu i rdzenia. *c)* Przypadki ze zmianami powodującemi uszkodzenie mózgu. *d)* Przypadki, będące początkowymi okresami chorób, a których rozpoznanie wymaga dłuższej obserwacyi. 2) Ujemne badanie anatomiczne nie upoważnia do rozpoznania myastenii. 3) Zaniki i odczyn zwyrodnienia nie wykluczają myastenii. 4) Łatwe nużenie się mięśni i odczyn znużenia mają tylko względną wartość rozpoznawczą.
Dr. Erwin Mięsowicz (Kr. kl. ch. w.).

Adamkiewicz. **Nowe wyniki po kaukroinie w raku języka, krtani, przełyku, żołądku i sutek.** *(Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 24, 1902). Autor ogłasza pięć przypadków raka drobnowidowo stwierdzonego, leczonych nader skutecznie wstrzykiwaniami kankroiny. Wyniki miały być tak w oczy bijące, że wielce zachęcają do dalszych badań. *Pisek.*

Elsner. **Jeszcze o szmerze pluskającym.** *(Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 22, 1902). Autor badał znaczną liczbę kobiet w kierunku obecności pluskania w żołądku, wybierając jednak tylko takie, u których nie można było stwierdzić żadnego, choćby najmniejszego cierpienia żołądkowego. Z 26 w ten sposób wybranych kobiet można było tylko u 10 wykazać pluskanie. Z tego Elsner wnosi, że 1) pluskanie w żołądku nie jest wcale objawem chorobowym; 2) ani istnienie pluskania jako takiego, ani pojawienie się jego wśród trawienia, nie daje prawa do rozpoznania zwiotczenia żołądka. *Dr. Henryk Pisek* (Podgórze).

Jorns. **Ostra niewydolność serca, jako następstwo wypadku.** *(Münchener med. Wochenschrift* Nr. 22, 1902). U silnego i zupełnie zdrowego parobka rozwinęła się skutkiem przytrzymania ciężkiego odyńca ostra rozstrzeń serca, która w krótkim czasie pociągnęła za sobą zejście śmiertelne. Z uwagi jednak, że sekcyi nie dokonano, wątpić należy, czy nie zachodziły jakieś inne zmiany chorobowe, które śmierć spowodowały. Stowarzyszenie robotnicze przyjęło tę chorobę, jako następstwo wypadku. *Pisek.*

Prof. Dr. G. v. Bergmann. **Przyczynki do kazuistyki guzów mózgu, nadających się do operacyi.** (*Archiv Langenbecka*, T. 65, Z. 4).

I. Mężczyzna, 34 lat, od pięciu lat okazuje wydatne wypuklenie guza czołowego prawego. Jednocześnie z wystąpieniem tej wypukłości otoczenie chorego spostrzegło w skórze tej okolicy grubą żyłę. Wkrótce potem i chory począł się uskarżać na coraz gorszy zwrok i na bóle w karku. Wzrok powoli ale stale się pogarszał tak, że człowiek ten nie mógł już czytać i pisać. Jednocześnie usposobienie jego znacznie się zmieniło: stał się gniewliwym, a po wybuchu zapadał w zadumę. Chód stał się wreszcie niepewnym, a wreszcie bóle głowy znacznie się wzmogły. W tym czasie oko lewe stało się zaledwie wrażliwem na światło, prawe zaś zupełnie nieczułem. Tarcza zastoinowa obustronna, jednak na oku prawem wyraźniejsza. Oddziaływanie źrenic zachowane. Żez robieżny. Nawet na lekkie opukiwanie okolica prawa czoła była bardzo wrażliwa. Rozpoznano guz w płacie czołowym prawym.

Okolicę tę odsłonięto po wykrojeniu dużego płata Wagnera z szypułą ponad stawem szczękowym. Po przecięciu opony twardej, napiętej i zaledwie tętniącej, — znaleziono tuż pod powierzchnią

mózgu guz niebieskawo-czerwony, który B. palcem łatwo wyłuszczył. Przebieg pooperacyjny był zupełnie gładki. Badanie mikroskopowe wykazało naczyniomięsaka. Prawie po 1½ roku stwierdzono: chód pewny, usposobienie zmieniło się na korzyść, bóle zupełnie ustąpiły. Lewem okiem liczy palce na 12 mtr.

II. Chłopczyk 4½-letni w roku po trepanacyi wyrostka sutkowego, dokonanej z powodu ropotoku usznego z zupełnem powodzeniem, nagle zachorował: wystąpiły wymioty, ból głowy, wyraźne osłabienie prawej ręki i nogi, następnie pogorszył się wzrok i wystąpiły kurcze drgawkowe w prawej połowie twarzy. Od dwóch tygodni objawy chorobowe szybko postępują. Dzień przed operacyą dziecko apatyczne, tętno drobne, szybkie. Po stronie prawej porażenie spastyczne. W rączce prawej niemal nieustanne kurcze drgawkowe. Prawy nerw twarzowy porażony. Drżenie gałek ocznych (*nystagmus*) po stronie prawej. Dziecko zdaje się nie widzi na oba oczy.

Przy opukiwaniu lewej okolicy ciemieniowej badany oddziaływa wyraźniej, niż przy opukiwaniu strony przeciwnej. Rozpoznano guz w środkowych zwojach ruchowych po stronie lewej, rozrastający się ztąd ku przodowi (drżenie gałek ocznych). Po kraniotomii sposobem Wagnera przeciął B. oponę na krzyż i wyłuszczył w okolicy przedniodolnej brózdy środkowej (*sulcus centralis*), z trzeciego zwoju czołowego guz wielkości pięści, twardy, o powierzchni guzowatej. Pod koniec operacyi wystąpił wyraźny *shok*. Dziecię zmarło wkrótce potem w zapadzie. B. sądzi, że rokowanie w tym przypadku byłoby lepsze, gdyby operowano przed 14-tu dniami, t. j. kiedy już były wyraźne objawy guza mózgu i skłania się (częściowo) do rady Horsleya, aby w podobnych rozpaczliwych przypadkach operować dwuczasowo, t. j. do wyłuszczenia guza przystąpić dopiero w kilka dni po otworzeniu czaszki.

III. Mężczyzna 44-letni cierpi od 12-tu lat na ból głowy: początkowo po stronie prawej, potem stale po lewej. Następnie pojawiły się drgawki w ręce prawej, poczynające się od palców, a przechodzące na ramię.

Drgawkom tym, pojawiającym się niestale w odstępach kilkudniowych, towarzyszyła czasem utrata świadomości. Badaniem przedmiotowem wykazać można było wychudnienie całej ręki, znaczne osłabienie jej siły, niepewność ruchów czynnych, natomiast odruchy wzmożone. Dno oka bez zmian. Nieznaczny niedowład prawego nerwu twarzowego. Opukiwanie czaszki po stronie lewej bolesne. Rozpoznano nowotwór łagodny w ośrodku kończyny górnej prawej. Po odsłonięciu opony twardej przecięto ją tam, gdzie była zgrubiała i przeświecała sinawo. Powstał szalony krwotok, który zaledwie zdołano opanować tamponadą. W 15 godzin po operacyi chory umarł ze skrwawienia. Sekcya wykazała, że w ośrodku ręki prawej rozwinął się rozlany naczyniak jamisty.

IV. Kobieta 46-letnia, zdrowa, przed 5½ laty nagle doznała drżenia w nodze prawej. Pozostałe osłabienie wkrótce minęło. Po paru latach znów wystąpiły nagłe kurcze w tej samej nodze, utrata świadomości i drgawki ogólne. Od tego czasu podobne napady coraz częściej. Od roku powtarzają się niemal codziennie. Obecnie niedowład nogi prawej, bóle głowy, tarcza zastoinowa po stronie prawej, utrata pamięci. B. rozpoznał guz w lewym ośrodku ruchowym. Na odpowiedniem miejscu odsłonił oponę twardą i wydobył z mózgu 6 guzów, ważących razem 90 grm. Przebieg pooperacyjny początkowo gładki, zmienił się nagle po zupełnem wyjęciu setonu, dnia 11 po operacyi. W tym dniu wystąpiły objawy zapalenia opon mózgowych i temu cierpieniu chora 15-go dnia po operacyi uległa. Badanie drobnowidowe guzów wykazało: mięsakochłoniaka.

V. U 11-letniej dziewczynki utrzymuje się od kilku miesięcy ból głowy, wymioty, znużenie w kończynach. Objawy te stale się wzmagają. Przed operacyą stwierdził B. dziecko senne i apatyczne, opukiwanie prawej połowy czaszki bolesne, lewostronny wiotki niedowład. Po tejże stronie porażenie nerwu twarzowego, lewostronne widzenie połowicze, a obustronna tarcza zastoinowa. Tętno prawidłowe. Brak objawów kurczowych, spastycznych i zaburzeń w koordynacyi ruchów. Rozpoznano guz głęboki, usadowiony w prawej półkuli mózgu. Hemikraniotomia. Nakłócie wykazuje płyn jasny, żółtawy, o dużej zawartości białka (a więc nie ciecz mózgowo-rdzeniowa). Na 1½ ctm. pod powierzchnią torbiel, pojemności około 200 grm. Do jamy wprowadzono sączki. Po operacyi przemijająca poprawa w objawach chorobowych. Po paru tygodniach znaczne pogorszenie. Przez ranę na zewnątrz buja nowotwór. Zgon. Badanie mikroskopowe: torbielomięsak.

VI. Dziewczynka 12-letnia, operowana już przed trzema laty z powodu bólu głowy, kurczów i wymiotów. Po operacyi przemijająca ulga. Obecnie znów wymioty, ból głowy, bezład ruchowy móżdżkowy. Poza uchem prawem i na prawo od zewn. guzowatości kości potylicznej ubytki w kości pokryte blizną tętniącą. Nakłócie przez bliznę poza uchem wykazało płyn jasny z wielką ilością białka (a więc nie ciecz mózgowo-rdzeniowa, lecz treść jakiegoś torbiela patologicznego). B. okroił duży płat Wagnerowski z szypułą poza uchem, obejmującą oba powyżej opisane ubytki. Podczas odłamywania płatu naddarła się ściana torbiela i wylał się z niego płyn. Ściany torbiela mieszczącego się w płacie potylicznym wycięto w zdrowej tkance mózgowej przy pomocy nożyc i noża. Przebieg pooperacyjny był idealny. Wszelkie objawy chorobowe ustąpiły. Badanie mikroskopowe ścian torbiela wykazało młodą tkankę włóknistą z dużą ilością komórek okrągłych. B. stale posługuje się w analogicznych przypadkach płatami Wagnerowskimi, i to dużymi (hemikraniotomia). Przez czoło i potylicę zakłada uciskającą opaskę elastyczną. Po okrojeniu płatu z części miękkich świdrem Doyena dziurawi kość (w cięciu) w paru miejscach dla ocenienia grubości kości. Potem szeroką piłką kostną, poruszaną motorem elektrycznym, przepiłowuje blaszkę zewnętrzną i śródkoście aż do blaszki wewnętrznej. Tę ostatnią przecina skośnie ułożonem dłutem w kierunku ku środkowi płata, a to w tym celu, aby po operacyi płat opuszczony oparł się o wystające listewki kostne, a nie ciążył bezpośrednio na powierzchnię mózgu. *Herman.*

G. Milian. **O wypadkach przy nakłóciu lędźwiowem i o sposobach ich uniknięcia.** (*Semaine médicale* 1902, Nr. 25). Jakkolwiek przykre, a nawet groźne dla chorego wypadki zdarzają się przy stosowaniu nakłócia lędźwiowego wcale nie rzadko, cała ta sprawa, tak wielkiej doniosłości praktycznej, była dotychczas pomijana milczeniem. Faktem jest, że już samo nakłócie lędźwiowe niezależnie od wstrzykiwania jakichkolwiek przetworów leczniczych nie jest bynajmniej zabiegiem obojętnym; zachowując jednak pewne ostrożności, możemy zapobiedz wszystkim niepożądanym następstwom.

Pomijając drobne wypadki bez znaczenia, jak nakłócie w błędnym kierunku, lub zranienie drobnej żyły, rozróżniamy dwojakie następstwa nakłócia: bezpośrednie i następowe. Do bezpośrednich zaliczamy zawrót głowy, osłabnięcie, zapad, udar mózgowy, a nawet nagłą śmierć w przebiegu nakłócia. Dodać należy, że wypadki nagłej śmierci przytaczane są prawie wyłącznie przez lekarzy niemieckich, którzy wypuszczają przynajmniej 100 do 150 ctm.³ płynu i nie wahają się obniżyć parcia płynu mózgowo-rdzeniowego z 420 na 180 mm. W tych przypadkach nagłego zejścia śmiertelnego obdukcya zwłok wykazała poważne obrażenia ośrodkowego układu nerwowego (zwłaszcza liczne ogniska udarowe). Z przypadkiem nagłej śmierci nigdy się nie spotkał autor.

Wypadki następowe przedstawiają najczęściej taki obraz: pierwszy dzień po nakłóciu przebiega zwykle dobrze. Nazajutrz chory poczyna doznawać bólu głowy, którego nasilenie z godziny na godzinę się zwiększa. Chory doświadcza uczucia obręczy, ściskającej mu skronie w tym stopniu, że aż oczy bolą go ze zmęczenia. Bezsenność zupełna; chory leży na wznak, jedyne położenie, jakie znosi — i zasłania twarz przed światłem dziennem. Trzeciego dnia ból dochodzi do zenitu; chory ma uczucie, że bliżkim jest szaleństwa. Stopniowo cierpienie się zmniejsza i ustaje szóstego lub siódmego dnia. Do bólu głowy przyłączają się często wymioty, które może wywołać każda zmiana położenia. Tętno przyspieszone, ciepłota nierzadko wznosi się do 38°, lub 38·5°. U kobiet obraz ten nieraz bywa powikłany przypadłościami histerycznemi. Autor widział chorą, u której po wypuszczeniu 6 do 8 ctm.³ płynu mózgowo-rdzeniowego wystąpił obraz chorobowy tak ciężki, że każdej chwili lękano się zejścia śmiertelnego: po upływie tygodnia chora wróciła do stanu prawidłowego. Obraz chorobowy powtarza się u wszystkich chorych z zupełną niemal dokładnością: jest bardzo typowy i zupełnie identyczny ze znanymi wypadkami, występującymi po kokainizacyi rdzenia, co dowodzi, że nie kokainie, lecz samemu nakłóciu należy przypisać te groźne objawy.

Nie wszystkie rodzaje chorób przedstawiają jednakową częstość wypadków. Chorzy z ciężkiemi obrażeniami mózgowemi, n. p. pęknięciem czaszki, zapaleniem opon, udarem mózgowym, nie okazują prawie żadnego odczynu na nakłócie lędźwiowe, które w porównaniu do istniejących zmian stanowi zaledwo lekkie zaburzenie. To samo odnosi się do porażenia postępującego, do wiądu rdzenia i do chorych z podniesionem parciem w kanale mózgowo-rdzeniowym.

Natomiast chorzy z parciem prawidłowem lub niższem od prawidłowego często stosunkowo okazują mniej lub więcej ciężkie zaburzenia. Stopień ich zależy od ilości wypuszczonego płynu i szybkości, z jaką wypuszczanie się odbywało. Najgroźniejsze objawy wystąpić mogą po aspirowaniu płynu zapomocą strzykawki. Autor widział chorą, u której po aspiracyi wystąpiły tak ciężkie objawy zadrażnienia opon mózgowych, że uważano ją za straconą.

Aby tych wszystkich niemiłych przypadłości uniknąć, należy zachowywać następujące ostrożności: pozwalać spływać płynowi mózgowo-rdzeniowemu kroplami i nigdy nie aspirować. Wyjątkowo dla

pierwszych kilku kropel, w razie jeżeli wydobywają się z trudnością, aspiracya może być dozwolona. Igła, używana do nakłócia, nie powinna mieć dużego światła; użycie trójgrańca bezwarunkowo wzbronione. Nie wypuszczać nigdy więcej nad 1 do 2 ctm.[3] płynu; ilość ta zupełnie wystarcza do badania bakteryologicznego, cyto- i kryoskopijnego. Przerwać zabieg przy najmniejszem użalaniu się chorego. Nakazać choremu zachowanie położenia leżącego przez trzy do czterech godzin po wykonaniu nakłócia. W razie wystąpienia wyżej wymienionych objawów leżenie w łóżku, nizkie ułożenie głowy; wstrzykiwania eteru i kofeiny. Podawanie antypiryny przeciw bólowi głowy bardzo słaby odnosi skutek. *Dr. T. Żeleński.*

P. Eichholz. **Badania doświadczalne nad przerództwem nabłonka.** *(Archiv Langenbecka* T. 65, Z. IV, 1902). Autor zamierzył przekonać się, o ile słusznymi są wnioski niektórych autorów (Gussenbauer, Wölfler, Müller), że skóra, zwrócona do jamy wysłanej błoną śluzową, zmienia swój charakter i staje się podobną do śluzówki. W tym celu wykonał szereg doświadczeń na zwierzętach i zbadał dokładnie odpowiedni materyał kliniczny. Wnioski jego są następujące: 1) Skóra zwrócona powierzchnią swą do jamy ustnej nawet do roku nie zdradza żadnej skłonności do zmienienia swego charakteru rzeczywistego, jakkolwiek zatraca częściowo torebki włosowe i gruczoły łojowe, a przyjmuje wejrzenie błony śluzowej. Taką samą odporność okazuje skóra, gdy się użyje jej do pokrycia braków w pęcherzu, lecz o tyle czyni zadość swemu zadaniu, o ile nie jest silnie uwłosioną. W tym bowiem przypadku na włosach tworzą się złogi. 3) Przeszczepiona do żołądka traci powoli naskórek, który źle odżywiony, ulega strawieniu. Tworzy się niejako wrzód, który następowo pokrywa się nabłonkiem walcowatym, bujającym z brzegów błony śluzowej żołądka na przeszczepioną skórę. 4) Błona śluzowa jamy ustnej, przeszczepiona na powierzchnię ciała, jeszcze po 16-tu tygodniach okazywała tylko nieznaczne zmiany mikrochemiczne w najpowierzchowniejszej warstwie, czyniące ją podobną do istoty rogowej naskórka, zależne jak się zdaje od wpływów atmosferycznych. 5) Znacznie mniej odpornym okazał się nabłonek przejściowy pęcherza, którego błona śluzowa, przeszczepiona na powierzchnię ciała, w krótkim czasie pokryła się naskórkiem przerastającym z sąsiedniej skóry. W całym tym procesie nabłonek błony śluzowej pęcherza zachowuje się biernie. 6) Bez porównania odporniejszym na wpływy zewnętrzne okazuje się nabłonek walcowaty przewodu pokarmowego. Po wielu jeszcze tygodniach można w nim wykazać komórki kubkowate i karyokinezę. Naskórek nań również nie przerasta. 7) Potwierdzenie dla poprzednich wniosków, wysnutych z doświadczeń, znaleść można w patologii i embryologii. We wszystkich tych przypadkach patologicznych, gdzie w miejsce błony śluzowej z właściwym dla danej okolicy nabłonkiem znachodzimy błonę pokrytą naskórkiem (np. w opadniętej pochwie), w uporczywych zapaleniach ucha środkowego krtani, błony śluzowej macicy, cewki, pęcherza, miedniczek nerkowych itd. prawdopodobniejszem, aniżeli przemiana (metaplazya) nabłonka, jest albo fizyczna, pozorna, wcale nie istotna, zmiana nabłonka płaskiego wielowarstwowego pod działaniem wpływów atmosferycznych (w pochwie opadniętej), lub też przerastanie naskórka ze skóry przez otwór patologiczny lub fizyologiczny na błonę, której przyrodzony nabłonek walcowaty uległ zniszczeniu skutkiem spraw zapalnych. Naskórek, bardzo skromny w swoich wymaganiach, rozrasta się poprostu niby pasorzyt na koszt delikatniejszego i bardziej wymagającego nabłonka walcowatego. Jedynie nabłonek żołądka i jelit stanowi w tym kierunku wyjątek, jest bowiem prawdopodobnie dzięki swej czynności swoistej bardzo odporny. Dotychczas nie spostrzegano przypadku pokrycia się naskórkiem błony śluzowej żołądka lub jelit. Również zjawisk znanych z embryologii (w rozwoju np. krtani lub pochwy), gdzie w życiu pozapłodowem w miejsce jednego nabłonka pojawia się inny, nie musimy wcale tłómaczyć przemianą jego, lecz również przerastaniem nabłonka bardziej odpornego z sąsiedztwa. w miejsce mniej odpornego, czy też mniej odpowiedniego. 8) W końcu wielokrotnie stwierdzane klinicznie i doświadczalnie zjawisko, że braki w skórze pokrywać można z zupełnem powodzeniem płatkami Thierscha. wyciętymi z błon śluzowych, tłómaczy się nie przemianą (metaplazya), ale poprostu bujaniem naskórka z brzegów skórnych w miejsce zanikającego nabłonka tych płatków.

Herman.

Szczegolew. **Nowy sposób barwienia pasorzytów zimniczych, oraz pierwiastków morfologicznych krwi zapomocą błękitu metylenowego i eozyny.** (*Medicinskoje Obozrenije* 1902, Nr. 2). Metoda S. wymaga przedewszystkiem dokładnego przygotowania płynu barwiącego. S. używa sposobu Karla Reutera, mianowicie ogrzewa w ciągu 2—3 dni w łaźni wodnej o ciepłocie 60% mięszankę, 1% rozczynu błękitu metylenowego (Höchst) z 0,5% rozczynem dwuwęglanu sodowego; następnie przesącza ją i dodaje kroplami nasycony wodny rozczyn eozyny (*B. A. extra Höchst*); w ten sposób tworzy się osad krystaliczny o połysku zielonawym. Przygotowana substancya barwiąca rozpuszcza się w wysoku bezwodnym (1: 500, nie więcej), w wodzie zaś nie rozpuszcza się wcale. Przed użyciem J. nalewa do szkiełka zegarkowego wody przekroplonej i dodaje 6—7 kropel wyskokowego rozczynu barwnika; do otrzymanej mięszanki wpuszcza się preparat, utrwalony zapomocą wyskoku i eteru, użytych *aa;* tu preparat pozostaje, nim nie utworzy się nalot na powierzchni płynu, lub osad czerwonawy, co zwykle wymaga ½ godziny. Wyjąwszy preparat i wysuszywszy, zamyka się go w ksylol-balsamie. Krwinki czerwone barwią się różowo-czerwono; siatka chromatyczna jąder krwinek białych — czerwonawo-fioletowo; ziarnistość neutrofilna — różowo; ziarna komórek eozynochłonnych — wyraźnie purpurowo. Pierwoszcza pasorzytów zimniczych barwi się na kolor błękitny; chromatyczne ziarna ich — wyraźnie czerwono-fioletowo. Według S. płyn barwiący, stykając się z preparatem, rozkłada się na pierwotne części składowe, które łączą się z różnemi częściami preparatu. Dowodem tego, twierdzi S., ma służyć ta okoliczność, że raz użyty barwnik traci swoją własność barwienia. *Witold Orłowski.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

O stosowaniu siarki w durze brzusznym. (*Semaine médicale* 1902 Nr. 28). W obec dobrych wyników, jakie w szpitalu wojskowym w Deelfontein otrzymał Richmond (*Semaine méd.* 1901 str. 208), podając siarkę w czerwonce, spróbował dr. Vorochilsky z Odessy uciec się do tego samego środka w durze brzusznym, którego podkładem anatomicznym są również owrzodzenia jelit. Doświadczenia na chorych w zupełności potwierdziły to przypuszczenie. Vorochilsky podawał co 2 godziny najdokładniej oczyszczoną siarkę w ilości 1.25 grm. dorosłym, a 0.30—0.50. grm. dzieciom. Już po dwóch lub trzech dniach tego leczenia ogólne objawy chorobowe łagodniały; gorączka opadała, język stawał się wilgotny, bóle brzucha i biegunka ustawały zupełnie, chory odzyskiwał sen i łaknienie. W razie ciężkiego przebiegu choroby poprawa występowała dopiero piątego dnia. Podawać siarkę należy aż do zupełnego uleczenia; chorzy lek ten znoszą bardzo dobrze; biegunka nie występuje nawet przy zażywaniu 12 grm. na dobę, — raczej mierne zaparcie stolca, łatwe do zwalczenia zapomocą lewatyw. Oczywiście, leczenie to powinno być połączone ze wszystkimi przepisami higieny i dyetetyki, a w razie potrzeby z użyciem zimnych kąpieli lub zmywań. Prawdopodobnie siarka działa zbawiennie, tworząc w jelitach powierzchnię osłaniającą dla podrażnionej i owrzodziałej błony śluzowej; prócz tego zmniejsza przekrwienie tejże błony, powodując zwężenie naczyń i wreszcie działa słabo antyseptycznie.

Dr. T. Żeleński.

VI. 59-te zebranie wędrowne związku hesskich psychiatrów w Heppenheim.

Dnia 26 czerwca r. b. odbyło się 59-te Zgromadzenie wędrowne Związku hesskich psychiatrów w Heppenheim. W zebraniu wzięło udział 23 uczestników. Obradami kierował Dr. Bieberbach z Heppenheim.

Pierwszym punktem porządku dziennego było szczegółowe omówienie zajmującego przypadku akromegalii, skojarzonej z cukrzycą u kobiety 51-letniej. Wywiady dostarczyły prelegentowi Drowi Schefferowi dowodu, że matka pacyentki (obecnie nieżyjąca) miała mieć również akromegalię wraz z cukrzycą. Pacyentka jest cierpiąca od lat 7—8. Z jednej strony powolnie, lecz stale postępujący wzrost tkanek: zgrubiałe wargi, uszy, nos, język, skóra; — kończyny również bardzo zgrubiałe, lecz nie wydłużone; z drugiej zaś strony objawy nerwowo-psychiczne: — senność, łatwe nużenie się, upośledzenie inteligencyi, wybitna drażliwość, obfite pocenie się itd. Szczęka dolna nie powiększona, gruczoł tarczykowy nie przerosły. Nadto stwierdzone zostały zmiany w oczach, przemawiające za guzem w mózgu. Przechodząc do wyjaśnienia przedstawionego przypadku, — prelegent odnosi objawy psychiczne do cukrzycy. Zmiany oczne, jak powiedzieliśmy, każą domyślać się guza w mózgu. Co się ty-

czy bliższego związku cukrzycy z akromegalią, to za nim przemawiają także szczegóły zapamiętane przez pacyentkę o swej matce. Wreszcie prelegent porusza sprawę istoty i przyczyn akromegalii i związek ich ze zmianami w przysadce mózgowej *(hypophysis cerebri)*, przypominając, że znane są przypadki akromegalii bez zmian w przysadce i odwrotnie: najróżnorodniejsze zmiany w tej ostatniej bez akromegalii.

Drugim punktem porządku dziennego było omówienie przez tegoż prelegenta dwóch przypadków śmiertelnego zatrucia tlenkiem węgla. Przypadki te czyniły wrażenie napadu udarowego: nieprzytomność, drgawki we wszystkich kończynach, zaburzenia odżywcze itd. Sekcya wykazała obok silnych wynaczynień krwi w żołądku, krwotoki w mózgu w okolicy torebki wewnętrznej i wzgórka wzrokowego. Czy przy omawianem zatruciu ma miejsce obok zmian w układzie naczyniowym mózgu, wywołujących następczo wskutek krwotoku zniszczenie wielkiej części substancyi mózgowej, — czy obok tych zmian zachodzi także i pierwotne działanie jadu na substancyę nerwową, jak to wielu utrzymuje? — odpowiedź na to pytanie dać powinno mikroskopowe badanie przy pomocy nowoczesnych metod, np. metody Nissla.

Z kolei przystąpiono do 3-go punktu programu. Tenże sam prelegent przedstawił wyczerpująco zajmujący przypadek z własnej praktyki; młody człowiek uległ znacznemu poturbowaniu, któremu towarzyszyło upadnięcie na ziemię, nie doznał atoli żadnych obrażeń widocznych. Po tym wypadku przyszedł bez trudności do domu, przez pewien czas nie odczuwał żadnych zmian, zajmował się prawidłowo swoją zwykłą pracą. Dopiero po upływie kilku dni wystąpiły zaburzenia w dolnej części ciała, — bóle w krzyżach, wiotkie porażenie kończyn dolnych, anestezye, zaburzenia ze strony pęcherza, odbytnicy itd. Zmianę w rdzeniu, na jaką przytoczone objawy wskazywały, odniósł prelegent pierwotnie do zgruchotania części kręgosłupa i wywołanego przez nie zgniecenia substancyi nerwowej rdzenia, tudzież w pierwszej linii do wielkiego krwotoku, który sprowadził zniszczenie substancyi nerwowej. Atoli sekcya, — pacyent po pewnym czasie zmarł na następstwa zaburzeń pęcherzowych, — nie okazała najmniejszych objawów uszkodzenie kręgosłupa, ani też najmniejszych śladów krwotoku. Substancya nerwowa rdzenia przedstawiała niekształtne ogniska wybujałej neurogli, jamy, — bądź ogniska rozmiękczenia. Wobec tego wyniku sekcyi, oraz uprzytomniwszy sobie przebieg kliniczny, — objawy wystąpiły nie nagle po wypadku, lecz po kilku dniach — przyszedł prelegent do przekonania, że pierwotne odniesienie przezeń sprawy do uszkodzenia kanału kręgosłupa i do krwotoku, niszczących tkankę rdzenia, było mylne; że natomiast ma się tu do czynienia z przypadkiem budzącego tyle zajęcia i nie wyjaśnionego dotąd jeszcze „wstrząśnienia pacierzowego“ *(commotio spinalis)* Obersteiner, Sahmens). Gdyby tu miało miejsce zniszczenie tkanki przez krwotok, to zauważyć należy, że krwotok ten musiałby być wielki, a w takim razie, pomijając już to, że musiałby po sobie zostawić znaczne ślady, — musiałby wywołać zmiany nagle, a nie po wielu dniach dopiero. Inne możliwości zostały wykluczone. Nie było żadnych zmian w czuciu, mogących przemawiać za syringomyelią, żadnych śladów przemijającego skręcenia kręgów. Niezmienione korzenie, tudzież nieregularne zmiany w substancyi nerwowej usuwają przypuszczenie, że zmiana wyszła z pierwotnego uszkodzenia korzeni. O heterotopii urazowej również mowy nie było.

Pozostało tylko do przyjęcia wspomniane wstrząśnienie pacierzowe, pod wpływem którego musiało nastąpić zaburzenie w odżywianiu odnośnej części rdzenia. Ztąd powstało obumarcie (t. zw. przez Schultzego nekrobioza urazowa), która przy obecności innych warunków doprowadziła do zupełnego zniszczenia tkanki i do wspomnianych ognisk rozmiękczennych. Na jakiej drodze odbyło się to działanie wstrząśnienia? — czy — jak chce Gussenbauer — za pośrednictwem wstrząśnienia cieczy mózgowo-rdzeniowej, — czy też przez uszkodzenie kanału środkowego *(canalis centralis)* i stopniowe przenikanie z niego cieczy mózgowo-rdzeniowej do tkanki nerwowej z powolnem jej zniszczeniem, — nie można stanowczo rozstrzygnąć.

Cenny ten referat zakończył prelegent bardzo ważną przestrogą praktyczną, — ażeby lekarz w przypadkach uszkodzeń nie zapominał, że następstwa ich mogą wystąpić dopiero po wielu dniach.

Następnym z kolei przedmiotem porządku dziennego było oprowadzenie zebranych przez Dra Römhelda po Heppenheimowskim zakładzie dla obłąkanych. Zakład wielki mieści 450 chorych, wiele ponad przepisaną normę. Zasada postępowania w tym zakładzie opiera się na podstawie podziału jego na trzy oddziały: 1) dla chorych niespokojnych, 2) dla spokojnych, oraz 3) oddział pośredni (t. zw. „Wache-Abteilung“). Oddział pierwszy mieści się na parterze, w wielkiej sali, tudzież oddzielnych celkach, które są pozostałością dawnych czasów, obecnie zresztą mało używane. Chorzy spokojni przebywają bądź w odrębnem zabudowaniu pośród ogrodu warzywnego, w którym pracują, bądź w gmachu głównym, gdzie na drugiem piętrze nocują; zaś na parterze obok oddziału dla niespokojnych — mają wielki pokój jadalny, tudzież salę dla zabaw; — w razie zaś sprzyjającej pogody spędzają czas na dużem podwórzu, otoczonem wysokim murem. Całe piętro 1-sze jest zajęte przez 3-cią kategoryę chorych. Zasada trzymania chorych w łóżkach w całej pełni ma tu swe zastosowanie.

Pewna ilość wanien daje możność ordynowania długotrwałych kąpieli ciepłych. Badanie i rozpoznanie przez lekarzy zakładowych opiera się na zasadach szkoły Kraepelina.

Z powodu spóźnionej pory nie doszedł do skutku ostatni punkt porządku dziennego, mianowicie odczyt Dra Lindenborna „O związku przyczynowym między przestrachem a chorobą umysłową“.

Dr. med. i fil. Piotr Pręgowski (Heidelberg).

VII. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał
Dr. Jan Lachs.

(Ciąg dalszy).

W pismach Galena wszystko przemawia za tem, że posiadał on charakter czysty, otwarty i szczery, a wnosimy to z jego sposobu oceniania szkół innych, co też niejednokrotnie drogo przypłacał koniecznością zmiany miejsca pobytu. Otwartość pozwoliła mu, jak to wyżej widzieliśmy, wprost odmówić cesarzowi Markowi Aureliuszowi, gdy ten żądał od niego, by mu towarzyszył na wojnie. Z chorymi współczuł i spełniał posłannictwo Eskulapa, gdzie tego trzeba było, nawet bezinteresownie. Wobec filozoficznej i przyrodniczej erudycyi i wobec wspomnianych jego zalet tembardziej nas będzie dziwiło stanowisko, jakie zajął wobec zdobywającego sobie panowanie nad światem chrześcijaństwa i wobec żydów; że zaś ono było wprost nieprzyjazne, wynika z następującego: „multo certe praestaret aliquam apponere si non firmam demonstrationem at rationem sufficientem sermoni de octo qualitatibus, ut ne quis initio statim quasi in Moysi et Christi scholam impingat, leges audiat nulla constitutas demonstratione, idque ubi minime deceat“: (de pulsum differentiis lib. II cap. IV K. VIII). Co Galen przy dalszej sposobności w księdze trzeciej o tych dwóch powiada, licuje z poprzedniem zupełnie: „potius enim alii Moysis et Christi sectatores decedant de sua disciplina quam qui sectis sunt addicti et consecrati medici et philosophi“ (cap. III. ibid.).

Co się tyczy jego praktyki lekarskiej, to zdaje się,

że nie miał sposobności wykonywać jej zbyt silnie. Przemawia za tem okoliczność udzielania bezinteresownej pomocy poza miastem, nadzwyczaj wielka ilość prac, w których są zebrane wyniki z doświadczeń w jego pracowni i zbyt częsta zmiana miejsca stałego pobytu, okoliczność, która wprost przeszkadza rozwojowi praktyki lekarskiej. Wobec tego dziwić się wprost musimy ogromnemu doświadczeniu, jakiego dowody Galen w swoich dziełach złożył. Zdaje się, że brak licznej praktyki, wynagrodziło sowicie doświadczenie, zbierane w czasie długiego jego żywota. Ten ostatni czynnik i szczególniejsza, rzadko spotykana łatwość w prowadzeniu pióra złożyły się na to, że dzieła, które po sobie pozostawił, liczyły się na setki. Nie wszystkie nas jednak doszły, a te które się utrzymały, bądź w całości, bądź w urywkach, są również bardzo liczne, bo dosięgają pokaźnej liczby 180. Liczbą tą objęte są pisma treści lekarskiej, filozoficznej, matematycznej i prawniczej. Nie ulega wątpliwości, że dla historyi medycyny niepowetowaną jest stratą to zagubienie wielu pism Galena. Czy jednakowoż sama nauka medycyny, jako taka, ponosi przez to znaczną szkodę, na to możemy, sądząc podług tego, co się utrzymało, odpowiedzieć przecząco. Nie chcemy tu bynajmniej umniejszać zasług Galena dla medycyny. Wobec jednakowoż bardzo obszernego traktowania przedmiotu i szczególniejszego zamiłowania do kilkakrotnego powtarzania tego, co już raz powiedział i wobec jego częstego powoływania się na inne swoje pisma, możemy twierdzić, że to, co nam Galen miał powiedzieć, wypowiedział dostatecznie w pismach, które nas doszły. Jeszcze nawet dalej nieco posunąć się możemy. Możemy śmiało powiedzieć, że i tę część pism jego możnaby śmiało zredukować do połowy bez szkody dla naszej nauki. A winien temu lubujący się w obszernych opisach azyatycki jego styl, jako też niemniej jego zamiłowanie do filozofii, które mu prawie nigdy, — często nawet ze szkodą wprost dla traktowanego przedmiotu — nie pozwoliło omawiać rzeczy z punktu widzenia przyrodniczego, ale zmuszało go do zajęcia wobec niej stanowiska teleologicznego. Ztąd liczne fałszywe wnioski, a dla nauki fizyologii nieoceniona szkoda. A przecież zajmuje on jako lekarz jedno z najwybitniejszych stanowisk i dzisiaj jeszcze stawiamy go obok Hipokratesa. Przyczyna tego leży w umyśle Galena, mianowicie w jego bystrym zmyśle spostrzegawczym, w jego znajomości anatomii i fizyologii, jako najsilniejszej podstawy medycyny. Obok tego przyczyniły się jeszcze w znacznej części jego wychowanie i wykształcenie gruntowne; stosunki, które go łączyły z dworem panującym i wpływy, które te stosunki za sobą pociągają, jako też niemniej zdolność pisania, przekonywania i chęć udzielania swoich wiadomości innym. Naturalnie, że się tu nie obeszło bez pewnej próżności, która nas jednakowoż nie będzie dziwiła, jeżeli uwzględnimy, że podówczas z powodu braku jakichkolwiek szkół lekarskich w Rzymie nie widział Galen nikogo około siebie, ktoryby mu chociażby tylko w części dorównywał. Próżność ta dozwalała mu się już samemu stawiać obok Hipokratesa, któremu wprawdzie nie chciał ujmować zasług, ale przyznawał sobie wielką zasługę wyrównania i utorowania drogi, przez niego wskazanej: „haec igitur dum doceo adsis animo velim, illud habens in memoria, quod nec in aliis ullis curatio quae per methodum agitur consistit, nec alius ante nos quisquam omnia ea ordine definivit, quamquam etiam ab Hippocrate via est inoventa“ (methodus medendi lib. IX. Cap. VIII. Kühn X.).

Pomimo wysokiego pojęcia, jakie Galen miał o sobie, nie zaniechał zapoznać się gruntownie z dziełami innych szkół, a dowody tego spotykamy w pracach jego prawie na każdym kroku. Już wyżej wspomnieliśmy, że Galen bardzo wcześnie skierował kroki swoje ku Aleksandryi i że ta na przyszłym lekarzu wybitne wycisnęła piętno. Aleksandrya, to oddawna uświęcony przybytek dla studyów anatomicznych, które tutaj uprawiano już wtedy, kiedy się innym szkołom lekarskim o tem jeszcze nie śniło. Tutaj poczynili Herofilus i Erasystratus swoje znakomite odkrycia anatomiczne. Ztąd wyszło pierwsze hasło domagające się sekcyi anatomicznych, którego echem był Celsus („necessarium ergo esse incidere corpora mortuorum, eorumque viscera atque intestina scrutari“. medicina praef.) i Galen („quid enim utilius esse possit medico ad vulnera, quae in bello accipiuntur, ad telorum extractiones, ossium excisiones, luxata, fracturas cum ulcere factas, item ad fistulorum sinuum abscessum sectiones et quaecunque alia huius generis quam omnes et manuum et crurum partes accurate cognoscere?“ de anatomicis administrationibus lib. II. cap. II. Kühn II.). Zastrzega się jednak Galen stanowczo przeciw temu, żeby ktoś miał traktować uprawianie anatomii, jako rzemiosło. Ona jest według niego nauką ścisłą, która wymaga znacznych przygotowań i znacznego zasobu wiedzy teoretycznej „quemadmodum nec medici bello germanico, barbarorum corporum infectionis potestatem habentes amplius quippiam didicerunt iis que coqui intelligunt“. (de compositione medicamentorum per genera lib. III cap. II. K. XIII.). Niestety jednak nie mógł się tak anatomią zająć, jak sobie tego życzył, gdyż w szkole uprawiał tylko anatomię zwierząt. Lecz Galen dobrze wiedział, że to nie jest właściwa droga do zapoznania się z anatomią ciała ludzkiego, co wnosić należy z tego, że badał głównie budowę zwierząt, najbardziej do człowieka zbliżonych, t. j. małp i nie opuszczał sposobności zbadania człowieka, gdy mu się ta nawinęła, jak to wnosić można z drugiej i trzeciej księgi jego dzieła anatomicznego. Naturalnie, że te nieliczne sposobności nie mogły rozstrzygająco wpłynąć na wykształcenie anatomiczne Galena, a jego anatomia pozostała z największą szkodą dla medycyny i nadal głównie anatomią zwierząt. Ztąd liczne błędy w jego opisach i częste poprawki, do jakich się czuje upoważnionym wobec Herofila, które nas rażą tembardziej, że tu i owdzie przecież zwraca uwagę na fakt, że u człowieka jest inaczej.

Uzbrojony w znaczny zasób wiedzy przyrodniczej, anatomii i co najważniejsze filozofii, mógł śmiało zagłębiać się w zagadnienia z zakresu funkcyi życiowych człowieka i zwierząt. Co się każdemu wydawało aż do jego czasów zupełnie naturalnem, to nastręczało jemu dosyć powodów do myślenia i kazało podziwiać naturę, która tym właśnie, a nie innym sposobem wszystkie istniejące jestestwa stworzyła, przeznaczając je w całości i pojedynczo do z góry już zakreślonego celu. Mimo tej ufności w potęgę natury, ogranicza przecież jej działanie, twierdząc, że nie jest wszechmocną w znaczeniu wiary chrześcijańskiej, lub żydowskiej. Posuwa się nawet tak dalece, że ośmiesza potęgę przypisywaną Bogu przez te obydwa wyznania: „omnia enim deum facere posse arbitrabatur, etiamsi ex cinere equum aut bovem facere velit nos autem non ita sentimus, sed confirmamus, quaedam naturam facere non posse eaque deum ne aggredi quidem omnino, sed ex iis, que facere potest, quod melius est, eligere“ (de usu p. corp. hum. l. I. c. XIV. K. III.).

Jakkolwiek więc zasadnicza istnieje różnica pomiędzy nim a Hipokratesem w zapatrywaniach na przyczyny zjawisk ziemskich, to przecież znajdujemy u Galena odświeżoną naukę o pierwocinach (elementach). Czytamy więc znowu o wodzie, ogniu, powietrzu i ziemi, jako o pierwocinach, wchodzących w skład wszelkiego jestestwa. Każda z tych pierwocin przedstawia pewną własność, lub według Galena pewien temperament, a mianowicie wilgoć, ciepło, zimno, suchość i każda z tych własności ma przedstawiciela w ustroju już to w czarnej żółci lub krwi, już też w śluzie lub żółtej żółci. Pierwociny te potrzebują jednak jeszcze jakiejś istoty, którąby je pobudzała do życia, a tą jest „pneuma“ (πνεῦμα). Istota ta ma swoją siedzibę w trzech najważniejszych i dla tego też najwcześniej w zarodku się wytwarzających narządach t. j. w mózgu, w sercu i w wątrobie. Naturalnie że usadowienie tej siły w tak różnoro-

dnych narządach pociągało za sobą i zróżniczkowanie jej zadań. Wedle tego rozróżnia Galen „πνεῦμα ψυχικόν“ — z siedzibą w mózgu, „πνεῦμα ζωτικόν“ — z siedzibą w sercu i „πνεῦμα φυσικόν“ — w wątrobie Tym trzem rodzajom „pneuma“ przysługują trzy różne siły „virtutes“ t. j. „virtus attractiva“, „expulsiva“ i „expressiva“ Ponad temi siłami dominuje siła czwarta całej substancyi „totius substantiae.“ Trudno zaprzeczyć. że w zasadzie cały ten gmach jest mądrze obmyślany i konsekwentnie przeprowadzony. Galen sam nie przewidywał jednak, na jak błędne tory wprowadzał medycynę, którą tak miłował, uciekając się do bliżej nieokreślonych sił. Raz dany zły bodziec działał przez długie wieki zabójczo. Co on uczynił w najuczciwszych zamiarach, to czyniono potem wielokrotnie nie dla nauki, ale dla czystej spekulacyi.

Już u Galena napotykamy pewną spekulacyę, spowodowaną najczystszemi intencyami, do której się uciekał, nadając swoim poglądom fizyologicznym cechę ściśle teleologiczną. Ten teleologizm zmuszał go w dalszej konsekwencyi do przyjęcia jakiegoś bliżej nieokreślonego czynnika, jakiejś wyższej siły, która mu miała we wszystkich trudnościach dopomódz. Raz rzucone ziarno wydawało wielokrotnie owoce, już to pod nazwą „archeusa“ Paracelsusa lub van Helmonta, już też pod nazwą tego, co Sylvius zwał „spiritus“, Stahl „anima“ itd. (Dok. nast.).

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W przedmiocie wymiaru należytości za czynności sądowo-lekarskie otrzymujemy od jednego z lekarzy sądowych uwagi, które zamieszczamy ze względu na interes ogółu.

Po latach oczekiwania, po odosobnionych i zbiorowych staraniach lekarzy wszystkich krajów koronnych, po stosach podań, przedstawień i petycyj, uległa nareszcie zmianie taryfa wynagrodzeń za czynności sądowo-lekarskie i właśnie rok dobiega, jak obowiązuje taryfa nowa z dnia 3-go kwietnia 1901, Dz. u. p. Nr. 34. Już bezpośrednio po ukazaniu się „nowej taryfy“ niezbyt ścisła, a nawet niefortunna stylizacya niektórych postanowień wzniecała w kołach lekarskich mniemanie, że interpretacya ich będzie dawała powód do postępowania niejednolitego w praktyce, i że dopiero pod wpływem rekursów lekarzy sądowych można się spodziewać niejakiego unormowania wymiaru tych należytości.

Przewidywanie pesymistów sprawdza się niestety w całej pełni. Pomijam zupełnie okoliczność, że reminiscencye dawnej taryfy są jeszcze zbyt silne, aby uchyliły przestarzałe zapatrywanie, jakoby wysokość wynagrodzenia zależeć miała od doniosłości czynu karygodnego, a nie wyłącznie od rozmiaru czynności (Leistung) lekarza-znawcy; celem niniejszych uwag jest zwrócenie baczności lekarzy sądowych na praktykę w niektórych sądach, polegającą na zupełnem pomijaniu wyraźnego postanowienia nowej taryfy w przedmiocie wynagrodzenia z tytułu obecności przy ekshumacyi zwłok w charakterze znawcy. Odnosi się dotąd wrażenie, jakoby czynniki miarodajne nie wiedziały, „co robić z tym fantem“, a przecież postanowienie nowej taryfy jest zupełnie jasne i według mojego przekonania nie wymaga wcale ani szczególnego komentarza, ani nie nastręcza powodu do jakichkolwiek wątpliwości.

Dawniej, w razie wykonywania sekcyi na zwłokach gnijących, policzali lekarze-znawcy z tytułu „znacznego gnicia“ osobne wynagrodzenie. Rozmaite bywały w owym czasie losy tych policzań lekarzy: raz bywało gnicie zwłok tak znaczne, iż sędziowie nie wahali się własnym podpisem stwierdzać tę okoliczność; innym razem — a to bywało częściej — wobec zwykłego zapomnienia ze strony sędziego, dopiero wyższa instancya znajdowała wątpliwość, czy zwłoki gniły tak znacznie, iżby można było znawcom przyznać o dwa guldeny i dziesięć centów więcej; zdarzało się również, że po kilku miesiącach szczęśliwego posiadania tego dodatku ze strony znawcy wychodziła na jaw kwestya, czy zwłoki w pewnym przypadku były zgniłe lub nie. W każdym razie wynikały z tego powodu pewne niedogodności, na których usunięciu musiało zależeć twórcy nowej taryfy. To też z nowej taryfy usunięto zupełnie kwestyę „gnicia zwłok“; gdy zaś z natury rzeczy wynika, że sekcya zwłok gnijących bywa o wiele przykrzejszą, jeżeli nie niebezpieczniejszą czynnością, aniżeli sekcya zwłok świeżych, gdy już samo każdemu wrodzone poczucie słuszności wskazuje, że za czynność taką, jaką jest wykonanie sekcyi zwłok gnijących, godzi się zaiste lepiej wynagrodzić lekarza, niż za sekcyę zwłok świeżych, wprowadzono do nowej taryfy osobne wynagrodzenie „za obecność w charakterze znawcy przy ekshumacyi zwłok“.

Tym sposobem odpadła raz na zawsze kwestya stwierdzania gnicia zwłok ze strony sędziego; twórca nowej taryfy przyjmuje, że okoliczność, iż zwłoki były już pochowane, wystarcza sama przez się do przyznania znawcom wynagrodzenia osobnego, i pośrednio odmawia znawcom wszelkiego osobnego wynagrodzenia za wykonywanie sekcyj we wszystkich takich przypadkach, w których zwłoki gnijące znaleziono np. w miejscu odludnem nie pochowane.

Należy pamiętać o tem, że ekshumacyi zwłok dokonywa się tylko w dwu przypadkach: po pierwsze wtedy, gdy chodzi o przeniesienie zwłok pochowanych na inne miejsce, powtóre, gdy zachodzi potrzeba zbadania zwłok w celu sądowym. Pierwszy rodzaj ekshumacyi leży wyłącznie w zakresie władz administracyjnych, to też pomieszczanie wynagrodzenia dla znawców w taryfie obejmującej należytości sądowo-lekarskie nie miałoby żadnego celu ani sensu. Skoro takie wynagrodzenie znajduje się w tej taryfie, musi ono odnosić się wyłącznie do czynności sądowo-lekarskich, a przecież nikt nie przypuści zapewne, aby kiedykolwiek mogła zajść potrzeba dokonania ekshumacyi zwłok z przybraniem lekarzy-znawców, bez równoczesnej potrzeby zbadania tych zwłok, chociażby tylko przez dokonanie ich oględzin.

Ponieważ niema żadnych widoków, aby interwencya Izb lekarskich w tym właśnie kierunku rychło nastąpiła, lub miała dodatni wynik, okazuje się wskazanem, aby wszyscy lekarze sądowi w każdym przypadku odjęcia im policzanej należytości w myśl taryfy *ad 9b.* do c. k. sądów wyższych systematycznie rekurowali, i tym sposobem przyczynili się do uchylenia praktyki, wysoce krzywdzącej lekarzy znawców sądowych. *Dis*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 7 sierpnia.

* Zbiór ustaw i rozporządzeń sanitarnych, ze szczególnem uwzględnieniem Galicyi i W. Księstwa Krakowskiego zebrał dr Józef Barzycki radca cesarski, c. k. krajowy inspektor sanitarny. Trzeci tom tego pożytecznego wydawnictwa zawiera następujące działy: I. Organizacya służby sanitarnej przy administracyi politycznej. II Organizacya gminnej służby sanitarnej. III. Personal sanitarny, nauka, wykonywanie praktyki. IV. Apteki. V. Środki lekarskie. VI. Zdrojowiska, uzdrowiska, wody mineralne. VII. Zakłady humanitarne i lecznicze. VIII. Urządzenia ku ochronie życia i zdrowia ludzkiego. IX. Środki spożywcze i użytkowe. X. Środki zapobiegawcze przeciw chorobom zaraźliwym. XI. Urządzenia sanitarne w szkołach. XII. Przepisy sanitarne dla więzień i aresztów sądowych. XIII. Przepisy sanitarne dla zakładów komunikacyjnych. XIV. Urządzenia sanitarne dla robotników. XV. Przepisy o umarłych i grzebanie zwłok. XVI. Przepisy weterynarne. XVII. Należytości lekarzy i weterynarzy.

Wydawnictwo dra Barzyckiego jest wielkiej doniosłości dla lekarzy w ogólności, a zwłaszcza dla pełniących obowiązki w zakresie medycyny publicznej. Tom III-ci niezawodnie przyjęty zostanie z tą samą wdzięcznością jak i poprzednie.

* Towarzystwo lekarskie w Kaliszu obchodziło 25-tą rocznicę swego założenia. W tym ćwierćwiekowym okresie Towarzystwo odbyło 200 posiedzeń i wzięło pożyteczny udział w uzdrowotnieniu Kalisza i jego okolicy.

* Ministeryum spraw wewnętrznych rozesłało do wszystkich politycznych kierowników krajów austryackich okólnik, pouczający o środkach do walki z gruźlicą. Ministeryum dzieli te środki na obowiązujące i zalecone; do pierwszych należą niszczenie plwociny i wydzielin, pouczanie chorych i ich otoczenia o przyrodzie gruźlicy i walce z nią, zakaz plucia na podłogę, obowiązkowe dla oglądaczy zwłok donoszenie władzy o przypadkach śmierci z gruźlicy, dalej zachowanie higienicznych przepisów w zakładach leczniczych, uzdrowiskach, zdrojowiskach i t. d. Do środków zalecanych należą: pouczanie szerokich kół ludności o gruźlicy i o zwalczaniu jej, zwrócenie uwagi na stosowny wybór pracy dla chorych na gruźlicę lub nią zagrożonych; troskliwość o zdrowie publiczne i higienę, wreszcie objaśnienie, że gruźlica jest chorobą uleczalną, a zatem zachodzi istotna potrzeba wznoszenia zakładów dla

suchotników. Dla lekarzy z tego prawa wypływa obowiązek donoszenia władzy o przypadkach gruźlicy w mieszkaniach wspólnych, mianowicie w razie śmierci i przy zmianie miejsca pobytu.

* Belgijskie Towarzystwo chirurgiczne zamierza zaprosić na Kongres chirurgów, który odbędzie się w Brukseli między 8 a 11 września b. r., najwybitniejszych przedstawicieli chirurgii wszystkich krajów, w celu zawiązania międzynarodowego Towarzystwa chirurgów, któreby miało za zadanie badać najważniejsze zagadnienia chirurgiczne podług naprzód ułożonego programu, a następnie, np co trzy lata, na Zjazdach roztrząsać wyniki tych badań.

* »Gazzeta degli ospedali e delle cliniche« donosi, że włoski sekretarz stanu zawiadomił za pośrednictwem pełnomocników dyplomatycznych wszystkie państwa, że na przyszłość Włosi wstrzymają się od udziału w tych wszystkich Zjazdach międzynarodowych, w których i językowi włoskiemu nie będą przyznane prawa języka wykładowego.

* Między 16 a 22 lipca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w Galicyi, a mianowicie we Lwowie (1 przypadek) i w następujących powiatach: bobreckim (1 gmina), bohorodczańskim (1 gm.), buczackim (2 gm.), horodeńskim (2 gm.), jaworowskim (2 gm.), kamioneckim (1 gm.), kołomyjskim (1 gm.), mościskim (2 gm.), podhajeckim (1 gm.), skałackim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), wadowickim (1 gm.), żółkiewskim (1 gm.)

Wszystkich przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 44, w tygodniu poprzedzającym 29.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXIX (13—19—VII). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 11, urodziło się dzieci 60, zmarło osób 53, mianowicie: z gruźlicy 12 (6 zamiejscowych), z zapalenia płuc 9 (4 zam.), z błonicy 1 (zam.), z płonicy 4 (1 zam.), z cholery dziecięcej 4 (1 zam.).

Mianowania i odznaczenia. Profesorem chorób skórnych i wenerycznych w Uniw. paryskim mian. został Dr Gaucher. Prof. nadzw. kijowskiego Uniw. Dr. Konrad Wagner mianowany prof. zwycz.

Nekrologia. W Medyolanie zakończył życie prof położnictwa i ginekologii dr. Porro, znany w szerokim świecie dla swych prac naukowych. Prócz sławy uczonego zmarły profesor był przedmiotem czci u rodaków dla swego poświęcenia w walce o zjednoczenie Włoch, w której, jako jeden z głośnego »tysiąca«, walczył pod Garibaldim i do końca życia pozostał wyznawcą zasad politycznych swego wodza. Dr. Jan Nowacki, prof. moskiewskiego Uniw. zmarł w 75 r. życia. Dr. Taruffi, prof. anatomii patolog., zmarł w Bolonii. Dr. Curnow, prof. kliniki lekar. w Kings College, zmarł w Londynie.

Bibliografia:

— *Przegląd higieniczny* Nr. 7. Szpilmann: W sprawie lekarzy szkolnych. Gorecki: Nowa rzeźnia miejska we Lwowie. Legeżyński: Walka z gruźlicą Lecznice ludowe dla suchotników.

— *Zdrowie* Nr 8. Wiśniewski: Drogi szerzenia się przymiotu i zapobieganie tej chorobie. Sokal: Kanał burzowy na Karowej. Kuropatwiński: Błędne stanowisko w sprawie walki z alkoholizmem.

— *Gazeta lekarska* Nr. 31. Barącz: O przepuklinach lędźwiowych i brzusznych bocznych (laparocele). Bernhardt: Sarcoma idiopathicum multiplex en plaques pigmentosum et lymphangiectodes, odrębna postać t. zw. sarcomatosis cutis (dok.). Ciechomski: Przyczynek do leczenia bliznowatych zwężeń przełyku (dok.).

— *Medycyna* Nr. 31. Endelman: Przyczynek do postępowania akuszeryjnego przy powikłaniu ciąży rakiem odbytnicy. Kossobudzki: Przyczynek do kazuistyki urazów klatki piersiowej (ucisk klatki piersiowej, zbiór objawów Parthesa) (dok.).

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 8. Dukiet: Rymanów. — Zakopane. Zakład wodoleczniczy dra Chramca. — Pensyonat hidropatyczny dra Ebersa w Krynicy.

— *Przegląd felczerski* Nr. 15. O złamaniach (c. d.). — Zasady postępowania przy rodzeniu się łożyska i błon. — Zabawy i gry dzieci w ogrodzie imienia Rau, urządzone staraniem warsz. Tow. higienicznego w 1899 i 1901 r. (dok.). — Opatrunki.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 31. Brejtman: O přijičných onemocněních srdce (c. d.). Zahradnický: Statistika narkos.

— *La Presse médicale* Nr. 60. Rénon i Heitz: Złamania kości dobrowolne u cierpiących na syringomyelię. Vincent: Zapalenie gardła wywołane przez »bacillus megaterium«.

— Nr. 61. Lapersonne: Leczenie zezowatości. Valentino: Ścieśnienie pola widzenia u chorych na krzywicę i rozmaitość tego ścieśnienia

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 31. Frisch: Adrenalina w praktyce chorób dróg moczowych. Czyhlarz i Marburg: Dalsze uwagi nad sprawą zaburzeń w pęcherzu pochodzenia mózgowego, oraz przyczynek do rozpoznawania podścieliska guzów. Paschkis: Drożdże, jako środek leczniczy. Lohnstein: O oddziaływaniu wydzieliny gruczołu krokowego w przewlekłem zapaleniu tego gruczołu. Alt: Zaburzenia słuchu muzykalnego (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 30. Langstein i Neubauer O autolizie macicy połogowej. Courvoisier: O zwężeniu krtani przy zwyrodnieniu skrobiowatem. Lautenstein: Sprawa odkażania rąk. Jesionek: Modyfikacya podskórnego leczenia arsenem podług metody Ziemsen-Spetha. Agéron: Rozpoznawczo-lecznicze uwagi nad wrzodem żołądka. Steiner: Odruch pacierzowy w histeryi. Wetzel: O uszkodzeniach piersi, w szczególności serca. Theilhaber: kliniczne znaczenie ruchomego tyłozgięcia macicy. Becker: Uwagi nad artykułem »Kurcz intencyjny narządu mowy, t. zw. »Apthongie« (w Nr. 27).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 30. Orth: O kilku sprawach spornych i na czasie z zakresu gruźlicy. Hirschfeld: O przeobrażeniu rdzeniastem śledziony i gruczołów chłonnych. Holländer: O wilku rumieniastym. Ruhemann: Odpowiedź na artykuł Dra Gabritchewskiego: »O nowym odczynie na kilka redukujących się substancyi ustroju« i Dra Berdinga: »W sprawie oznaczania kwasu moczowego«. Reckzech: O niedokrewności złośliwej (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 31. Zangemeister i Wagner: O liczeniu leukocytów we krwi ciężarnych, rodzących i będących w połogu. Dorendorf: O jednym dotychczas mało zauważonym objawie tętniaków. Grützner: O wpływie kleszczy kręgowych (Ixodus ricinus) na krew zwierząt. Freudenberg: Pomyślnie zakończone przypadki po wykonaniu operacyi Bottiniego, szczególnie przy długotrwałem zupełnem zatrzymaniu moczu. Rörig: Przyczynek do statystyki dyscysyi gruczołu krokowego, wykonanej metodą Bottiniego.

Redakcya otrzymała. Bohdanowicz: Les injections modificatrices dans le traitement de la tuberculose épididymaire. Wobr: 1) Einige Bemerkungen aus der Praxis zur Wirkungsweise des Aspirins 2) Schlam und Schwefelbad Trencsén-Teplicz in Oberungarn.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 16 Sierpnia 1902. Nr. 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

O amputacyi w przypadkach ropienia na kończynach.

Podał

Prof. Dr. Rudolf Trzebicky,

prymaryusz oddziału.

W artykule p. tyt. „Blutvergiftung und Amputation“ [1]) Dr. Doerfler z Ratysbony poruszył w roku ubiegłym sprawę operacyjnego leczenia ropnego zapalenia tkanki podskórnej na kończynach, powszechnie uważaną już za kwestyę stanowczo załatwioną. Jakkolwiek Doerfler w wywodach swoich stanął pierwotnie na stanowisku zbyt skrajnem, co z konieczności musiało wywołać opozycyę, to jednakże niezbitą zasługą jego pozostanie, że spowodowawszy wymianę zdań kierowników poważnych klinik i zakładów, przyczynił się do rozjaśnienia niektórych niezbyt ściśle jeszcze określonych zapatrywań i do ustalenia wskazań w tej chorobie do najcięższego, bo nieodwołalnie i trwale kaleczącego zabiegu t. j. do amputacyi. Na podstawie codziennego doświadczenia, że amputacya, wykonana z powodu ran zakażonych na kończynach, tylko wyjątkowo jest w stanie życie uratować, jak między innemi świadczy historya zestawionych przez Doerflera z dzienników politycznych 11 przypadków, w których z powodu drobnych skaleczeń nieczystymi sprzętami amputowano, a z tych 9 zakończyło się śmiercią pacyentów, jak niemniej na podstawie teoretycznego rozumowania, że odjęcie chorej kończyny nie może przecież usunąć i unicestwić zgubnego wpływu krążących już we krwi drobnoustrojów ropnych i ich wytworów, staje się Doerfler zdeklarowanym przeciwnikiem wszelkiej amputacyi we wczesnych okresach ropnego zapalenia tkanki podskórnej na kończynach. Natomiast zaleca on zawsze i wszędzie szerokie nacięcia tkanki naciekłej aż do granicy utkania zdrowego; tym sposobem zachował 89% swoich pacyentów przy życiu.

Wykonanie amputacyi wobec zatrucia krwi uważa Doerfler za postępowanie „po omacku“, za ostatnią i to zgoła niepewną próbę ratowania życia chorego i to tem niepewniejszą, że niepodobna ściśle oznaczyć chwili, w której jej wykonanie jest wskazanem. Skrajne to stanowisko musiało, jak już wspomniałem, wywołać dyskusyę, w której w pierwszym rzędzie zabrały głos kliniki chirurgiczne berlińska i monachijska. Na posiedzeniu Stowarzyszenia lekarskiego w Berlinie w dniu 30 października 1901 r. oświadczył się Bergmann stanowczo za wykonaniem amputacyi w tych przypadkach rozległego nacieku tkanki podskórnej na kończynach, w których zwykłe głębokie nacięcia nie prowadzą do celu. Dokładniej określił on swoje stanowisko w pracy pod tytułem: „Die Behandulng der acut progredienten Phlegmone“ [2]) i w artykule swojego asystenta Henryka Wolffa [3]). Według Wolffa należy wykonać odjęcie kończyny z powodu ropienia tkanki podskórnej, złośliwej opuchliny *(oedema malignum)* i zgorzeli piorunującej z powodu następujących trzech wskazań:

1) Jeżeli mimo racyonalnego leczenia, a więc rozległych nacięć, sprawa ropna dalej postępuje wśród ogólnych objawów zagrażających życiu chorego.

2) Jeżeli sprawa ropna wprawdzie się nie szerzy, ale mimo należytego odpływu wypociny ilość wessanych drobnoustrojów lub ich produktów zagraża życiu chorego, albo jeżeli ciągłe zaostrzenia się sprawy ropnej podkopują zdrowie.

3) Jeżeli wobec rozległego zmiażdżenia kości i części miękkich należy się obawiać, że nawet w razie uratowania kończyny pacyent okupi długotrwałą chorobą jedynie kończynę niezdatną do użytku.

Podobne mniej więcej stanowisko zajął również Brauser [4]) z kliniki monachijskiej. Rzecz oczywista, że co do wskazania 3-go, postawionego przez Wolffa, niema i nie może być chyba dyskusyi. Jeżeli z góry przewidzieć można, że kończyna albo utrzymać się wcale nie da, albo pozostanie jedynie tylko kikut raczej przeszkadzający w pracy, toć oczywista, że amputacya skraca cierpienie i ratuje chorego przed wyniszczeniem. Dwa inne wskazania różnią się zasadniczo co do czasu, w którym stają się aktualnemi. Podczas gdy pierwsze dotyczy, *sit venia verbo,* stanu ostrego, gdy cały proces jest w pełnem nasileniu, wskazanie drugie ma na oku chwilę, w której proces stracił już na grozie i nie zagraża choremu z powodu gwałtownego szerzenia się, ale jedynie tylko swem przewlekaniem się i powolnem zakażaniem ustroju. W tym ostatnim razie decyzya łatwiejsza zarówno dla lekarza, jak i dla chorego, i nie musi zapaść natychmiast.

Pod tym też względem i zgodność chirurgów większa, jak to zresztą zaznaczył już Doerfler w swym drugim artykule [5]), twierdząc, że chodzi mu tylko o powstrzymanie zapału w wykonaniu amputacyi we wczesnym okresie postępującego ropienia. Najtrudniejszem, bo najmniej dającem się z matematyczną ścisłością określić, jest wskazanie pierwsze; to też co do niego zachodzić może i rzeczywiście zachodzi sprzeczność zdań i zapatrywań chirurgów. Punkt ciężkości wskazania, a i zarazem cała trudność jego postawienia leży w oznaczeniu chwili, w której postęp

[1]) Münchener medic. Wochenschrift 1901, Nr. 17 i 18.

[2]) Berlin, 1901).

[3]) Blutvergiftung und Amputation. Münchener medic. Wochenschrift 1901. Nr. 48.

[4]) Blutvergiftung und Amputation. Münchener medic. Wochenschrift 1902, Nr. 3.

[5]) Münchener medic. Wochenschrift 1902, Nr. 3.

procesu ropnego mimo rozległych nacięć zagraża życiu chorego. Wchodzi tu w grę tyle najrozmaitszych, prawie zupełnie nieuchwytnych czynników, że żadną miarą niepodobna ustanowić tu jakiejś reguły ogólnej szablonowej, któraby dla lekarza mniej rutynowanego mogła w wątpliwszych razach stanowić wskazówkę do działania. Jedyną dyrektywą może tu być tylko doświadczenie i rutyna lekarza, poparte oczywiście dokładną oceną poszczególnych objawów chorobowych. Nie może tu rozstrzygać samo przejście sprawy zapalnej z kończyny na tułów, gdyż przecież każdy chirurg z pewnością zna z własnego doświadczenia przypadki, w których musiał podobne nacięcia, jak na kończynie, wykonać na tułowiu, zwłaszcza na plecach, piersiach, i zdołał w ten sposób życie choremu uratować. Przypadek podobny zdarzył mi się w początkach mej praktyki. Młody kupiec skaleczył się przy czyszczeniu wagi sklepowej w palec. Objąłem go w leczenie z rozległym naciekiem ropnym, sięgającym do połowy ramienia. Po nacięciach tkanka podskórna oddzielała się w strzępach zgorzelinowych mocno cuchnących; sprawa sama zaś wśród wysokiej gorączki szła ku górze. Wezwany na naradę doświadczony kolega zalecał jako ostatni środek w celu ratowania życia wyłuszczenie kończyny w barku. Licząc na siły młodego pacyenta, oparłem się tej propozycyi, wykonałem szereg rozległych cięć aż do linii środkowej klatki piersiowej z przodu i z tyłu, i na szczęście doczekałem się ograniczenia procesu i wyleczenia chorego wraz z kończyną. Również nie może tu decydować i wynik badania krwi, a względnie wykazanie w niej obecności drobnoustrojów, choćby dlatego, że i w lżejszych postaciach, kończących się wyzdrowieniem zupełnem, wykazano drobnoustroje ropne we krwi; z drugiej zaś strony przy ciężkich nawet objawach zatrucia ogólnego może być we krwi brak zupełny jestestw chorobotwórczych. Jedynie tylko wnioskowanie, oparte na rozległem doświadczeniu i dokładnej ocenie sił chorego i nasilenia objawów chorobowych, może zniewolić lekarza do zalecania odjęcia kończyny we wczesnym okresie choroby, wśród jej postępu i rozwoju; a to tembardziej, że wśród tych okoliczności wyjątkowo tylko zdołamy wykonać odjęcie kończyny wśród tkanek zdrowych, a temsamem liczyć na rychłozrost, a jeszcze mniej możemy dać choćby w przybliżeniu rękojmię uratowania chorego. Ta właśnie niepewność w rokowaniu wraz z uwzględnieniem bądź cobądź znacznego urazu, jakim jest amputacya dla pacyenta ciężko schorzałego, najczęściej z sercem wskutek posoczniczej gorączki niedomagającem, jest głównym powodem, dlaczego z niechęcią tylko, ja przynajmniej, doradzam w podobnych razach amputacyę, dlaczego staram się zakres jej wskazań ograniczyć *ad minimum*. Myśl możliwie jak najdalej idącej zachowawczości trwale zagnieździła się w moim umyśle jeszcze w czasie mojej asystentury. To też objąwszy kierownictwo oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza, starałem się ją przeprowadzić konsekwentnie wobec całej masy częstokroć bardzo ciężkich i zaniedbanych ropówek *(phlegmone)*; poniżej zestawiona tabela wyraźnie przekona, czy i o ile w ten sposób postępując, miałem słuszność; tu chciałbym tylko podnieść, że wśród toczącego się i postępującego procesu ropnego, dotąd amputowałem tylko: 1) w razie zgorzeli części kończyny, połączonej z objawami ciężkiego zakażenia ogólnego, w celu zapobieżenia dalszemu wessaniu się do krążenia drobnoustrojów ropognilnych i ich produktów, a względnie wykluczenia i usunięcia t. zw. „toksyn miejscowych“, na które zwrócił uwagę Bauer [6]), twierdząc, że one głównie osłabiają odporność organizmu na szkodliwy wpływ bakteryj, niszcząc siłę odporną krwi; 2) w razie bezwzględnej niemożności utorowania należytego odpływu wydzielinie ropnej, np. w niektórych postaciach ostrego ropienia stawów — 3) i w przypadkach ropówek *(phlegmone)* z rozległem zmiażdżeniem, połączonem zwłaszcza z przerwaniem krążenia (tętniczego i żylnego), gdzie o utrzymaniu kończyny z góry marzyć nie można. O ile którekolwiek z wyżej wymienionych wskazań nie zachodziło, zawsze ograniczałem się do rozległego nacięcia części dotkniętych naciekiem, założenia sączków celem zabezpieczenia odpływu wydzieliny, podawania środków podniecających sprawność serca, a więc wyskoku, kofeiny, a w razie potrzeby i strychniny pod skórę, a w kilku nielicznych przypadkach także uciekałem się do stosowania surowicy Marmorka. Niestety znaczny koszt tego przetworu z jednej strony, a szczupłość naszych funduszów z drugiej, nie pozwoliła na tak rozległe stosowanie tego sposobu leczenia, jakbym sobie tego życzył; to też o jego skuteczności przy ropówkach z własnego doświadczenia niewiele mogę powiedzieć. Podnieść jednakże muszę, że w jednym przypadku wprost rozpaczliwego zakażenia ogólnego w następstwie ropienia na kończynie górnej wynik po zastrzyknięciu był wprost zdumiewający: ciepłota odrazu spadła, proces przestał się szerzyć, a groźne objawy ogólnego zakażenia gnilnego w ciągu dwóch dni ustąpiły. W kilku innych przypadkach wynik nie był równie świetny.

Oczywiście, że niejednokrotnie, choć zresztą bardzo rzadko, wypada w późniejszym okresie choroby wykonać amputacyę, np. z powodu zgorzeli kończyny, która nie wywoływała groźnych objawów, a więc dozwalała czekać na demarkacyę, albo wskutek kolosalnych rozmiarów słoniowaciny, którą kilkakrotnie po wyleczeniu ropówek, zwłaszcza na kończynie górnej, spostrzegaliśmy. Rozumie się też samo przez się, że wskazanie postawione przez Wolffa na miejscu drugiem, a doradzające wykonanie amputacyi w razie przewlekania się choroby i ciągłego zaostrzania się sprawy, a głównie grożącego wyniszczenia pacyenta przez długotrwałe ropienie i następowe zmiany w narządach wewnętrznych, jest tak ogólnie przyjętem, że i my ściśle go przestrzegamy przy stawianiu wskazań do amputacyi. Kierując się temi zasadami, leczyłem od 1-go stycznia 1898 roku do końca grudnia 1901 na moim stałym oddziale 373 ropówek *(phlegmone)*, a mianowicie 234 mężczyzn i 139 kobiet, i to prawie wyłącznie postacie ciężkie, gdyż lżejsze z powodu braku miejsca leczono przeważnie ambulatoryjnie i w powyższej liczbie ich nie uwzględniono. Z tych 373 ropówek leczono przez wykonanie pierwotnej amputacyi w myśl wyżej podanych zasad 26 razy, przyczem zdołałem 21 chorych utrzymać przy życiu, podczas gdy pięciu umarło; 347 chorych leczono rozległemi nacięciami, z których 314 wyzdrowiało (u 5-ciu musiano wykonać amputacyę w okresie późniejszym) a umarło 33 (9·5%). Dla łatwiejszej oryentacyi podaję następującą tabelę:

Leczono			z tych	zachowawczo		pierwotną	amputacyę
Leczono	mężczyzn	234,	z tych	zachowawczo	214,	pierwotną amputacyę	20
„	kobiet	139,	„	„	133,	„ „	6
„	Razem	373,	„	„	347,	„ „	26

[6]) Deutsche medic. Wochenschrift 1902, Nr. 13.

Z leczonych zachowawczo:

Mężczyzn wyleczono	195,	umarło	19
kobiet	„	119.	„	14
Razem	„	314,	„	33

Z pierwotnie amputowanych:

Mężczyzn wyleczono	16,	umarło	4
kobiet	„	5,	„	1
Razem	„	21,	„	5

Liczby te, jakkolwiek wykazują śmiertelność przy leczeniu zachowawczem dość wysoką, bo 9·5%, już same przez się przemawiałyby na korzyść tego leczenia, wobec blizko 20% śmiertelności po pierwotnej amputacyi, gdyby wogóle sprawę tę wolno było rozstrzygnąć na drodze porównawczej statystyki, co mojem zdaniem już dla tego samego byłoby błędnem, że przecież według wyżej przytoczonych zasad amputujemy tylko w przypadkach bądźcobądź najcięższych, a więc z góry już zagrożonych największą śmiertelnością. Prędzej zdołamy sobie wyrobić zdanie o wartości naszego postępowania, zmierzającego do jak najdalej idącego ścieśnienia wskazań do amputacyi wśród ostrego postępującego ropienia na kończynach, jeżeli zestawimy nasze przypadki śmierci po leczeniu zachowawczem i jeżeli przez dokładne zbadanie przyczyn zejścia niepomyślnego zdołamy sobie odpowiedzieć na pytanie, czyby tych chorych nie można było przez wczesne odjęcie kończyny utrzymać przy życiu. Tabela poniżej podana zestawia wszystkie 33 przypadki, które się śmiercią zakończyły, według przyczyny śmierci.

1) W stanie wielkiego osłabienia z zapaleniem płuc zgłosiło się chorych 8
który umarli w 24—48 po przyjęciu.
2) Z przyczyn zupełnie od ropienia niezależnych, w następstwie uszkodzeń narządów wewnętrznych, n. p. przepony, mózgu zmarło 5
3) Z zakażenia połogowego, którego jednym z objawów było przerzutowe ropienie na kończynach, zmarło 5
4) Z wyniszczenia wskutek długotrwałego ropienia zmarło 3
(Chorzy ci żadną miarą na proponowane odjęcie kończyny zgodzić się nie chcieli).
5) Z obłędu opilczego *(delirium tremens)* zmarł . . 1
6) Z ropnicy ogólnej, która była następstwem skaleczenia kolana, zmarł 1
7) Z krwotoku wskutek nadżarcia większych tętnic umarło 2
8) Wśród samego ropienia z ogólnego zakażenia zmarło 8
(wszyscy mieli ponad 60 lat i ulegli zapaleniu płuc opadowemu).

Z zestawienia tego wynika, żè chorzy przytoczeni pod 1, 2, 3, zmarli z przyczyn niezależnych od samego procesu ropienia na kończynie, a tem mniej od stosowanego sposobu leczenia. U chorych objętych rubryką 4-tą i 5-tą śmierć była wprawdzie następstwem ropienia, ale nie może bynajmniej przemawiać przeciw leczeniu ropówek drogą nacięć w okresie ostrego postępu choroby, gdyż chorym pod 4) wskutek przewlekania się sprawy proponowano odjęcie kończyny, na co jednak żadną miarą zgodzić się nie chcieli. Pacyent objęty rubryką piątą byłby i po amputacyi niechybnie dostał obłędu opilczego *(delirium tremens)*, któremu uległ w trzecim dniu swego pobytu w szpitalu, przyczem ropówka kończyny górnej była wcale miernego nasilenia. Tak więc pozostaje tylko 11 pacyentów z rubryki 6—8, u których śmierć była następstwem ropienia, i co do których uzasadnione na pozór mogą być zarzuty przeciw leczeniu drogą zachowawczą, a nie amputacyą. Głównie dotyczy ten zarzut chorego z ropieniem w stawie kolanowym po skaleczeniu, u którego mimo rozległego otwarcia całego stawu i tamponady gazą jodoformową przyszło do ropnicy, i dwóch chorych, u których w przebiegu ropieniu na kończynie przyszło do przeżarcia tętnic i następowego śmiertelnego krwotoku. Wreszcie chorzy pod 8) byli wszyscy starcami powyżej lat 60 i to przeważnie ludźmi nędznie bardzo odżywionymi, co do których zachodziły poważne też wątpliwości, czy wogóle i amputacyę zdołaliby wytrzymać. Bądźcobądź jednak wyniki nasze pouczają dosadnie, że choć leczenie ropówek drogą rozległych nacięć jest i musi być w pierwszym rzędzie zawsze uwzględnione, trudno zgodzić się z Doerflerem, odrzucającym amputacyę wobec tego cierpienia zupełnie.

Na podstawie doświadczenia naszego należy przyznać, że oprócz wskazań do amputacyi przy ropówce, powyżej przezemnie postawionych, w pewnej skromnej liczbie przypadków należy myśleć o amputacyi pierwotnej, zwłaszcza tam, gdzie z góry przewidzieć można, że osobnik schorzały, zwłaszcza w podeszłym wieku, długiego trwania gorączki i znacznej utraty białka przez obfite ropienie nie wytrzyma.

II. O odkażającem działaniu urotropiny w moczu.

Podał

Dr. J. Czyrniański,

c. k. lekarz pułkowy I. kl. w Jarosławiu.

Uzasadnione przeświadczenie, że u chorych na cierpienia dróg moczowych, prędzej czy później pomimo wszelkich ostrożności (wyjaławianie narzędzi, odkażanie rąk i oczyszczenie ujścia cewki itd.) następuje wtargnięcie chorobotwórczych drobnoustrojów do dróg moczowych, nawet tam, gdzie ich pierwotnie nie było, jednem słowem przekonanie o niemożliwości trwałej aseptyki w tego rodzaju przypadkach chirurgicznych, sklania lekarzy oddawna do konsekwentnego szukania środków, działających na mocz w kierunku mniej albo więcej dokładnego odkażenia.

Że znalezienie takiego dobrego środka, o ile jest pożądanem, o tyle nie jest łatwem, — tego najlepszym dowodem jest właśnie częste pojawianie się coraz nowszych przetworów, mających działać w tym kierunku, a które nowoczesny przemysł chemiczny obficie stwarza.

Zadanie rzeczone wtedy tylko uważaćby można za istotnie i zupełnie rozwiązane, gdybyśmy mogli stwierdzić, że dany lek, wprowadzony (oczywiście w nieszkodliwych dawkach) do ustroju, może nawet niekoniecznie jedynie drogą przewodu pokarmowego, sprawia na pewno doszczętne wygubienie w moczu zarazków najbardziej odpornych, albo przynajmniej najodporniejszych z tych, które zwykły wywoływać w drogach moczowych zakażenie moczu bakteryami.

Zachęcony przez J. W. p. prof. Dr. Kadera podczas mojego ośmiotygodniowego pobytu w Jego klinice i korzystając z pozwolenia posługiwania się urządzeniami dla badań bakteryologicznych w zakładzie dla higieny, udzie-

lonego mi przez J. W. p. prof. Dr. Bujwida, za co obu czcigodnym panom profesorom na tem miejscu najuprzejmiej wyrazić moją wdzięczność pospieszam, zająłem się spostrzeżeniami i doświadczeniami nad urotropiną, o ile mi na to główny cel — uzupełnienie wiedzy w kierunku chirurgii i bakteryologii, oraz czas wyznaczony, — pozwalały.

W ciągu mojej obserwacyi na materyale klinicznym i rozpatrywań się w piśmiennictwie, zwrócił moją uwagę jeden z kolegów klinicznych na najnowszą pracę w tym kierunku, ogłoszoną w „Wiener klin. Wochenschrift" p. t. „Experimentelle Untersuchungen über Harnantiseptica v. Dr. Otto Sachs (Breslau), Klinik Prof. Dr. Neisser's". Autor tej rozprawy między innemi badał ponownie działanie odkażające na mocz, występujące po podaniu większych dawek urotropiny.

Sachs podawał przeważnie po 4 grm. dziennie, a dochodził w niektórych doświadczeniach do 6, a nawet do 8 gramów dziennie. Przed odczytaniem tej rozprawki sam pierwotnie śledziłem przypadki schorzeń dróg moczowych w klinice chirurgicznej przy podawaniu dawek, nie przekraczających 2 grm. dziennie. Wrażenie, jakie sam i koledzy moi odnosiliśmy, było mniej korzystne, gdyż wprawdzie chorzy dość sobie podmiotowo lek chwalili, przedmiotowo jednak nie można było stwierdzić ani zmniejszenia się samych osadów, odsetkowo dokładnie codziennie badanych, ani ilości bakteryj w moczu, o ile bez ściślejszego badania to było można ocenić. Postanowiłem spróbować dawki zaleconej przez Sachsa, 4 grm. dziennie, po której, zbierając i mierząc dokładnie mocz, zauważyłem wybitne powiększenie ilości moczu oddanego w ciągu 24 godzin, zarówno w przypadkach urologicznych, jak i w jednym przypadku fizyologicznego moczu u chorego *A. G.*, który mi posłużył, (jak zaraz wyjaśnię) do doświadczenia I. nad bakteryobójczem działaniem urotropiny. W tym przypadku ilość moczu w 24 godzinach wynosiła 1330 ctm. sz. bez urotropiny; następnego dnia po podaniu 4.0 utropiny — 2200 ctm. sz.; trzeciego dnia znów bez urotropiny — 1850 ctm. sz.

W przypadku moim, dotyczącym 23 letniego *A. G.*, będącego w okresie zdrowienia po doszczętnej operacyi przepukliny pachwinowej przyrośniętej *(hernia inguinalis accreta)*, użyłem idąc za Sachsem moczu fizyologicznego urotropinowanego do zbadania działania bakteryobójczego urotropiny na hodowle czyste, mianowicie — o ile to działanie przy użyciu 4 grm dziennie następuje *in vitro*. Wysiano w tym celu na 2 płytki agarowe po 3 pętle moczu w celu sprawdzenia, czy mocz ten jest jałowo zebrany. Na jednej płytce wyrosła po 24 godzinach tylko jedna darń drożdżowa, zresztą zupełnie nic nie dało się na obu płytkach wykryć. Równocześnie w 3 probówkach zaszczepiono po 10 ctm. sz. tego moczu, zebranego jałowo (według wyżej przytoczonego wyniku).

Do próbówki 1-szej dodano 1 pętle gronkowca ropotwórczego złotego, do 2-ej 1 pętle prątka okrężnicowego *(b. coli)*, do 3-ej 1 pętle prątka durowego. Wynik badania po 36 godzinach działania przy ciepłocie stałej 37°C. był taki, że w tych trzech próbach, które okazały tylko prawidłowy obłoczek śluzowy, wprawdzie znalazły się we wszystkich preparatach zaszczepione drobnoustroje, jednak stanowczo można było orzec, że jakiegoś znaczniejszego przyrostu nie było. Z tego zaś można było wnioskować, że nastąpiło w każdym razie działanie przetworu, przytłumiające rozrost w zaszczepionych drobnoustrojach.

Zaszczepiono na próbę mocz wzięty z próbówki, zawierającej gronkowca, po 2 pętle do 2 próbówek z bulionem. Po 48 godzinach nastąpiło tu wyraźne zmętnienie pożywki, a preparat wykazał rozmnożenie gronkowca w wielkiej ilości.

To potwierdziło mniemanie, że w pewnych warunkach działanie urotropiny bywa tylko przytłumiające rozrost bakteryj, nie zaś zabójcze.

Obecnie potrafię sobie wytłómaczyć ten wynik w ten sposób, że w mojem doświadczeniu urotropina była podawaną po 1 grm. co 4 godziny, podczas gdy Sachs stosował ją w ciągu 2 tylko godzin, dając także ogółem po 4 gramy, poczem wnet brał mocz do badania i po 24 godzinnem działaniu przy 37°C osięgał jałowość moczu. Zarazem staje mi się jasnem, jak słusznem i ważnem jest twierdzenie autorów, że urotropina stosunkowo bardzo szybko się wydziela.

Późniejsze doświadczenia moje urządziłem inaczej. Chciałem wybadać, gdzie leży w doświadczeniu laboratoryjnem przy większem zgęszczeniu przetworu punkt występowania działania bakteryobójczego. Ponieważ na podstawie poprzedniego doświadczenia nie doceniałem działania, mniemałem przeto, że punkt ten znajdzie się dość wysoko. Drugie moje doświadczenie sprostowało to moję mniemanie.

Rozpuściłem w tem doświadczeniu 2·6 gramów urotropiny w 100 gramach zebranego jałowo prawidłowego moczu, wziętego od 27 letniego męższczyzny *M. S.*, ozdrowieńca po laryngotomii z powodu zwężenia krtani.

Sporządziłem z tego 2·6% moczu urotropinowego sześć rozcieńczeń przez dodanie tego samego, ale nie urotropinowego moczu:

I.	10 ctm. sz. moczu	urotropinowego	+ 0 ctm. sz.	czystego moczu	= 2·6%
II.	8 ctm. sz. »	»	+ 2 ctm. sz.	» »	= 2·08%
III.	6 ctm. sz. »	»	+ 4 ctm. sz	» »	= 1·56%
IV.	4 ctm. sz. »	»	+ 6 ctm. sz.	» »	= 1·04%
V.	2 ctm. sz. »	»	+ 8 ctm. sz.	» »	= 0·52%
VI.	0 ctm. sz. »	»	+ 10 ctm. sz.	» »	= 0%

Na wszystkich tych rozcieńczeniach zaszczepiłem po jednej pętli gronkowca.

Doświadczenie to, którego ostateczny wynik został mi uprzejmie przez pana kolegę Dra Bernacińskiego, asystenta w zakładzie bakteryologicznym, listownie udzielony, przekonało mnię, że działanie bakteryobójcze urotropiny jest znaczne, gdy się ten przetwór bada w szklance przy 37° C., po zupełnem wykluczeniu innych ciał chemicznych.

Orzeczenie Dra Bernacińskiego przytaczam dosłownie:

„W moczu prawidłowym (0%) wyrósł gronkowiec tak, jak na każdej pożywce, np. na bulionie". „W innych moczach (0·52%, 1·04%, 1·56%, 2·08% i 2.6% urotropiny) powstał u dołu obłoczkowaty męt śluzowy, jaki zwykle powstaje w każdym moczu fizyologicznym". „W męcie tych wszystkich moczów preparat mikroskopowy ujawnił wprawdzie gronkowca, lecz w ilości bardzo małej, odpowiadającej ilości zaszczepionej. Męt ten nie zwiększył się nawet po 60 godzinach, a szczepiony na agarze nie dał wzrostu gronkowca, ani żadnej innej bakteryi, nawet po 48 godzinach".

„Zatem gronkowiec, znajdujący się przez zaszczepienie w moczach urotropinowanych, został przez urotropinę zabity i nie wyrósł przy zaszczepieniu na najkorzystniejszej nawet dla siebie pożywce".

„Nakoniec muszę powiedzieć, że mocz był zebrany i rozlany zupełnie jałowo, nie wykazał nigdzie domieszki bakteryj z powietrza".

Doświadczenia te musiałem zakończyć. Jednak pozyskałem przekonanie, że urotropina jest rzeczywiście dobrym lekiem odkażającym, gdyż pominąwszy już to, że dalsze doświadczenia na pewno mogłyby okazać, że i mniejsze niż 0·52% odsetki utropiny są skuteczne i zabijają bakterye w krótszym może czasie, niż w 24 godzin, to w każdym razie środek przeciwzakaźny, który przy 0·5% pewnie działa, jest dobrym środkiem odkaża-

jącym, stojącym między kwasem karbolowym, a sublimatem w pośrodku; trzeba jeszcze na pochwałę tego środka dodać, że jest to ciało chemiczne z bardzo korzystnemi własnościami, zapomocą którego można osiągnąć chwilowe zgęszczenie moczu do blisko 0·5%, nie szkodząc tkankom ustroju, jak to autorowie, z których niektórzy nawet 10 gramowe dawki dziennie podawali, zgodnie utrzymują.

W końcu nadmieniam, że po rozważeniu wszystkiego, co w piśmiennictwie o urotropinie się czyta i tego, co mnie własne spostrzeżenia pouczyły, przekonałem się, że tylko metoda Sachsa, podawanie urotropiny w dawkach wielkich i doraźnie po sobie następujących (NB. po jedzeniu), jest jedynie racyonalną.

Tak tylko można osiągnąć szybkie zabicie bakteryj; postępując inaczej, osięga się najwyżej powolne, stopniowe ich zamieranie, następstwo w części odporności bakteryj, a więcej jeszcze skutek wielkiego rozcieńczenia urotropiny. Najmniej skutku mogą mieć oczywiście dawki małe, które z góry nie mogą należycie wysycić moczu urotropiną.

III. O nowszych teoryach odporności.

Podał

Dr. Filip Eisenberg.

(Według odczytu wygłoszonego w krak. Tow. lek. dnia 23 kwietnia b. r.).

(Dokończenie).

Ale — zapyta może kto, jakież znaczenie dla medycyny praktycznej mogą mieć te subtelne i zawiłe dociekania teoretyczne nad budową chemiczną ustroju? gdzież zastosowanie chwytników, grup chwytnych, hemolizyn, aglutynin itd. do dziedziny, którą się zajmuje klinika, dziedziny od tych spraw pozornie tak dalekiej? — A jednak, jak już wielokrotnie w dziejach wiedzy ludzkiej spostrzegaliśmy, i tutaj pomost ten między teoryą a praktyką da się zbudować, a mamy prawo przypuszczać, że łączność tych dwóch dziedzin z pogłębieniem i rozszerzeniem naszych wiadomości stanie się coraz ściślejszą, coraz to więcej przyczyniając się do doskonalenia teoryi zarówno, jak praktyki.

W patologii ludzkiej, jak wiadomo, niejednokrotnie spotykamy się z wessaniem różnych komórek ustroju; przy krwotokach do jam ciała, czy miąższowych, przy wessaniu mięsaków limfatycznych pod wpływem arsenu, przy ostrym zaniku wątroby, przy gorączkowem trawieniu tkanek; zachodzi pytanie, jak ustrój oddziaływa na to wessanie, czy i na nie odpowiada wytworzeniem swoistych ciał podobnie, jak na wessanie obcego materyału komórkowego? Badania Ehrlicha i Morgenrotha wykazały, że wstrzykując kozom krew kozią, można uzyskać wytworzenie hemolizyny, kierowanej przeciw tejże krwi, a więc t. zw. izolizynys (w przeciwieństwie do omawianych dotąd heterolizyn, skierowanych przeciw krwi obcogatunkowej). Szczegółowy rozbiór działania tych izolizyn wykazał bardzo odrębne ich zachowanie się wobec krwi różnych osobników tego samego gatunku; podczas gdy heterolizyny działają bez wyjątku na ciałka czerwone wszystkich osobników danego gatunku, tutaj znajdujemy bardzo wybitne różnice osobnicze. Przedewszystkiem żadna z tych surowic nie działa na ciałka czerwone krwi przynależnej, nie jest więc autolizyną; nadto izolizyny pochodzące z różnych osobników wobec tejsamej krwi różnie się zachowują. Z kóz *A, B, C* i *D* otrzymał Ehrlich cztery odrębne izolizyny; izolizyna *A* nie działa na ciałka czerwone *A*, działa na ciałka *B, C*, i *D*; izolizyna *B* nie działa na ciałka *A* i *B*, działa na *C* i *D;* izolizyna *C* nie działa na ciałka *A* i *C*, działa na B i *D;* podczas gdy izolizyny *A, B* i *C* działają nietylko na krew kozią, ale i na baranią mocą blizkiego powinowactwa obu tych gatunków, czwarta izolizyna *D* na krew tę nie działa. Takich izolizyn odrębnych udało się Ehrlichowi przez wstrzykiwanie krwi z różnych osobników uzyskać cały szereg; musimy tedy przyjąć, że i krew w zakresie jednego i tego samego gatunku nie przedstawia się jako twór nawskroś jednolity i identyczny, ale jako zbiór różnych chwytników, ułożonych w najrozmaitszych kombinacyach, a suma tych kombinacyj, to osobniczy charakter danej krwi. Badania te otwierają nam daleką, trudną i dotąd niemal że niedostępną drogę do naukowego określenia tajemniczego dotąd i tylko empirycznie odgadywanego czynnika w biologicznym problemacie choroby, do określenia osobniczej dyspozycyi. Czynnik ten, w pierwszym tryumfie zwycięskim ery bakteryologicznej zaniedbany, coraz groźniej wysuwa się w równaniu choroby jako x, często rozstrzygające o rozwiązaniu równania; obok grubych i niewystarczających danych anatomicznych i fizyologicznych, oto pierwsze światło, rzucone w krainę ciemnego tego zagadnienia. Drugim ważnym wnioskiem, wynikającym z badań nad izolizynami, jest ten, że ustrój nigdy nie wytwarza autotoksyn; zrozumiałem jest, że urządzenie takie byłoby zgubnem dla ustroju i dysteleologicznem: gdyby po większej utracie krwi skutkiem wessania wystąpiła auto-hemolizyna, ta znowuby spowodowała dalszy rozpad krwi, i tak powstałoby błędne koło, niechybnie wiodące ustrój do śmierci. Widocznie tedy ustrój ten, objawiający tak wybitny „horror autotoxicus“, — jak Ehrlich nazywa to zjawisko,— musi rozporządzać mechanizmem regulacyjnym, nie pozwalającym na powstawanie autotoksyn; będzie to możliwem w dwojaki sposób: albo przez to, że komórki dane, np. ciałka czerwone krwi, pozbędą się wrażliwych chwytników dla powstającej izolizyny, albo też przez to, że autolizyna powstając z początku w drobnych ilościach, wywołuje powstanie antyautolizyny, która ją zobojętnia i nie pozwala jej się gromadzić w ustroju. Oba te mechanizmy rzeczywiście zostały stwierdzone, jeden przez Ehrlicha i Morgenrotha, drugi przez Besredkę. I dla patologii ludzkiej sprawa ta ma już pewne znaczenie; badania Grünbauma, Halbana, Ascolego, Monaco i Panichi i moje własne wykazały, że w całym szeregu chorób narządów krwiotwórczych, charłactw, chorób zakaźnych, połączonych z rozpadem krwi, powstają przez jej wessanie izo-aglutyniny i izolizyny w surowicy ludzkiej; w pracy mojej wykazałem, że ciała te nigdy nie działają na ciałka czerwone własnej krwi, że zatem nie są autotoksynami zgodnie z postulatem Ehrlicha i że występują w bardzo nieznacznych ilościach, prawdopodobnie z tego powodu ponieważ są zobojętniane przez antyautotoksyny.

Ale i dla terapii badania i poglądy wyżej wyłuszczone niepoślednie mają znaczenie. Po wiekopomnych odkryciach Pasteura i Behringa rzucono się z całym zapałem do stworzenia terapii surowiczej we wszystkich znanych, a nawet nieznanych zakażeniach, nagromadzono niesłychany materyał pomysłów i doświadczeń, a jednak oprócz leczenia wściekli-

zny, błonicy i tężca żadna inna metoda dotąd nie uzyskała prawa obywatelstwa w medycynie. Jeżeli nawet pominiemy zakażenia, których etyologii dotąd nie znamy, jak również te, których mechanizm pozostaje jeszcze dla nas zagadką, pozostaną jeszcze sprawy chorobowe, w których mimo, że znamy już swoiste surowice ochronne, dotąd wyniki praktyczne nadziei w nich pokładanych nie spełniają; mówię w szczególności o cholerze, durze brzusznym i poczęści o dżumie. Posiadamy surowice *in vitro* lub w doświadczeniu na zwierzęciu nadzwyczaj czynne, więc tylko ścisły rozbiór ich sposobu działania może nam wskazać, czego brak do uzyskania pomyślnych wyników w praktyce leczenia. Wiemy, że surowice te, bakteryobójcze *in vitro*, działają tylko dzięki współdziałaniu ciała ochronnego z ciałem uzupełniającem; liczne doświadczenia przekonywują nas, że i w ustroju ten sam mechanizm jest czynny. Już znany objaw Pfeifferowski rozpuszczania się prątków cholery w otrzewnej świnki morskiej prawidłowej pod wpływem unieczynnionej surowicy przeciwcholerycznej z kozy dowodzi jego istnienia; w obszernej swej pracy nad odpornością przeciwdurową wrodzoną i nabytą Wassermann wykazał znaczenie tego mechanizmu dla odporności. Świnki morskie z natury są odporne przeciw zakażeniu prątkiem Ebertha; korzystając ze znanego faktu, że przez wstrzykiwanie prawidłowej surowicy, zawierającej ciało uzupełniające, udaje się uzyskać antykomplement, t. j. ciało zobojętniające działanie tego ciała uzupełniającego, Wassermann wykazuje, że morska świnka, której ciało uzupełniające zwiążemy przez zastrzyknięcie dostatecznej ilości takiego antykomplementu, ulega zakażeniu durowemu nieszkodliwemu dla świnki prawidłowej. W podobny sposób udało się temuż autorowi wykazać, że bierna i czynna odporność swoista uwarunkowana jest obecnością ciała uzupełniającego we krwi zwierzęcia uodpornionego. W praktyce tymczasem dwa czynniki mogą tu szkodliwie oddziaływać; większość surowic swoistych zawiera ciało uzupełniające w nieznacznej tylko ilości, a i to tylko w stanie świeżym; z czasem zaś ta niewielka ilość ginie. Z drugiej strony ciało uzupełniające, nawet jeśli je wprowadzamy do ustroju w ilości dostatecznej, może w nim, o ile pochodzi z gatunku obcego, uledz zniszczeniu lub też, jak uczą doświadczenia Dungerna i Meltzera, zostać pochłoniętem przez pewne tkanki ustroju, objawiające dość wybitne powinowactwo. Dwa tedy zadania nadzwyczaj ważne powstają dla terapii: znaleść obfite źródła ciał uzupełniających, a powtóre wyszukiwać dla każdej kombinacyi ciała uzupełniające, zdolne się utrzymać w ustroju ludzkim (antropostabilne). Pierwsze z tych zagadnień podnoszone było przez Dönitza, a w nowszych czasach przez Wassermanna, który wykazał, że przez dodatek ciała uzupełniającego w dostatecznej ilości można skuteczność leczniczą surowic bakteryobójczych w znakomity sposób podnieść. Ważność drugiego zagadnienia ciał uzupełniających trwałych w danym ustroju wykazał Neisser z zakładu Ehrlicha: Sobernheim znalazł, że surowica owiec wysoko uodpornionych przeciw wąglikowi zupełnie jest nieczynna, gdy ją stosujemy u myszy; według Neissera ma to podstawę w fakcie, że ciało uzupełniające surowicy owczej ginie w ustroju myszy, zaś ciało ochronne nie znajduje na to miejsce w tym ustroju żadnego uzupełnienia. Opierając się na tych spostrzeżeniach, Ehrlich proponuje uzyskiwanie surowic ochronnych i leczniczych z małp w nadziei, że przy blizkiem filogenetycznem i chemicznem podobieństwie ich ustroju do ludzkiego. ciało uzupełniające ich ustroju okaże się antropostabilnem. Pozostawałaby jeszcze jedna droga, — na razie coprawda tylko teoretycznie pomyślana, — a mianowicie — zużytkowanie ciał uzupełniających ustroju ludzkiego, o ile się nadają do uczynienia danej surowicy; należałoby w tym celu używać surowic, z któremi doświadczenie *in vitro* wykazało możność uzupełnienia przez surowicę ludzką, z drugiej zaś strony starać się przez odpowiednie zabiegi wzmódz zasób ciał uzupełniających w ustroju, — zagadnienie dotąd nie rozwiązane.

I otośmy już u kresu naszej drogi: po krętych ścieżkach wielorakich doświadczeń, po zawrotnych szlakach spekulacyi, przebyliśmy całą prawie dziedzinę odporności, wiedzeni przez teoryę łańcuchów bocznych; niech mi będzie wolno, rzucając okiem wstecz na przebytą drogę, poświęcić parę słów wspomnienia naszemu przewodnikowi. Nie ulega wątpliwości, że mamy tu do czynienia z teoryą wielką, bo niesłychanie prostą w koncepcyi, a uniwersalną, bo tłómaczącą prawie cały ogrom zjawisk odporności, śmiałą, bo sięgającą po analogie w dziedziny napozór bardzo odległe, głęboko obmyślaną w szczegółach, a przytem zachowującą wielkie linie całości. Żadna z dotychczas istniejących teoryj nie da się tak dobrze pogodzić z całokształtem naszej wiedzy doświadczalnej, jak ona, żadna nie zdołała w sposób tak genialny, a ogromnie prosty, wytłómaczyć swoistości zjawisk w tej dziedzinie spostrzeganych, żadna tak ściśle nie zrosła się z wspólną dla wszystkich nauk lekarskich podstawą, z fizyologią i chemią biologiczną, żadna nie okazała się tak płodną, tak pobudzającą, żadna tak, jak ona, nie może służyć jako hipoteza heurystyczna, jako drogowskaz dla dalszych badań w tej dziedzinie. Zasługą jej jest, że zdziera pozorny nimb mistyczny, okrywający zjawiska odporności i buduje pomost między niemi a funkcyami fizyologicznemi ustroju, idąc w ślad wielkiej myśli Virchowa, że niema różnicy zasadniczej między zjawiskami życia prawidłowego a choroby, że choroba jest tylko życiem wśród warunków patologicznych. Zarzucano jej wielokrotnie, a ostatniemi czasy najwymowniej uczynił to Gruber w znanych swych odczytach wiedeńskich z większą elegancyą i sugestywnością, aniżeli uprawnieniem, że jest zbyt spekulatywną, że zanadto się oddala od faktów, za dalekie wysnuwa z nich wnioski, że nas upaja szumnemi słowy, kryjąc przed nami w ten sposób luki naszej wiedzy, których niestety tak wiele. Zarzuty takie nie jedną już spotykały teoryę, nie jedną jeszcze spotkają; — odbija się w nich przeciwieństwo dwóch sposobów patrzenia na świat: jedni radziby zawsze trzymać się ziemi, trzymać faktów doświadczalnych, inni śmiałym lotem myśli wzbijają się na wyżyny prawd ogólnych, tamtym często niedostępne. Wokoło nas gromadzi się coraz bardziej i piętrzy ogromny materyał faktów doświadczalnych, faktów różnorodnych, czasem sprzecznych; — bez myśli przewodniej, któż znajdzie drogę w tym chaosie? Czyż mamy ciągle brnąć dalej w doświadczeniach, broniąc sobie uogólnień, choćby tymczasowych, pod pozorem, że na nie jeszcze zbyt wcześnie?! Wiemy dobrze, że wszelka teorya względną jest tylko prawdą, że dzień jutrzejszy może dzisiejszej prawdzie zaprzeczyć, ale czyż dlatego mamy się wyrzec myśli? Myśl nieokiełznana — prawda — łatwo schodzi na bezdroża, ale

za to jak Anteusz niegdyś może ciągle świeże czerpać siły w zetknięciu z doświadczeniem, może się doń naginać, o ile z drugiej strony nowe mu drogi wytyka. I łudzą się ci szperacze, skrzętni zbieracze faktów, — bo fakta same jeszcze nigdy wiedzy nie stanowią; dopiero myśl żywa tka z nich złotą przędzę prawdy. Czy teorya Ehrlicha tej prawdy jest już ostatniem słowem? nie wierzę; bezwątpienia zostaje jeszcze ogrom zagadek i moc pytań nierozwiązanych. być może, że niejedno w niej jeszcze zmianie ulegnie. ale to jej wartości nie ujmuje, — przewodniczką chce być do prawdy. nie prawdą samą. Chemizm żywej protoplazmy, czy to bakteryjnej, czy wyższokomórkowej, — oto zagadka zagadek, w nim spoczywa i zagadka odporności; cały ten świat, więcej dotąd odgadywany i przeczuwany, niż poznawany, czeka swego Kopernika, któryby jego prawa odkrył, ale do tego odkrycia jeszcze daleko, bardzo daleko. Czyż mamy dlatego czekać z założonemi rękami? Metody biologiczne mniej może ścisłe od chemicznych, jednak zdołają może uchylić rąbek tej zasłony; więc na razie, póki tamte drogi we mgle jeszcze skryte, temi musimy iść ku prawdzie. A choć droga trudna i cel daleki, pójdziemy niestrudzeni, bo dążenie do prawdy, nie prawda sama, jest istotną naszego bytu treścią. *In magnis voluisse sat est!* *)

*) Z Zakładu higieny i bakteryologii Uniw. Jag. pod kier. Prof. O. Bujwida.

IV. Z zakładów: anatomii patologicznej i medycyny sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

O zmianach drobnowidowych u podstawy oddzielającej się pępowiny i ich sądowo-lekarskiem znaczeniu.

Podali

Dr. L. K. Gliński i Dr. S. Horoszkiewicz

Asystenci zakładów.

(Ciąg dalszy).

Jednem słowem na podstawie wyników badań, przeprowadzonych przez Kockela, zdawało się, iż zyskaliśmy nareszcie dość pewny sposób oznaczania, czy dziecię urodziło się żywe lub martwe, jakoteż możność określenia czasu trwania życia pozałonowego dzieci żywo urodzonych. Wobec ważności tej sprawy, zachęceni przez naszych szefów: Proff. Browicza i Wachholza, postanowiliśmy sprawdzić badania Kockela, zwłaszcza, iż mimo że od czasu ogłoszenia pracy Kockela, minęły blizko 4 lata. nikt dotychczas badań tych nie sprawdzał i nie potwierdził. Badania swoje przeprowadzaliśmy na zwłokach noworodków, co do których szczegółowe dane posiadaliśmy z oddziału położniczego tutejszego szpitala Śgo Łazarza, oraz z kliniki położniczej. Badania nasze obejmują ogółem 39 przypadków, z tej liczby w 21 przypadkach mieliśmy do czynienia z płodami nieżywo urodzonymi, podczas gdy pozostałe 18 przypadków dotyczą noworodków, które żyły $^1/_2$ godziny do 16 dni. We wszystkich tych przypadkach wycinaliśmy pępowinę wraz z pierścieniem skórnym i po należytem ustaleniu i zatopieniu w celoidynie, krajaliśmy pępowiny w kierunku strzałkowym tak, aby mieć na przekrojach górny i dolny obwód pępowiny, gdyż w tych miejscach zdaniem Kockela pojawiają się charakterystyczne zmiany już w bardzo krótkim czasie po urodzeniu się dziecka. Otrzymane skrawki barwiliśmy hematoksyliną, podbarwiając je eozyną lub barwikiem van Giesona.

Szczegółowe wyniki tych badań przedstawiają się w sposób następujący:

I grupa. Noworodki żywo urodzone.

Przypadek 1. Noworodek płci męzkiej, niedonoszony (długości 49 cm, jądra kostnego w przysadkach kości długich brak), zmarł w $^1/_2$ godziny po urodzeniu się; poród prawidłowy.

W części skórnej widoczne są liczne naczynia włosowate, które w częściach obwodowych znikają wraz z brzegiem naskórkowym, podczas gdy w linii osiowej zachodzą w obręb pępowiny na 1 mm. powyżej brzegu naskórkowego, leżąc tutaj w ścianach grubościennego naczynia (tętnicy) i w jego najbliższem otoczeniu. Ani w części skórnej, ani też w pępowinie nie znajdujemy nacieków, lub choćby małych skupień leukocytowych [1]).

Przypadek 2. Noworodek płci męzkiej, niedonoszony (9 miesięcy księżycowych). Urodził się głęboko omdlały; docucony, zmarł najwyżej w $^1/_2$ godziny po urodzeniu się. Eclampsia matris.

Pępowina nieco zagłębiona w pierścień skórny. Naczynia włosowate w części skórnej dość liczne, porozszerzane, wypełnione dobrze utrzymanemi krwinkami czerwonemi; w częściach obwodowych znikają one wraz z brzegiem naskórkowym, w linii zaś osiowej przechodzą na 2 mm. wgłąb pępowiny. Tuż ponad brzegiem naskórkowym w obwodowych częściach pępowiny na przestrzeni około 2 mm. znajdujemy nacieki złożone z leukocytów wielojądrzastych; po stronie górnej naciek ten jest bardzo zbity na obwodzie, ku środkowi pępowiny staje się luźniejszym i w odległości 2 mm. od obwodu znika całkowicie; po stronie dolnej naciek jest wogóle luźniejszy, ciągnie się jednakowoż bez przerwy wgłąb pępowiny i nie dochodzi do nacieku po stronie górnej zaledwo na 1 mm. W ten sposób prawie cała podstawa pępowiny zajęta jest naciekiem leukocytowym już to wiotszym, już też zbitszym, znikającym całkowicie tylko na bardzo małej przestrzeni. W linii osiowej naciek ten leży nieco powyżej linii granicznej (między pępowiną a częścią skórną) pomiędzy i głównie ponad zachodzącemi tutaj naczyniami włosowatemi.

Prócz opisanych wyżej nacieków znajdujemy zbity naciek leukocytowy również i w obwodowych częściach pierścienia skórnego; naciek ten jednakowoż nie łączy się bezpośrednio z naciekiem u podstawy pępowiny.

Przypadek 3. Noworodek płci męzkiej, niedonoszony (9 miesięcy księżycowych), omdlały. Docucony, zmarł najwyżej w $^1/_2$ godziny po urodzeniu się. W części skórnej znajdujemy niezbyt liczne pozapadane naczynia włosowate, nigdzie nie przechodzące w obręb pępowiny poza linię, łączącą 2 przeciwległe krańce pierścienia skórnego. Ani w części skórnej, ani u podstawy pępowiny nie znaleziono nigdzie nacieków leukocytowych.

Przypadek 4. Noworodek płci męzkiej, niedonoszony (8 miesięcy księżycowych). Po urodzeniu się żył 5 kwadransów. Zarówno w częściach obwodowych, jak i w części środkowej naczynia włosowate leżą tylko w obrębie pierścienia skórnego i na pograniczu z pępowiną znikają całkowicie. Nacieków, ani skupień leukocytowych nie znajdujemy nigdzie, ani w samej pępowinie, ani też w części skórnej; gdzieniegdzie spotykają się tylko nieliczne pojedynczo leżące leukocyty.

Przypadek 5. Noworodek płci męzkiej, niedonoszony (długość 28 ctm., jądra kostnego w przysadkach kości długich brak); żył 2 godziny, powłoka naskórkowa części skórnej bardzo cienka. Naczynia włosowate w części skórnej wcale liczne, szerokie, wypełnione dobrze zachowanemi krwinkami czerwonemi; na pograniczu z pępowiną znikają całkowicie zarówno w częściach obwodowych, jak i środkowych. Leukocyty wogóle bardzo nieliczne, leżą pojedynczo, nigdzie nie tworząc nawet drobnych skupień.

Przypadek 6. Noworodek płci męzkiej. niedonoszony (37 ctm. długości, 1200 grm. wagi), żył 4 godziny. Naczynia włosowate w pierścieniu skórnym są wogóle dość liczne. zwłaszcza w częściach obwo-

[1]) Celem uniknięcia rozwlekłości opisów, podajemy tutaj tylko te szczegóły badania drobnowidowego, które dla naszej pracy mają pewne znaczenie, rozmyślnie pomijając wszelkie inne szczegóły badania drobnowidowego, oraz opisy makroskopowego zachowania się pępowiny, jako też stanu narządów wewnętrznych. *Przypisek autorów.*

dowych; na pograniczu z pępowiną znikają one wraz z brzegiem naskórkowym w częściach obwodowych, podczas gdy w linii osiowej zachodzą nieco wyżej w obręb pępowiny. W części pogranicznej na całym przekroju, lecz głównie w obrębie pierścienia skórnego, są rozrzucone stosunkowo liczne, przeważnie wielojądrzaste leukocyty, które dookoła naczyń włosowatych tworzą luźne skupienia w częściach obwodowych, nagromadzając się także (również w stosunkowo znacznej ilości) w mięsnych ścianach grubych naczyń.

Przypadek 7. Noworodek płci męzkiej, niedonoszony (długości 40 ctm., waga 1500 grm), żył 10 godzin. Naczynia włosowate w części skórnej rozwinięte niezbyt obficie, nie przekraczają nigdzie linii pogranicznej. Na całym przekroju widoczne dość liczne jedno i wielojądrzaste leukocyty, które jednakowoż leżą pojedynczo, nigdzie nie tworząc nawet drobnych skupień.

Przypadek 8. Noworodek donoszony płci żeńskiej; żył po urodzeniu się 15 godzin. Naczynia włosowate są wogóle liczne, nie ograniczają się do części skórnej, lecz zarówno w częściach obwodowych, jak i w linii osiowej wnikają w obręb pępowiny, w której na całej odciętej do badania długości (1,4 ctm.) wykazać je można, lecz tylko w linii osiowej, podczas gdy w częściach obwodowych pępowiny znikają one dość rychło. W całym wyciętym do badania odcinku pępowiny znajdujemy bardzo liczne leukocyty jedno- i przeważnie wielojędrzaste, które tworzą różnej zbitości skupienia między pasmami rozwłóknionej galarety Whartona; w częściach obwodowych na pograniczu z częścią skórną, oraz w części środkowej pępowiny w odległości 1 ctm. powyżej linii granicznej nacieki te są bardzo zbite; w innych częściach — nieco luźniejsze. Jak wysoko sięgały te nacieki w pępowinie, nie byliśmy w stanie dokładniej oznaczyć, gdyż nie przewidując tak wysoko w obręb pępowiny sięgającego nacieku, wycięliśmy do badania zaledwie 1,4 ctm. pępowiny; w każdym razie musiał on zachodzić znacznie wyżej, o ile wnosić można z tego, iż w miejscu odciętem, w całej części środkowej, znajdował się wcale rozległy dość zbity naciek leukocytowy. W obrębie pierścienia skórnego badanie drobnowidowe wykazało tylko nieznaczne nacieki w linii osiowej i to tylko na samem pograniczu z pępowiną.

Przypadek 9. Noworodek płci męzkiej, donoszony, żył 17 godzin. Naczynia włosowate w obrębie pierścienia skórnego są dość obficie rozwinięte; w częściach obwodowych znikają tuż ponad brzegiem naskórkowym; w części środkowej zachodzą na 4 mm. w obręb właściwej pępowiny; w świetle ich obok krwinek czerwonych, widoczne są dość liczne leukocyty jedno- i wielojądrzaste. Na pograniczu pępowiny i części skórnej po obu stronach, tuż ponad brzegiem naskórkowym, znajdujemy na przestrzeni 2—$2^1/_2$ mm. dość zbity naciek, złożony z leukocytów przeważnie wielojądrzastych, zajmujący tylko obwodowe części pępowiny, w kierunku zaś ku linii osiowej rychło znikający. Prócz tych nacieków znajdujemy również naciek leukocytowy w samym środku części podstawowej pępowiny; naciek ten jednakowoż jest luźniejszy, niż powyżej opisane i leży głównie tuż ponad znajdującemi się tutaj naczyniami włosowatemi.

Przypadek 10. Noworodek płci żeńskiej, niedonoszony (długości 40 ctm., brak jądra kostnego w przysadkach kości długich); żył 20 godzin. Naczynia włosowate, niezbyt zresztą obfite, znajdują się wyłącznie w części skórnej i nie zachodzą nigdzie w obręb pępowiny; niektóre z nich są dość szerokie, wypełnione krwinkami czerwonemi. Wielkie naczynia w obrębie pępowiny są wypełnione skrzepami krwi, wśród których widoczne są dość liczne leukocyty jedno- i wielojądrzaste. Prócz tego znajdujemy także nieliczne pojedynczo rozrzucone leukocyty w sąsiedztwie naczyń włosowatych w przybrzeżnych warstwach części skórnej. Nacieków, a nawet choćby tylko luźnych skupień leukocytowych nie znajdujemy nigdzie.

Przypadek 11. Noworodek płci żeńskiej, donoszony; żył 27 godzin. Pępowina dość znacznie wyschnięta. Naczynia włosowate w części skórnej są dość liczne, zarówno na obwodzie, jak i w linii osiowej, przyczem te ostatnie posiadają względnie szerokie światło i są wypełnione krwinkami czerwonemi. W pępowinie naczynia włosowate znajdujemy tylko w linii osiowej, podczas gdy na obwodzie znikają one jednocześnie z naskórkiem; w linii osiowej zachodzą one na 5 mm. w obręb pępowiny. Wielkie naczynia pępowinowe wypełnione są skrzepami krwi, wśród których widoczne są liczne jedno- i wielojądrzaste leukocyty. Na pograniczu części skórnej oraz pępowiny znajdujemy na dolnej powierzchni pępowiny w warstwach najbardziej obwodowych nieznaczny dość luźny naciek, złożony z leukocytów głównie wielojądrzastych i częściowo zajmujący również obwodowe warstwy pierścienia skórnego. W odpowiedniem miejscu na powierzchni górnej pępowiny znajdują się tylko rozrzucone pojedyncze leukocyty; znaczniejsze znowuż skupienia leukocytów, miejscami tworzące nawet zbity naciek, znajdują się w linii osiowej u podstawy pępowiny, gdzie zachodzą one dość wysoko (na 5 mm.) w obręb pępowiny (wraz ze znajdującymi się tutaj naczyniami włosowatemi) i leżą pomiędzy pasmami rozwłóknionej galarety Whartona.

Przypadek 12. Noworodek niedonoszony płci męzkiej; żył godzin 27. Naczynia włosowate niezbyt liczne, w warstwach obwodowych spotykają się tylko w obrębie części skórnej, podczas gdy w linii osiowej zachodzą na 6 mm. w obręb samej pępowiny. Na dolnej powierzchni pępowiny w warstwach obwodowych, tuż ponad brzegiem naskórkowym, znajdujemy nieznaczny, niezbyt zbity naciek leukocytowy, sięgający na 2 mm. wgłąb (w kierunku linii osiowej) pępowiny. W odpowiedniem miejscu na powierzchni górnej pępowiny spotykają się tylko pojedyncze leukocyty. Natomiast w odległości około 6 mm. powyżej brzegu naskórkowego (a więc w miejscu, do którego sięgają naczynia włosowate) znajdujemy dość rozległy i zbity naciek leukocytowy, zajmujący więcej ku środkowi leżące warstwy pępowiny: naciek ten rozpoczyna się w odległości 2 mm. od powierzchni pępowiny i tutaj jest najzbitszy; w kierunku zaś ku linii osiowej staje się luźniejszym, a w samym środku pępowiny całkowicie znika.

Przypadek 13. Noworodek płci męzkiej, donoszony; urodził się silnie omdlały; docucony, żył 36 godzin. Naczynia włosowate, w ogóle szerokie, są bardzo obficie rozwinięte w części skórnej i to głównie w jej warstwach obwodowych; poza linię graniczną między częścią skórną a pępowiną nie przechodzą. U podstawy pępowiny znajdujemy zbity naciek, złożony z leukocytów wielojądrzastych i ku środkowi pępowiny stający się nieco luźniejszym. Tutaj już na zasadzie obrazu drobnowidowego możemy mówić o pogranicznej płytce nacieku leukocytowego, która zdaje się odpowiadać miejscu późniejszego oddzielenia się pępowiny. W obręb części skórnej naciek wnika tylko nieznacznie i jest tutaj wogóle luźniejszym.

Przypadek 14. Noworodek płci żeńskiej, niedonoszony (z bliźniąt, 40 ctm. długości, 2000 gram. wagi, brak jądra kostnego w przysadkach kości długich). Po urodzeniu się żył 3 dni. Naczynia włosowate, niezbyt zresztą obfite, znajdują się głównie w obwodowych warstwach części skórnej, w obręb pępowiny (poza linię graniczną) nigdzie nie przechodzą. Na pograniczu między pępowiną a częścią skórną, głównie w obrębie pępowiny, znajduje się zbity naciek leukocytowy, dochodzący 1,5 mm. grubości i zajmujący całe pogranicze. Naciek ten, najzbitszy w warstwach obwodowych, ku środkowi staje się nieco luźniejszym, wszędzie jednak występuje wybitnie. Składa się on głównie z leukocytów wielojądrzastych i na preparatach barwionych jest już widoczny makroskopowo w postaci ciemniejszego pasma, w części środkowej nieco wypuklonego ku pierścieniowi skórnemu.

Przypadek 15. Noworodek płci żeńskiej, niedonoszony (9 mies. księż.); żył 3 dni. Pępowina wyschnięta. Naczynia włosowate dość liczne znajdujemy prawie wyłącznie w obwodowych warstwach części skórnej; powyżej brzegu naskórkowego znikają one całkowicie. W obwodowych warstwach u podstawy pępowiny znajduje się tylko bardzo nieznaczny naciek leukocytowy, który staje się znacznie rozleglejszym w obrębie części skórnej, gdzie zajmuje nietylko warstwy obwodowe, lecz również i środkowe; tutaj naciek ten, usadowiony głównie w sąsiedztwie wielkich naczyń, jest również zbitszy, niż w warstwach obwodowych, w obręb pępowiny przechodzi on tylko na małej przestrzeni. Wyraźnej złożonej z leukocytów płytki pogranicznej tutaj nie znajdujemy.

Przypadek 16. Noworodek płci męzkiej, donoszony; żył 4 dni. Naczynia włosowate w części skórnej, zwłaszcza w częściach obwodowych, liczne, szerokie, wypełnione krwinkami czerwonemi, sięgają tylko do podstawy pępowiny. W wielkich naczyniach pępowinowych widoczne skrzepy krwi, wśród których znajdują się liczne leukocyty. Pępowina jest częściowo oddzieloną, a mianowicie na górnej powierzchni widzimy między pępowiną a częścią skórną zagłębienie, odpowiadające miejscu oddzielenia się; brzegi tego zagłębienia są pokryte licznymi, wielojądrzastymi, częściowo już ropadłymi leukocytami. W przedłużeniu tego zagłębienia ku powierzchni dolnej biegnie widoczna już makroskopowo (zwłaszcza na preparatach, barwionych metodą van Gieso-

na), miejscami na małej przestrzeni przerwana, łukowata, wypukłością ku pępowinie zwrócona linia szerokości około 1 mm., która, jak to wykazuje badanie drobnowidowe, utworzona jest przez naciek z leukocytów wielojądrzastych. Linia ta stanowi jednocześnie granicę naczyń włosowatych, które poza nią tylko w bardzo małej ilości przechodzą w obręb pępowiny. Wyżej wspomniane nacieki leżą między pasmami rozwłóknionej galarety Whartona, oraz częściowo w ścianach wielkich naczyń, które właśnie stanowią widoczne już makroskopowo przerwy w nacieku. Najzbitszy naciek leży w częściach obwodowych podstawy pępowiny; w obręb samej pępowiny i części skórnej nacieki te wnikają bardzo nieznacznie i to głównie wraz z wielkimi naczyniami, w ścianach których się znajdują.

Przypadek 17. Dziecię płci żeńskiej, donoszone; żyło 5 dni. Pępowina wyschnięta, silnie (na 5 mm.) zagłębiona w pierścień skórny. Już przy makroskopowem oglądaniu preparatów, zwłaszcza barwionych metodą van Giesona, widoczną jest ciemniej zabarwiona około 1 mm. szeroka, silnie wypuklona ku pępowinie linia, rozpoczynająca się tuż ponad brzegiem naskórkowym; największa wypukłość tej linii przypada w odległości 5 mm. powyżej prostej linii, łączącej 2 przeciwległe brzegi podstawy pępowiny, a więc przypada na wysokości otaczającej zagłębioną pępowinę skóry. Przy badaniu drobnowidowem okazuje się, iż ta ciemniej zabarwiona linia jest utworzona przez bardzo zbity, złożony z wielojądrzastych leukocytów naciek. Poza tym naciekiem, zarówno w pępowinie, jak i w części skórnej, znajdujemy tylko nieliczne luźne skupienia, oraz pojedynczo rozrzucone leukocyty. Naczynia włosowate są w ogóle dość obfite w części skórnej i nigdzie nie przechodzą poza obręb wyżej opisanej linii zbitego nacieku.

Przypadek 18. Chłopiec 16 dniowy, niedonoszony. Pępowina bardzo silnie wyschnięta, częściowo (od strony górnej) oddzielona. Główną masę pępowiny stanowią wielkie naczynia pępowinowe, wypełnione skrzepami krwi. W części skórnej znajdują się liczne szerokie naczynia włosowate, nie wnikające nigdzie w obręb pępowiny. Na pograniczu w miejscu, gdzie pępowina już się oddzieliła, znajdujemy na oddzielonych powierzchniach nagromadzenie częściowo rozpadłych leukocytów wielojądrzastych; oddzielona część skórna jest już częściowo pokryta naskórkiem. Po stronie przeciwnej (dolnej) u podstawy pępowiny w częściach obwodowych znajduje się również naciek, mniej jednak zbity. Prócz opisanych nacieków znajdujemy jeszcze zbite nacieki w części skórnej w bezpośredniem sąsiedztwie, oraz w ścianach wielkich naczyń pępowinowych. (Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wyciągi.

Bidder. **Leczenie czyraków podskórnem odkażaniem.** *(Deutsche med. Wochenschrift* 1902, Nr. 18 i 19). Po raz wtóry wraca autor do swej metody, którą ogłosił przed 14-tu laty w celu uniknięcia operacyjnego leczenia czyraka. Metoda ta, stosowana przez autora od 25 lat, polega na wstrzykiwaniu podskórnem 2% kwasu karbolowego: przy czyrakach małych w połowie promienia, w większych 5—10 mm. od brzegu wbija się skośnie w chorą tkankę igłę strzykawki Pravaza, napełnionej 2% kwasem karbolowym, aż igłą trafi w miejsce miękkie i wstrzykuje się kilka kropel rozczynu, następnie powtarza się to i po drugiej stronie tak, aby przez pierwszy przez ukłócie zrobiony otwór i przez przetokę, jeśli ta już istnieje, wypływał na zewnątrz wstrzyknięty rozczyn karbolu. Wystarcza zupełnie tylko raz wstrzyknąć. Działanie karbolu w tych razach polegałoby prawdopodobnie na odkażeniu tkanki zakażonej gronkowcem lub paciorkowcem; przy zanogcicy jednakże nie radzi autor tego sposobu stosować. W końcu należy dodać, że prócz nieznacznego bólu po operacyi nie spostrzega się żadnego działania ubocznego karbolu, a przebieg gojenia bardzo się skraca. Chorych uwalnia się od zmory „poddania się operacyi", a uniknięcie blizn w przypadkach czyraków na twarzy jest ze względów kosmetycznych jedną z dobrych stron tego postępowania. *B. Żmigród.*

Kugel. **O jednym przypadku wyleczenia raka wstrzykiwaniami surowicy Adamkiewicza.** *(Deutsche med. Wochs.* Nr. 24, 1902). Istota rzeczy zawarta w nagłówku; — dodać nadto należy, że chorą tę uznano za nieuleczalną, po wykonaniu poprzednio w ciągu 8-miu lat kilkakrotnych zabiegów operacyjnych. Po wstrzykiwaniach (20) surowicy Adamkiewicza miało nastąpić wyleczenie. *Pisek.*

Hess. **W sprawie zakrzepów żylnych (thrombus) w przebiegu ostrego gośćca stawowego.** *(Deutsche medicin. Wochenschrift* Nr. 26, 1902). Wystąpienie zakrzepów żylnych w przebiegu gośćca stawowego jest samo przez się objawem w ogólności wcale nie rzadkim; dwa jednak przypadki, opisane przez autora, a odnoszące się do osobników młodych (25 i 32 lat), zasługują jedynie z tego względu na uwagę, że w pierwszym przypadku (pomyślnie zakończonym) zakrzepy były w żyłach kończyn górnych, dolnych i w żyle próżnej niższej (vena cava inf.), w drugim (zakończonym śmiercią) oprócz powyższych, była także zajętą żyła próżna wyższa (vena cava super.). *Pisek.*

Lesser. **Małżeństwo a choroby weneryczne.** *(Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 23, 1902). Największe trudności sprawiają te przypadki rzeżączki, w których w żaden sposób nie można usunąć wszystkich objawów cierpienia. W takich razach zezwala Lesser wówczas na małżeństwo, jeśli: *a)* nitki tryprowe zawierają mało leukocytów; *b)* od ostatniego zakażenia upłynęło kilka lat; *c)* chory w ciągu tych lat nie miał żadnych dolegliwości. Jeśli zaś nitki wskazują na ropę, wówczas pomimo braku gonokoków należy się sprzeciwić małżeństwu. Odnośnie do kiły nie jest autor zasadniczym przeciwnikiem zawarcia małżeństwa, jeśli *a)* upłynęło najmniej pięć lat od zakażenia, i *b)* przeprowadzonem zostało wzorowe leczenie swoiste. *Dr. Pisek* (Podgórze).

M. Wassermann. **O zachowywaniu się krwinek białych w zapaleniu wyrostka robaczkowego.** *(Münchener med. Wochenschrift* 1902, Nr. 17 i 18). Autor przytacza wyniki spostrzeżeń 47 przypadków, spostrzeganych w monachijskiej klinice chirurgicznej Angerera i dochodzi do wniosku, że stwierdzenie wysokiej leukocytozy może mieć nietylko znaczenie przy rozpoznaniu ropienia, ale może być wskazaniem do rękoczynu chirurgicznego. W przypadkach, przekazanych do operacyi z powodu znacznej leukocytozy, stwierdzano ropę mimo tego, że inne kliniczne objawy ropienia nie były wyraźnie zaznaczone. Wartość tego objawu jest niezależną od innych objawów, jak ciepłota, tętno, wejrzenie i objawy miejscowe. *Dr. M. Blassberg.*

Maurice Boigey. **Nowy sposób szczepienia ospy.** *(Semaine médicale* 1902, Nr. 27). Szczepienie ospy u dorosłych daje wynik dodatni w pewnym tylko dość szczupłym, zmiennym zresztą odsetku przypadków. Wynik ujemny odnoszono do odporności nabytej wskutek poprzednich szczepień, nieraz co do czasu bardzo odległych, lub wreszcie do wątpliwej wartości użytej krowianki. Od kilku lat jednakże lekarze chorób dzieci stwierdzili, że podobną odporność spotyka się również u osobników bardzo młodych, u których szczepienia dokonano niewątpliwie po raz pierwszy. Tłomaczenie tego zjawiska odpornością odziedziczoną po rodzicach musiało upaść wobec wielokrotnego stwierdzenia rzekomej odporności u dziecka, podczas gdy równoczesne szczepienie rodziców dało wynik dodatni. Przyczyn zatem należy szukać gdzieindziej.

W czasie epidemii ospowej w Lugdunie (1899—1900) autor niejednokrotnie miał sposobność spostrzegać, że dzieci, u których szczepienie się nie przyjęło, które zatem, wnioskując logicznie, należałoby uważać za nieprzystępne dla zarazka ospowego, w niedługi czas potem zapadały, a nawet ginęły z ospy. Epidemia londyńska (1901—1902) potwierdziła te spostrzeżenia. Szczepienie zatem dokonane zapomocą zwykłych, powszechnie używanych sposobów, t. j. zapomocą zeskrobania przyskórka lub drobnych nacięć, niezawsze jest wystarczającem. Autor uważa to za bardzo naturalne; ileż starań i dokładności zużywa się w pracowniach naukowych w celu zaszczepienia użytemu do prób zwierzęciu jakiegokolwiek jadu chorobowego, pomimo, że zwierzę to wybrane zostało między innemi, jako wyjątkowo skłonne do przyjęcia tego jadu; — tutaj przeciwnie, gdzie idzie o szczepienie lecznicze, najbardziej zasadnicze warunki są pominięte, a brama otwarta dla zarazka jest tak wązka i mało dostępna, że ten nieraz przebyć jej nie może.

Przekonany o niedostateczności dzisiejszych sposobów szczepienia, próbował autor zastąpić je innymi. Wstrzykiwanie podskórne krowianki okazało się zbyt bolesne; odczyn zapalny miejscowy był bardzo gwałtowny, połączony z silnym obrzękiem i gwałtownym bólem, nierzadko i ciepłota ciała była podwyższona. Następnie próbował autor nacięć wielokrotnych. Metodą tą udało mu się uzyskać z wszelką pewnością pięć niewątpliwych szczepień u pięciu osobników, z których jeden był szczepiony przed dwoma miesiącami bez skutku, czterech zaś innych było szczepionych poprzedniego roku rzekomo z wynikiem dodatnim. Ilość nacięć wynosiła około dziesięciu; odległość między niemi była bardzo mała. Sposób ten jednak zabiera zbyt wiele czasu, aby mógł być przy szczepieniach masowych używany. Doświadczenia te doprowadziły autora do przekonania, że szczepienie należycie wykonane musi bezwarunkowo wywołać objawy tej choroby, której jad został zaszczepiony.

Autor starał się znaleźć metodę, któraby pozwoliła obok szybkości wykonania stworzyć dość szeroką powierzchnię, chłonącą jad

ospowy. Warunki te można osiągnąć przy użyciu małego mosiężnego młoteczka o powierzchniach lekko wypukłych, osadzonego na dość długiej rączce. Sposób szczepienia jest bardzo prosty i wygodny. Młotek zanurza się na przeciąg trzech minut we wrzącej wodzie; następnie przez jedną sekundę przyciska się go lekko wypukłą powierzchnią do tego miejsca obnażonej skóry, na którem chcemy dokonać szczepienia. Skóra czerwienieje, po chwili naskórek się podnosi na przestrzeni mniejwięcej pół kwadratowego ctm., a pod nim gromadzi się cienka warstwa płynu surowiczego. Końcem nożyka, zanurzonym poprzednio w krowiance, przebija się naskórek i zaszczepia się w ten sposób jad ospowy wprost w cieczy surowiczej, stanowiącej jak wiadomo znakomitą dla niego pożywkę. W trzy dni po zaszczepieniu pojawia się na skórze naokoło miejsca szczepienia odczyn zapalny; z końcem pierwszego tygodnia tworzy się pęcherzyk ospowy, wypełniony jasną przezroczystą cieczą, wkrótce zmieniającą się w ropną; wreszcie pęcherz pęka i w dwa mniejwięcej tygodnie od dnia zaszczepienia zaskorupia się zupełnie. Od czwartego do dwunastego dnia występuje mierne podniesienie ciepłoty ciała, powien niepokój, uczucie ogolnej niemocy, niekiedy obrzmienie gruczołów pachowych. Potem wszystko wraca do stanu prawidłowego. Wszystkie te objawy wyraźniej występują po szczepieniu zapomocą młotka, niż po szczepieniu zwykłym sposobem zapomocą nożyka. Przyczyną tego jest, że przestrzeń chłonąca jad ospowy jest większa i łatwiej dostępna, wskutek czego jad ten w większej ilości naraz do ustroju się dostaje. Sposób ten szczepienia oddaje bardzo dobre usługi, jeżeli chodzi o szybkie i pewne szczepienie dużej ilości osób: potrzeba tylko znaczniejszej ilości młotków, zanurzonych w naczyniu z wrzącą wodą. Po kolei zatem najpierw wywołujemy oparzenie, — pęcherz występuje bardzo szybko, — następnie w tymsamym porządku wykonujemy szczepienia.

Dodać należy, że ból spowodowany dotknięciem gorącego młotka nie jest przykrzejszy, niż niemiłe uczucie, jakiego się doznaje przy drapaniu skóry nożykiem.

Autor od 25-go listopada 1901 r. do 29-go marca 1902 r. wykonał 18 szczepień. Z tych jedno się nie powiodło (16-letni chłopiec, szczepiony przed trzema miesiącami z dobrym skutkiem); u dwóch osób wystąpiły tylko wybitne objawy ogólne; u 15 innych pojawiła się typowa osutka krowiankowa: z tych pięć było poprzednio szczepionych z wynikiem dodatnim; 10 pozostałych również szczepionych, lecz z wynikiem ujemnym. *Dr. T. Żeleński.*

Doc. Dr. Lezer. **O operacyi na zwoju Gassera na podstawie własnych 15 przypadków** i W. Türck: **Zestawienie dotychczas wykonanych operacyi zwoju Gassera.** (*Langenbecka Archiv* T. 65, 1902, Z. 4). Wyłuszczywszy w. 15 przypadkach (w klinice Bergmanna) zwój Gassera z powodu nerwobólu nerwu trójdzielnego zmienił Lezer nieco (zdaniem jego oczywiście na korzyść) pierwotną technikę operacyjną Krausego. Obecnie operuje w sposób następujący: Wycina on mały językowaty płat z okolicy skroniowej z podstawą u dołu. Przednie ramię cięcia rozpoczyna się tuż poza wyrostkiem czołowym kości licowej, biegnie w górę, zaginając się łukowato w tył, przyczem szczyt łuku przypada na linii, łączącej górny brzeg oczodołu z najwyższym punktem muszli usznej; poczem cięcie schodzi ku dołowi i kończy się na palec poprzeczny przed uchem. Następuje tymczasowe wypiłowanie łuku jarzmowego w granicach cięcia. Tak ograniczony płat skórno-mięśniowo-okostnowy, zawierający część łuku jarzmowego, oddziela się od kości wraz z przyczepem mięśnia skrzydlastego zewn., i ściągnąwszy ku dołowi odsłania się otwór ościsty i owalny. Odsłoniętą kość skroniową L. wydłutowuje, pomagając sobie kleszczami Luera, i tak dochodzi aż do pobliża tętnicy oponowej średniej. Podwiązawszy ją podwójnie, przecina kleszczami kostnymi podstawę czaszki dalej, póki nie otworzy otworu owalnego. Podczas tego palcem ostrożnie odsuwa oponę twardą. Z otworu owalnego wyjmuje gałęź III n. trójdzielnego i przewiązuje ją grubą nitką. Po dokonaniu tego zabiegu przed-tępnego usadawia operowanego, który dotychczas leżał poziomo. Przez to mózg się zapada do czaszki, zmniejszył bowiem swoją pojemność po odpłynięciu płynu mózgowo-rdzeniowego do kanału rdzeniowego. Równocześnie krwawienie żylne znakomicie się zmniejsza. Pociągając przy pośrednictwie nitki za III gałęź i preparując ostrożnie na tępo lub nożyczkami, wydostaje wreszcie zwój Gassera i wykręca go wedle wskazówek Krausego. L. zwraca uwagę na to, aby w czasie operacyi zbyt mocno nie uciskać mózgu szpatułką, — gdyż z tego powodu zdarzyć się mogą niemiłe powikłania. Dlatego też podał łopatkę specyalnie zagiętą kolisto i zastosowaną do krzywizny czaszki.

Jak z zestawienia Türcka wynika, leczono dotychczas 201 przypadków nerwobólu n. trójdzielnego przez wycięcie zwoju Gassera. Bezpośrednia śmiertelność 17% (zapad, zapalenie opon). Trwałych wyleczeń (u tych, którzy żyli po operacyi) 93·4% — reszta, t. j. 6·6% nawroty. Tu rozróżnić należy nawroty rzeczywiste od pozornych, gdyż o rzeczywistym nawrocie nie można mówić tam, gdzie przyczyna nerwobólu była ośrodkowa (np. nowotwory mózgu), lub polegała na histeryi, albo neurastenii. Są jednak i nawroty rzeczywiste, mianowicie w tych przypadkach, w których już bezpośrednio w operacyi można było wykazać na podstawie zupełnego wypadnięcia funkcyi tego zwoju, że go nie w całości wycięto. Z pozostawionych resztek następowało prawdopodobnie odrodzenie całego zwoju (Garre). Często krwawienie żylne przeszkadza w dokładnem oryentowaniu się i wyjęciu całego zwoju, a nawet w 10 przypadkach z tego właśnie powodu nie można było dokończyć operacyi; w kilku zaś innych przypadkach operacyę na razie przerwano, ranę wytamponowano i dokończono na drugi dzień. Po operacyi zdarzały się różne powikłania: porażenia, afazya — prawdopodobnie skutkiem mocnego uciśnienia mózgu szpatułką, sprawy zapalne oka, które niekiedy były przyczyną całkowitego zropienia gałki ocznej i t. d. Do najłagodniejszych należy zaliczyć obumarcie płatu. Niektóre z tych powikłań znikały potem bez śladu. *Herman.*

Tóvölgi. **O leczeniu gruźlicy krtani z uwzględnieniem nowszych środków leczniczych.** (*Therapie der Gegenwart* 1902, Nr. 11). Wdmuchiwania proszków używa się dziś tylko jeszcze u chorych znacznie podupadłych, gdzie obrzęki, wrzody i nacieki zajmują już prawie całą krtań. Zresztą wdmuchiwania nie mają żadnej wartości i byłoby wprost błędnem leczyć początki gruźlicy krtani wdmuchiwaniem proszków, przez co trwoni się tylko czas, potrzebny do skutecznego leczenia. Wdmuchiwania mogą być tylko stosowane w międzyczasie energiczniejszych zabiegów i w pierwszym rzędzie nadaje się do tego ortoform dla swego działania znieczulającego przy bolesnem łykaniu (*dysphagia*): przewyższa on pod tym względem kokainę, gdyż znieczulenie trwa dłużej i wrzody się oczyszczają.

Pędzlowania 2—10% formaliną nie odniosły w praktyce autora prawie żadnych skutków pomyślnych; taksamo pędzlowania ortoformem (25: 150 oliwy), które uśmierzają tylko bóle podczas łykania i ułatwiają w ten sposób przyjmowanie pokarmów, 20% roztwór paramonochlorfenolu w glicerynie nie wstrzymuje według doświadczeń autora postępu sprawy gruźliczej i nie wywiera wogóle wpływu leczniczego, taksamo monochlorfenol w glicerynie, jakoteż pędzlowania balsamem peruwiańskim z kolodyonem. Natomiast bardzo skutecznemi okazały się pędzlowania, stosowane co drugi dzień, roztworem z „phenolum-natrio-sulforicinicum“, czyli »phenolum sulforicinicum“, które nad kwasem mlekowym posiada tę wyższość, że poprzedzające znieczulenie jest zbyteczne. Przewyższa ono kwas mlekowy w działaniu na bóle przy łykaniu, chrypkę i kaszel, lecz nie dorównywa mu zupełnie wobec leczenia wrzodów gruźliczych. Mentol w 20% roztworze z oliwą również nie dorównywa kwasowi mlekowemu i „phenolum sulforicinicum“. Poleconą przez niektórych w leczeniu gruźlicy krtani elektrolizę słusznie uważa Schrötter za szkodliwą zabawkę; co do wyników zaś galwanokaustyki i skrobania (*curettement*) zdania są podzielone.

W końcu przychodzi autor do wniosku, że należy zawsze z samego początku chwycić się środków energicznych i odrazu przejść do pędzlowania silnymi roztworami środków skutecznych, tj. kwasu mlekowego, którego roztworu należy pierwsze 2—3 razy używać w sile 30—35% i natychmiast przejść do roztworów 75—80% i „phenoli-natrio sulforicinici“, mentolu, których odrazu można używać w roztworze 30—50%. Natomiast zaleca autor częstą odmianę używanych środków i radzi każdego z nich używać tylko tak długo, dopóki się widzi wyraźne polepszenie, poczem natychmiast należy przejść do innego przetworu skutecznego itd. Najkorzystniejszem wydało się autorowi przemienne stosowanie kwasu mlekowego, „phenoli sulforicinici“, ortoformu w oliwie i ewentualnie z mentolem. W przypadkach rozlanych nacieków, spraw okołochrząstkowych i w silnych zapaleniach należy rozpocząć leczenie „phenolum sulforicinicum“ i dokończyć kwasem mlekowym, podczas gdy w bolesnem łykaniu pierwszeństwo przypada ortoformowi w oliwie. Można także leczyć kwasem mlekowym, potem przez jakiś czas innym środkiem i znowu wrócić do kwasu mlekowego itd. Lecz i ta kombinowana metoda nie prowadzi często do zupełnego wyleczenia i dochodzimy do okresu, w którym żaden lek nie pomaga; wtedy na jakiś czas wypada wogóle zaprzestać leczenia; a jeśli ten okres przypada na lato, wysłać chorego na świeże powietrze. Na wyjazd do Kairu, Madeiry lub Torquay (na wyspie Tasmanii) w miesiącach zimowych nie każdego stać. *Dr. J. Fels.*

Dr. Rittershain. **Osutki surowicze spostrzegane w ostatnich czterech latach.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 55, 1902). W ostatnich czterech latach leczono w klinice Prof. Ganghofnera 1224 przypadków błonicy zapomocą surowicy i spostrzegano w 6.45% przypadków wystąpienie osutki. Osutki posurowicze

podzielić należy na miejscowe, występujące w miejscu wstrzyknięcia i na ogólne. Osutki miejscowe spostrzegane były prawie w $^1/_4$ części przypadków; większego znaczenia nie mają, gdyż charakter ich jest czysto miejscowy. Osutki ogólne dadzą się podzielić w myśl obrazu Hartunga na 1. osutki pokrzywkowe, 2. rumieńcowe, 3. płonicowate, 4. plamiste, zbliżone do osutki odrowej lub różyczkowej, 5. wielokształtne, mogące przybierać kształty okrągłe, girlandowe, koliste i t. d. W przypadkach osutki płonicowatej radzi autor ze względów zapobiegawczych, jeżeli zakażenia mięszanego płonicy z błonicą stanowczo wykluczyć nie można, uważać za płonicę z przebiegiem nieprawidłowym i leczyć odpowiednio.

Dr. Bolesław Komorowski.

Blumreich. **Dalszy przyczynek do nauki o drgawkach porodowych.** *(Arch. f. Gynäk.* tom 66, zeszyt II). Badania doświadczalne nad wrażliwością ośrodków ruchowych kory mózgowej u zwierząt ciężarnych i nieciężarnych wykazały, że istotnie mózg zwierząt ciężarnych okazuje znacznie wzmożoną pobudliwość (ref.: „Przegl. lek." Nr. 16, 1902). Autor przeprowadził następnie szereg dalszych doświadczeń, aby się przekonać, czy mózg zwierząt ciężarnych okazuje wzmożoną pobudliwość wobec wszystkich czynników drażniących, czy też ciąża zmienia pobudliwość mózgu swoiście, to znaczy podnosi ją względem pewnych tylko bodźców. Doświadczenia swoje robił autor w ten sposób, że wyjmował ciężarnym i nieciężarnym samicom króliczym obie nerki, aby się przekonać o wpływie wszystkich składników moczu — w ten sposób zatrzymanych w ustroju — na mózg tych zwierząt. Pokazało się, że drgawki występowały u zwierząt ciężarnych przeciętnie po 65, u nieciężarnych po 70 godzinach, czyli że wpływ wszystkich składników moczu był mniejwięcej tensam u wszystkich zwierząt. Na podstawie tych badań twierdzi B., że mózg zwierząt ciężarnych (i kobiet) okazuje wzmożoną pobudliwość, ale tylko względem pewnych bodźców, wywołujących drgawki; względem innych zaś, — a do tych należy suma wszystkich składników, znajdujących się w moczu — zachowuje się tak, jak mózg zwierząt nieciężarnych. Doświadczenia te przemawiają również przeciw teoryi, dopatrującej przyczyny drgawek porodowych tylko w moczniey — tembardziej, że — jak wykazały badania anatomiczne, w moczniey nie spotykamy nigdy owych charakterystycznych zmian w wątrobie, na które Schmorl zwrócił uwagę.

Dr. E. Ehrenpreis.

Hitschmann i Lindenthal. **Znaczenie próby płucnej przy obecności drobnoustrojów w jamie macicy.** *(Arch. f. Gynäk.* 1902, Tom 66, Zeszyt II). Dotychczas przy dodatnim wyniku próby płucnej lekarz sądowy orzekał zawsze, że noworodek oddechał powietrzem atm., szczególnie jeżeli nie było śladów gnicia. H. i L. przekonali się, że zachodzi możliwość dodatniego wyniku próby płucnej, wzgl. żołądkowo-jelitowej w przypadkach, w których noworodek z pewnością nie oddechał, ani też gnicia wykazać nie można. Krönig i Menge zwrócili uwagę na obecność pewnych „anaërobów" w pochwie. Jeżeli one dostają się do jamy macicy, a dzieje się to głównie w przypadkach przeciągających się porodów, powikłanych z przedwczesnem pęknięciem pęcherza płodowego, wytwarzają gaz, skutkiem czego przychodzi do objawów „tympania uteri". W tych przypadkach życie płodu jest zwykle zagrożone tembardziej, że zbyt częste i długotrwałe w takich stanach — skurcze macicy upośledzają znacznie dowóz tlenu do płodu. Ten głód tlenowy może wywołać u płodu jeszcze w macicy — przedwczesne ruchy oddechowe i połykowe, przyczem do płuc i żołądka dostają się wody płodowe, zawierające te „anaëroby". Jeżeli płód teraz obumrze w macicy i urodzi się, — nie może być mowy o oddechaniu powietrzem — a próba płucna i żołądkowa, robiona w kilka godzin potem, wypada dodatnio — zjawisko to należy tłomaczyć w ten sposób, że przez ten czas „anaëroby" rozmnożyły się i wytworzyły gaz, — podobnie jak stały się przyczyną wytworzenia „tympania uteri". Badania mikroskopowe wykazują w tych przypadkach zawsze obecność tych „anaërobów" (pałeczki ze zgrubiałymi końcami) tak w wodach i na błonach płodowych, jak w płucach i w żołądku płodu. Na dowód tego przytaczają H. i L. między innymi przypadek, gdzie płód w położeniu pośladkowem obumarł w macicy, najdokładniejsze badanie nie wykazało „tympania uteri", płód świeżo obumarły urodził się, a próba płucna wypadła dodatnio. Badanie mikroskopowe również i tu wykazało „anaëroby". Należy więc w każdym przypadku badać mikroskopowo, bacząc na to, jak ważne znaczenie mają w tych przypadkach orzeczenia lekarskie.

Dr. E. Ehrenpreis.

J. Da-Costa. **Kliniczne znaczenie badania krwi w zapaleniu wyrostka robaczkowatego.** *(Americ. Journal of the Med. Sciences* XI, 1901 — *Philad. Med. Journal*, 4-go stycznia, 1902 r.). Autor badał krew w 118 przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowatego. Wszyscy chorzy byli operowani, przyczem w 38 przypadkach nie było ropy, a w 80 znaleziono ją jednocześnie ze zmianami zapalnemi, lub bez tych zmian. Niedokrwistość w mniejszym lub większym stopniu została stwierdzoną we wszystkich prawie przypadkach. Ilość hemoglobiny była znacznie obniżona, dochodząc u dziesiątej części chorych do 50%, i spadając do 40% i niżej prawie w 2,5% wszystkich przypadków. Liczba czerwonych krwinek była zwykle zmniejszona nieznacznie, — nieproporcyonalnie do hemoglobiny. W nieżytowych i międzymiąższowych postaciach zapalenia wyrostka robaczkowego liczba ciałek białych nie była zwiększona, chociaż w wyjątkowych razach do 12.000—15.000 w 1 cent. sześc. Tam jednak, gdzie powstał ropień, zgorzel lub ogólne zapalenie otrzewnej, liczba ciałek białych wynosiła zwykle od 15.000 do 20.000. Stopień leukocytozy jest ważną oznaką rozpoznawczą w związku z innymi objawami klinicznymi. Jeżeli liczba ciałek białych przewyższa 20.000 w 1 c. sz., — wskazuje to na obecność ropy. Natomiast, jako oznaka znacznego zakażenia w przypadkach łagodnych, leukocytoza jest bez znaczenia. C. miewał przypadki z zejściem śmiertelnem bez widocznego powiększenia ilości ciałek białych.

St. Rudzki.

Schabad (Petersburg). **Błonica i prątek błonicy w przebiegu płonicy.** *(Archiv für Kinderheilkunde* 1902, T. XXXIV, Zeszyt III i IV). Badając o ile w przebiegu płonicy znajduje się w gardle prątek błonicy, zauważył autor, że prątek ten pojawia się już w drugim lub trzecim dniu płonicy, — *(diphteria cum scarlatina)*, albo z końcem pierwszego i z początkiem drugiego tygodnia tak, iż płonica przechodzi w błonicę — *(diphteria apud scarlatinam)*, albo błonica występuje w rekonwalescencyi po płonicy — *(diphteria post scarlatinam)*. Dokładne badania bakteryologiczne skłaniają autora do następujących wniosków: 1) Powikłanie płonicy z błonicą spostrzega się u wyzdrowieńców po płonicy, na szczycie choroby i w początku płonicy. 2) Dla rozpoznania kombinacyi płonicy z błonicą w początku choroby konieczną jest obecność objawów klinicznych błonicy i obecność prątków błoniczych. 3) Podczas gdy prątki błonicze, otrzymane z błonicy u rekonwalescentów po płonicy, lub też z błonicy, która się pojawiła podczas okresu szczytowego płonicy, są prawidłowej jadowitości dla morskich świnek, to przy kombinacyi płonicy z błonicą w początku choroby są one mało lub wcale nie trujące dla świnek morskich. Ta ostatnia okoliczność nie wyklucza jednak, że prątki te biorą udział w kombinacyi płonicy z błonicą. 4) W początku płonicy znajduje się niekiedy prątki błonicze bez obecności klinicznych objawów błoniczego zapalenia gardła. W tych przypadkach prawdopodobnie prątki błonicze odgrywają rolę pasorzytów, nie biorą jednak udziału w procesie patologicznym. 5) Ażeby zapobiedz szerzeniu się błonicy między chorymi, dotkniętymi płonicą, a umieszczonymi w szpitalu, należy odosobnić nowo przybyłych chorych płoniczych, u których w gardle znajdują się prątki błonicze. W tym celu należy u wszystkich chorych płoniczych, zgłaszających się do przyjęcia w szpitalu, badać bakteryologicznie wydzielinę błony śluzowej gardła. 6) We wszystkich przypadkach kombinacyi błonicy z płonicą, albo przyłączania się błonicy do płonicy, należy stosować surowicę przeciwbłoniczą.

Dr. Jan Landau.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Euchinina w praktyce dziecięcej. *(Revue des mal. de l'enf.* 1902, lipiec). Wiadomo każdemu lekarzowi praktycznemu, jakie trudności napotyka u dzieci stosowanie chininy. Proszku lub pigułki dziecko połknąć nie potrafi; środków mających smak chininy ukryć zwykle nie udaje się, a usilowania najczęściej kończą się wymiotami. Stosując lewatywy i czopki nigdy nie możemy dokładnie oznaczyć ilości chininy wessanej przez jelita; nadto te ostatnie niekiedy źle znoszą lekarstwo i wydalają je przed wystąpieniem działania leczniczego. Jeszcze bardziej wątpliwe w skutkach jest nacieranie maściami, zawierającemi chininę; ostatni wreszcie sposób, t. j. wstrzykiwania podskórne mają tę niedogodność, że wymagają nazbyt częstej obecności lekarza, są bolesne i nieraz, zwłaszcza u dzieci licho odżywionych stają się punktem wyjścia dla ropni i rozległych zakażeń skórnych.

Dla wszystkich tych powodów Rocar próbował zastąpić chininę w praktyce dziecięcej nową solą chininy, t. zw. euchininą, odznaczającą się brakiem prawie zupełnym przykrego smaku. Euchinina przedstawia się w postaci białych igiełek, topi się w 95°, rozpuszcza się w wodzie trudno, łatwo w eterze, alkoholu i chloroformie. Lek ten możemy podawać dzieciom z łatwością przez usta, najlepiej jako zawiesinę w osłodzonej wodzie; oprócz tego posiada euchinina tę niezmiernie cenną zaletę, że nie działa drażniąco na przewód pokarmowy i nigdy po niej nie występują wymioty. Chcąc

oznaczyć łatwość wessania euchininy, przedsięwziął Rocar dokładne badania moczu, które wykazały, że już po upływie godziny rozpoczyna się wydalanie leku z ustroju, a dosięga swego *maximum* w 7 godzin po przyjęciu.

Wskazania w podawaniu euchininy są te same, co dla chininy; przeciwwskazania są mniej rozległe wskutek tego, że przewód pokarmowy, jak powiedzieliśmy, lepiej znosi euchininę, niż chininę. Dawka winna być $1^1/_2$ do 2 razy wyższą od dawki chininy; Rocar radzi następujące dawki:

od 0 do 1 roku	.....	0·10—0·15 dziennie
od 1 do 2 lat	......	0·20—0·30 „
od 2 do 4 „	......	0·30—0·60 „
od 3 do 6 „	......	0·40—0·80 „
od 6 do 10 „	......	0·60—1·00 „

Stosując euchininę w tych dawkach, możemy być pewni jej skuteczności, braku ubocznych niepożądanych objawów, i możemy z korzyścią zastąpić nią w praktyce dziecięcej sole chininy dotychczas używane. *Dr. T. Żeleński.*

VII. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

(Dokończenie).

Siedziba duszy według Galena jest przedni płat mózgowy. W ogóle fizyologia i anatomia mózgu, rdzenia i nerwów najwięcej dawała mu do myślenia i najczęściej go pobudzała do doświadczeń. Przecinając pojedyncze nerwy mózgowe i rdzeń badał ich znaczenie dla fizyologii zwierząt i tłómaczył sobie różne stany patologiczne.

Jeżeli w anatomii i fizyologii Galena jesteśmy w stanie zaznaczyć wybitny postęp, a o tej ostatniej możemy nawet powiedzieć, że Galen ją jako naukę stworzył, to z góry już możemy oświadczyć, że w patologii jego doznamy znacznego rozczarowania. W tej bowiem nauce przenosi nas Galen do pojęć zamkniętego w ciasne ramy dogmatyzmu Hipokratesa, a więc do dawnej patologii humoralnej.

Przez chorobę rozumie on stan przeciwny zdrowiu, który pociąga za sobą zmianę w budowie cząstek, będącą przyczyną zmienionej ich czynności „sumendum profecto etiam hic concessum principium, universos homines tum se sanitate frui sibi persuadere, quum partium corporis functiones vitae actionibus inservientes illaesas sortiuntur, laesa vero ex ipsis aliqua, se illius functionis ministra parte aegratare augurari.“ (De morborum differentiis liber. cap. II. Kühn VI). Przyczyną tych zmian są cztery zasadnicze soki, a mianowicie inny między sobą ich stosunek, aniżeli zazwyczaj. Zależnie od przewagi jednego lub drugiego z soków powstaje skaza krwi (dyskrazya) gorąca lub zimna, sucha lub wilgotna. Rzadko kiedy występują jednak te stany w tak czystej formie. Zazwyczaj bywają one mięszane, n. p. ciepło-wilgotne i t. d. Ze względu na części zajęte rozróżnia Galen stany patologiczne: 1) soków, 2) pojedynczych części w ścisłem słowa tego znaczeniu i 3) choroby narządów. Jeżeli Galen co do podziału i przyczyn chorób pod wielu względami zgadzał się z Hipokratesem, to i w nauce o przebiegu chorób zachodzi między nimi wiele punktów stycznych. Dawną naukę o gotowaniu się chorób przyjmuje w zasadzie, ale modyfikuje naukę o ich przełomie, jako nie dającą się zastosować do wszystkich stanów patologicznych. W samym przebiegu zasłabnięcia rozróżnia on cztery okresy, mianowicie: 1) początek, 2) rozwijanie się choroby, 3) jej szczyt i 4) zmniejszanie się nasilenia. Obok pojęcia przełomu *(crisis)* stwarza okres ubywania choroby *(lysis)*.

Od lekarza żądał przy łożu chorego postulatów empirycznych, t. j. zmysłu spostrzegawczego i doświadczenia, a w pierwszym względzie, zgodnie z metodykami, uwzględnienia czynnika etyologicznego. Temu ostatniemu pozostał szczególniej wierny i w terapii, w której na wzór metodyków przestrzegał zasady „contraria contrariis“. Lecznictwo zaś, które się już w szkole metodycznej wielkimi względami cieszyło, rozszerzył znacznie, nadając mu daleko obszerniejszy zakres i wprowadzając w nie dużo nowych środków, z których niejeden wcale nie przynosi medycynie zaszczytu. Do tego jednak doprowadziła Galena wielka jego wiara w leki i dążenie do uwzględniania życzeń tłumu, o którym mawiał „populus remedia cupit“. Wierny nauce o temperamentach i ich zmianach w różnych stanach patologicznych, przeprowadził ją konsekwentnie i w terapii. W tym celu starał się przy pomocy metody przez siebie podanej oznaczyć temperament różnych leków w różnych ich formach, a uczyniwszy to, stosował je na zasadzie „contraria contrariis.“ A leków tych był legion. Pomimo jednak tej teoryi nie zapomniał o zasadach Hipokratesa. Pozostawiał więc naturze znaczny zakres działania w leczeniu, zachowując się wyczekująco; starał się zaprowadzić dobre warunki higieniczne i unormować dyetę chorego, uważając pod tym względem za pierwowzór Asklepiadesa. Nie mogąc zaś na tej drodze dojść do wyniku pożądanego, stosował dopiero cały zbiór swoich leków, z których był tak dumny, jak to wnosić możemy z wyżej przytoczonych słów z dziewiątej księgi jego „Sposobów leczenia“. Obok tych leków domagał się jednakowoż od lekarza odpowiedniego zachowania się przy łożu chorego, obiecując sobie i z tego dobre wyniki, a więc przypisywał ważną rolę i psychoterapii.

Po tych kilku uwagach, odnoszących się do osoby samego Galena i do jego działalności jako lekarza, przyglądnijmy się temu, co zrobił dla ginekologii. Nauka nasza dziwne i bardzo zmienne przechodziła losy. Hipokrates gorąco się nią zajmował i pozostawił prace, które nie tylko historyczne, ale także i praktyczne dla położnictwa miały znaczenie. Po nim pewne ślady istnienia tej dyscypliny medycyny możemy dopatrzeć dopiero za czasów szkoły aleksandyjskiej. I nic dziwnego! Szkoła ta uprawiała anatomię, a znajomość anatomii, to przecież niezbędny warunek dla wiedzy ginekologicznej. Od czasów szkoły aleksandryjskiej ginekologia wegetowała, zaznaczając tylko swoje istnienie słabymi blaskami za Celsusa, a dopiero Soranus[3]) ją podźwignął z upadku, pisząc swój podręcznik „O chorobach kobiecych“, a raczej katechizm dla położnych. Jest to objaw charakterystyczny, że nauka, która ma bądź co bądź znaczny już stopień rozwoju, nie posiada jeszcze podręcznika dla lekarzy, a Soranus zużywa mimo to swoje siły na napisanie podręcznika dla położnych. I nie mogło być inaczej. Dział medycyny, w którym lekarze zawodniczyli z położnymi, musiał z natury rzeczy z czasem w całości wpaść w ręce tych ostatnich; lekarze opuścili zapewne dosyć wcześnie pole walki. Z przesądem walczyć było trudno; niesumiennie położne używały i wyzyskiwały go i on rozstrzygnął o ich zwycięztwie. Lekarzy wzywano tylko do porodów ciężkich; oni mieli poprawiać to, co niesumiennie położne zepsuły i przyjmować na siebie odpowiedzialność za wynik leczenia.

Naturalnie, że wobec takich warunków nie mieli lekarze odpowiedniego pola do popisu; chęć do pracy praktycznej i teoretycznej ich opuszczała i oczywiście nie mogła być wytwórczą. Tym stanem rzeczy tłómaczyć sobie możemy, że jakkolwiek nauka położnictwa jest najdawniejszą ze wszystkich, to przecież piśmiennictwo najdawniejszych wieków jest stosunkowo bardzo ubogie, a samo położnictwo późno dopiero zajęło należne mu stanowisko między innemi dyscyplinami medycyny i późno zaczęło przyciągać do siebie lekarzy.

Za czasów Galena nie odmieniły się wcale stosunki: położne ciągle jeszcze prym dzierżyły, a on sam nie zajmował się wykonawstwem praktyki ginekologicznej i to tak dalece, że jeżeli mu zależało na dowodzie naukowym w tej gałęzi medycyny, to musiał się jedynie na to powoływać,

[3]) Sorani gynaeciorum (περὶ γυναικείων παθῶν) ed. Valentinus Rose MDCCCLXXXII.

„co powiadają“ jak n. p. w kwestyi rozwierania się ujścia macicznego. „ac primum quidem sic. ut parvum digitum in id demittas, hi scere dicunt, postea vero etiam magis“. (de naturalibus facultatibus lib. III. cap. III.)

Opierając się na tem, co Galen opowiada o położnych, musimy uwierzyć, że na ich orzeczeniu polegano nawet wtedy, gdy się rzecz ważyła o przyszłe szczęście dwojga osób mających wejść z sobą w stosunki małżeńskie i że one wtedy badały nie tylko płeć piękną, lecz także i mężczyzn, by orzec, czy mające się zawrzeć małżeństwo będzie płodnem, czy też nie (in aph. Hippocr. com. quint.). Naturalnie, że wobec tego nie możemy oczekiwać od niego żadnych praktycznych zdobyczy ginekologiczno-położniczych, a tych kilka uwag, które nam pozostawił, nie popchnęły tej gałęzi medycyny wcale naprzód. Jako anatom zaś i w dodatku badający anatomię zwierząt, nie wzbogacił i tego działu ginekologii; owszem, uwagami swojemi z zakresu anatomii części rodnych niszczy częstokroć wieloletnie poprzednie zdobycze tak, że Kleinwächter czuje się w obec tego upoważnionym do wypowiedzenia sądu, że gdyby notatki ginekologiczne Galena należały do innego autora, nie wspominanoby nawet o nich. Jeżeli trudno się zgodzić na sąd tak surowy, to przecież przyznać musimy, że w znacznej części zawinił tu jego teleologiczny pogląd na zjawiska przyrodnicze, który podkopał jego własny gmach. Jednakowoż autor tej miary, co Galen, którego prace dzisiaj tak ważne historyczne mają znaczenie, zasługuje chociażby nawet i z tego jedynie względu na to, by jego prace zostały ocenione.

Z tego, cośmy dotychczas o ginekologicznej działalności Galena powiedzieli, wynika, że i literacka jego na tem polu spuścizna nie jest zbyt wielką. W pierwszym rzędzie będą nas zajmowały następujące prace:

1) De uteri dissectione (περὶ μήτρας ἀνατομῆς) Kühn II. 2) De semine (περὶ σπέρματος) K. IV. 3) De foetus formatione (περὶ κυουμένων διαπλάσεως.) K. IV. 4) De usu partium (περὶ χρείας τῶν ἐν ἀνθρώπου σώματι μορίων λόγοι.) K. IV. 5) De naturalibus facultatibus (περὶ δυνάμεων φυσικῶν) K. III. 6) De septimestri partu. Galeni pergameni operum epitome Andreae Lacunae Argentorati MDCIV. 7) Galeni in Hippocratis de morbis vulgaribus commentarii. Venetiis apud Vincentium Valgrisium MDLXII. 8) Galeni in aphorismos Hippocratis commentarii septem (ibid.).

Naturalnie, że nie możemy u pisarza tej miary, co Galen, tak płodnego i tak często powołującego się na inne swoje prace, lub powtarzającego się tak chętnie, wybrać dowolnie kilku prac, któreby nas tu najbardziej zająć mogły, lecz musimy te i inne często uwzględniać.

• • •

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Program kursów dla lekarzy

które odbędą się od 6 do 25 października 1902 r. we Lwowie.

Zapisywać się należy między 1. a 4. października w kwesturze Uniwersytetu. Godziny wykładowe w przeważnej części wykładów będą oznaczone później w porozumieniu z uczestnikami. Liczba uczestników dla niektórych wykładów ograniczona. Bliższych wiadomości udziela Prof. dr. Władysław Szymonowicz we Lwowie ul. Pańska, l. 4.

1. Prof. dr. H. Kadyi: Mechanika stawów. Trzy godziny tygodniowo. Czesne 10 koron.

2. Prof. dr. W. Niemiłowicz: Rozbiór moczu. W całości 8 godzin. Czesne 10 koron.

3. Prof. dr. S. Bądzyński: Chemia przemiany materyi, żywienia i środków spożywczych (wspólnie z drem Pankiem). Pięć godzin tygodniowo. Czesne 15 koron.

4. Prof. dr. A. Gluziński: Dyagnostyka chorób wewnętrznych z uwzględnieniem najnowszych metod klinicznego badania (badania kliniczne krwi, plwociny, treści żołądkowej, kału, moczu etc.) w połączeniu z wykładem o nowych zabiegach leczniczych, przy współudziale Docentów Drów Marischlera i Renckiego i asystentów kliniki Drów Eljasza Radzikowskiego i Kikingera. Dziesięć godzin tygodniowo, 6 do 18 października. Czesne 20 koron.

5. Prof. dr. J. Prus: Dyagnostyka chorób nerwowych i umysłowych. Sześć godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

6. Doc. dr. P. Kučera: Bakteryologia lekarska. Sześć godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

7. Prof. dr. L. Rydygier: *a)* Badanie i leczenie następowe chorób chirurgicznych z uwzględnieniem praktyki prywatnej od 10—12 godzin, z wyjątkiem soboty. Dziesięć godzin tygodniowo. Czesne 25 koron.

b) Kurs operacyjny odpowiednio do materyału od 5—7 godzin. Czesne 50 koron.

8. Prof. dr. W. Wehr: Zasady antyseptyki i aseptyki (teorya i praktyka) 2 razy na tydzień w środę i sobotę, od 6—8 godzin wieczorem. Cztery godziny tygodniowo. Czesne 24 koron.

9. Prof. dr. E. Machek: Rozpoznawanie i leczenie chorób ocznych wraz z ćwiczeniami w wziernikowaniu (przy współudziale Doc. dra Szulisławskiego i asystentów klinicznych). Trzy razy tygodniowo od 10—12 godzin. Czesne 18 koron.

10. Prof. dr. A. Mars: O postępie ginekologii w ostatniem dziesięcioleciu. Pięć godzin tygodniowo. Czesne 15 koron.

11. Prof. dr. W. Łukasiewicz: Dyagnostyka i terapia chorób skórnych i wenerycznych. Sześć godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

12. 13, 14. Prof. dr. W. Szymonowicz wspólnie z Drem L. Gluzińskim i Drem Z. Spalkem: Kurs praktyczny o chorobach uszu, nosa, gardła i krtani.

a) Dr. L. Gluziński: Kurs praktyczny o chorobach krtani. Sześć godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

b) Dr. Z. Spalke: Kurs praktyczny o chorobach nosa i gardła. Sześć godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

c) Prof. dr. W. Szymonowicz: Kurs praktyczny o chorobach uszu. Sześć godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

15. Prof. dr. W. Sieradzki: Ćwiczenia w badaniach i orzeczeniach sądowo lekarskich. Dwa razy tygodniowo po $1\frac{1}{2}$ godziny. Trzy godziny tygodniowo. Czesne 10 koron.

16. Doc. dr. A. Gońka: Ćwiczenia w wyjmowaniu zębów i ich plombowaniu plastycznymi materyałami. Pięć godzin tygodniowo. Czesne 25 koron.

• • •

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 14 sierpnia.

* Z powodu panującej cholery w Egipcie, oraz moru, który stwierdzono w Aleksandryi i Odesie, austryackie ministeryum spraw wewnętrznych rozesłało okólnik do wszystkich politycznych władz krajowych, w szczególności w Tryeście i Zarze, zalecając najsurowiej możebnie ścisłe wykonywanie dawniej już wydanych rozporządzeń, sanitarno-policyjnych. Do najważniejszych zadań władzy w razie pojawienia się wspomnianych chorób okólnik zalicza: odosobnianie natychmiastowe chorych, pielęgnowanie ich i przewożenie w odosobnieniu; wielką wagę przywiązuje ministeryum do natychmiastowego donoszenia o każdym przypadku cholery i moru, a nawet o samem podejrzeniu tych chorób. Lekarzom urzędowym ministeryum zaleca obeznanie się z instrukcyą swego działania wobec moru i cholery, w szczególności z II-gim rozdziałem międzynarodowej konwencyi sanitarnej drezdeńskiej, oraz weneckiej. Okólnik kładzie nacisk na potrzeby ścisłego badania mikroskopowego, w celu jak najszybszego ustalenia rozpoznania.

Tyle okólnik. Nawiązując do wezwania dotyczącego »potrzeby ścisłego badania, mikroskopowego«, wyznać należy, że pozostanie ono pustym dźwiękiem, jeśli nasze władze polityczne i autonomiczne nie wezmą inicyatywy w urządzeniu kursów specyalnych bakteryologii chorób zakaźnych dla lekarzy, piastujących posady publiczne. Sposoby badania zarazków ciągle się ulepszają: kto przed 10 laty skończył medycynę i pozostał przez ten czas w oddaleniu od ognisk nauki, temu dzisiejsze sposoby badania nie są znane i dziwić się nie należy, jeśli pierwszych przypadków zarazy nie rozpozna i nie zapobieży wcześnie rozszerzeniu się epidemii.

* W Warszawie wyszło dzieło Guenthera p. t. »Wstęp do nauki bakteryologii ze szczególnem uwzględnieniem techniki mikroskopowej — dla lekarzy i studentów«. Przełożył na język polski Dr. Żurakowski. Skład główny w księgarni Wendego. Cena 2 ruble.

* Światowy Kongres przeciwgruźliczy ma się odbyć podczas zamierzonej Wystawy powszechnej w St. Louis w r. 1904.

* Powszechnie u nas mówi się o dobrobycie lekarzy w Rosyi:

w Nr. 30 »Russkiego Wracza« (kronika) czytamy zestawienie posad wolnych, ogłoszonych przez Departament lekarski, mianowicie: 2 posad lekarzy miejskich po 25 rubli miesięcznie; 10 takichże miejsc po 16 rubli 66 kopijek miesięcznie; wreszcie 3 posady lekarzy miejskich po 8 rubli 33 kopijek miesięcznie.

Liczby przytoczone nie dadzą się pogodzić z pojęciem i wymaganiami dobrobytu. Godzi się przy tej sposobności przypomnieć twierdzenie znakomitego psychiatry kijowskiego, prof. Sikorskiego, że wysoki odsetek samobójstw lekarzy w Rosyi ma źródło właśnie w ich niedostatku i zawiedzionych nadziejach niepodległego bytu.

* Stan majątkowy lekarzy niemieckich nie jest również kwitnący: według ostatnich wykazów praktykuje w Niemczech obecnie 28,174 lekarzy, o 880 więcej, niż w roku zeszłym; 62% ogółu lekarzy niemieckich ma dochód roczny poniżej 3000 marek. Przeciętnie umiera rocznie 500, a kończy medycynę 1350.

* Pomnik prof. Pasteura został odsłonięty w Paryżu z wielką uroczystością d. 3 b. m.

* Według dzienników prof. Leube z Würzburga ma najwięcej widoków na objęcie katedry, opróżnionej przez śmierć prof. Gerhardta.

* Wydział lekarski moskiewskiego uniwersytetu ograniczył do 2% przyjęcie na medycynę kandydatów izraelickiego wyznania.

* Między 23 a 29 lipca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), horodeńskim (4 gm.), jaworowskim (2 gm.), mościskim (1 gm.), myślenickim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), skałackim (1 gm.), wadowickim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Wszystkich przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 40, w tygodniu poprzedzającym 44.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXX (20—26—VII). Ludność średnia roczna wynosi 94.057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 16, urodziło się dzieci 46, zmarło osób 60, mianowicie: z gruźlicy 18 (6 zamiejscowych), z zapalenia płuc 4, z płonicy 6 (2 zam.), z duru brzusznego 1 (zam.), z cholery dzieci 4.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Tricomi mian. został profesorem i kierownikiem kliniki chirurg. w Bolonii. Profesorami zwyczajnymi mianowani w Neapolu: Massei (laryngologia) i Cozzolino (otologia). Dyrektorem Instytutu medycyny doświadczalnej w Petersburgu mian. został prof. Winogradzki. Profesorem szczegółowej patologii i terapii w uniwersytecie odeskim mian. został prof. nadzw. Dr. Bogdanow; profesorem zaś położnictwa, ginekologii i pediatryi Dr. Massen. Prof. nadzw. fizyologii w Odesie, Dr. Miedwiediew, mianow. prof. zwyczajnym W Kopenhadze mianowani profesorami: Jacobson (choroby nerwów) i Rasch (dermatologia i choroby weneryczne).

Nekrologia. Dr. Reisz, prof. terapii w Kopenhadze, zmarł w 73 roku życia. Dr. Wacław Gilus zmarł w Otwocku d. 27 z. m. Dr. Reineboth, prof. wewnętrznej medycyny w Halli, zmarł w 35 r. życia.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 32. Fryszman: O mięsaku gruczołu krokowego. Grosglik i Weissberg: Ostre zapalenie nerwu wzrokowego, jako jeden z pierwszych objawów przymiotu wtórnego

— *Gazeta lekarska* Nr. 32. L. Nencki i Wesołowski: Zatrucia pokarmami mięsnymi. Malinowski: Pseudoparalysis luetica (maladie de Parrot). Barącz: O przepuklinach lędźwiowych i brzusznych bocznych (c. d.).

— *Postęp okulistyczny* (lipiec). F. Rymowicz: Prątek ostrego zapalenia spojówki oka (bac. Koch-Weeks) i jego stosunek do prątka grypy (bac. Pfeiffer). Majewski: Asthenopia muscularis (c. d.). Bednarski: Patologia syderozy gałki (dok.). Talko: Obfity krwotok z oka po operacyi zaćmy z dobrem zejściem. (Spostrzeżenie z praktyki).

— *Nowiny lekarskie* Nr. 8. Malherbe: Nowy sposób znieczulania ogólnego przy pomocy chlorku etylu. Zembrzuski: O szwie nerwów (dok.).

— *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* (Zeszyt II). Szleifstein: Ankylostomiasis et ankylostomum duodenale. Kijewski: O wycinaniu płuc (c. d.) Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce (c. d.). Surzycki: O środkach nasercowych na podstawie własnych i obcych doświadczeń (c. d.).

— *Krytyka lekarska* Nr. 8. Steinhaus: Czy gorączka przynosi korzyść ustrojowi gorączkującemu? W. Sterling: Kilka uwag w sprawie walki z syfilisem (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr. 14. Eichler: Przypadek odmy podskórnej u osobnika z gruźlicą płuc. Otto: Kryoskopia i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek (c. d.).

— Nr. 15. Otto: Kryoskopia i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek (c. d). Sterling: O nowych zjawiskach źrenicowych.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 32. Brejtman: O přijičných onemocněních srdce (c. d.). Zahradnický: Statistika narkos. (dok.).

— *Liečnički Viestnik* Nr. 8 Čačković: Peta stotina laparotomija na odjelu za chiruržke i ženske bolesti bolnice milosrdnich sestara u Zagrebu (dok.). Bošniaković: Zanimivi slučajevi iz moje sudbeno kemijske prakse. Tončić: Nešto o aetiologiji i prophylaxi tuberkuloze.

— *Lekarske rozhledy* Nr. 8. Paňýrek: Příspěvek k nauce o vzájemném poměru nádorů benignich a zhoubných.

— *La Presse médicale* Nr. 62. Jeanselme: Spustoszenie jakie czyni ospa w Indo-Chinach francuskich. Acquaviva: Leczenie tętniaka podkolanowego Wyłuszczenie worka.

— Nr. 63 Bureau i Fortineau: Badanie bakteryologiczne zajadów (perlèche) Clerci: Sporozory ospy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 31. Riedel: Jak często brakuje typowego stłumienia w prawym dole biodrowym przy zapaleniu wyrostka robaczkowego? Riechelmann: Statystyka raka z anatomo-patologicznego punktu widzenia. Meyer: Historya po urazie, skombinowana z organicznem schorzeniem układu nerwowego. Wulff: O martwicy tkanki tłuszczowej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 31. Axenfeld: Zapobieganie posokowatemu zakażeniu oczów, szczególnie w zranieniach zawodowych. Przyczynek do wyłuszczenia worka łzowego. Müller: Sprawozdanie o jednej rodzinie przeżuwaczów. Rieck: Leczenie ciąży zamacicznej. Bamberger: Przypadek raka szyjki macicznej, utrudniającego poród po prawidłowo kończącej się ciąży. Trommsdorff: W sprawie skuteczności kolargolu. Heubel: Etyologia wyprysku. Żupnik: Odczyn surowiczy Widala w chorobie Weila. Körner: Prawodawstwo społeczne i nauka o chorobach usznych. Klein: Przyczynek do historyi wyciągnięcia i wygniecenia główki następującej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 32 Helly: Wzajemny stosunek między budową śledziony a jej czynnością. Adrian: O uwagi godnym przypadku ogólnego rozrostu tkanki łącznej w nerwach. (Neurofibromatosis). Scheib: Sprawozdanie o sześciu przypadkach sztucznego wczesnego porodu, wywołanego zapomocą elastycznych świeczek metalowych (Metallbougie) podług Knappa Pezzoli: O oddziaływaniu wydzieliny gruczołu krokowego w przewlekłem zapaleniu tego gruczołu (Odpowiedź drowi Lohnsteinowi)

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 32. Wolff: Perlica a gruźlica ludzka. Waldvogel: Przetoka między zagięciem esowatem a pęcherzem w związku z przebiciem uchyłku jelita. Eckstein: O podskórnych i podśluzowych protezach z twardej parafiny. Treitel: Dwa przypadki oparzenia uszów.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 23 Sierpnia 1902. Nr. 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

O zachowywaniu się ciałek białych we krwi przy ropieniach w ustroju.

Podał
Dr. Maksymilian Blassberg,
lekarz oddziału.

Istota leukocytozy dotychczas nie jest znaną. Pojawienie się jej w stanie patologicznym jest zdaniem wielu badaczy wyrazem samoobrony ustroju wobec czynnika zakaźnego. Limbeck n. p. spostrzegał silną leukocytozę po wstrzykiwaniu hodowli bakteryj, zwłaszcza gronkowców. Zjawisko to starał się Miecznikow wytłómaczyć walką między krwinkami białemi a bakteryami i pożeraniem tych ostatnich przez pierwsze.

Zastanawiając się nad istotą leukocytozy, jedni badacze twierdzą, że zachodzące przy niej zwiększenie się ilości ciałek białych we krwi krążącej pochodzi ze zwiększonego napływu ich z narządów krwiotwórczych, zwłaszcza z gruczołów (Virchow); drudzy uważają ją za objaw odrodczy (regeneracyjny) leukocytów, poprzedzony ich zniszczeniem, tak zwaną leukolizą (Joas, Löwit). Römer i Buchner przypuszczali, że pod wpływem proteinów, to jest istot białkowatych, zawartych w ciałach bakteryj, powstaje we krwi bezpośrednie twórcze podrażnienie ciałek białych i zwiększenie się ich liczby drogą amitotycznego podziału. Inni (Schulz) przeczą wogóle istnieniu wzmożonej ilości leukocytów, twierdząc, że idzie tu tylko o nierównomierne rozmieszczenie się ich w naczyniach ustroju, połączone z przeważnem wypełnieniem obszarów obwodowych. Najwięcej stosunkowo zwolenników uzyskała teorya Goldscheidera i Jacoba, tłómacząca leukocytozę zapomocą chemotaksy dodatniej, a zatem przyciągania ciałek białych i wywabiania ich z narządów krwiotwórczych.

W przeważnej części ostrych chorób zakaźnych, połączonych z gorączką, stwierdzali autorowie leukocytozę. Böckmann usiłował nawet postawić zasadę, że przy zakażeniach liczba ciałek białych wzrasta wprost proporcyonalnie do gorączki, a liczba krwinek czerwonych maleje. Limbeck dzieli choroby zakaźne według ilości leukocytów na choroby przebiegające z wysiękiem (z wyjątkiem gruźlicy), którym stale towarzyszy leukocytoza i przebiegające bez wysięku, w których zwykle brak leukocytozy. Podział ten nie został ogólnie przyjęty.

Już sam fakt zupełnego braku, rzadkości, lub względnego występowania leukocytozy w pewnych chorobach, zgodnie stwierdzany naprzykład w przebiegu duru, zimnicy lub odry, nie pozwala na wyciąganie ogólnych wniosków z obecności leukocytozy w chorobach zakaźnych w ogólności.

Także w sprawie zachowywania się białych ciałek we krwi w sprawach ropnych i posoczniczych w ustroju, zdania autorów nie są równobrzmiące.

Patrigeon twierdzi, że ropieniom w ustroju towarzyszy leukocytoza, zmniejszająca się po otwarciu ropnia, a znikająca dopiero po zupełnem ustaniu ropienia. Hayem spostrzegał najwyższą leukocytozę na szczycie dojrzałości sprawy. Pée, Rieder, Halla i Pick znajdowali ją w zapaleniu gardła mieszkowem i miąższowem, oraz w ropnem zapaleniu stawów.

W przebiegu róży prawie wszyscy autorowie zgodnie spostrzegali wysoką leukocytozę.

Limbeck, aczkolwiek przyjmuje istnienie leukocytozy zapalnej, twierdzi, że w zakażeniu ropą i posoką nie występuje ona zawsze i przytacza przypadek posoczniczego zapalenia macicy, zakończonego śmiercią i potwierdzonego autopsyą, w którym przez cały czas choroby nie dostrzeżono leukocytozy. Opierając się na badaniach Czystowicza, dokonanych na królikach z pneumokokiem Fränkel-Weichselbauma, przypuszcza on, że gronkowce i paciorkowce o silnej jadowitości, dostawszy się do ustroju, mogą bez wywołania leukocytozy spowodować śmierć osobnika, i że powstawanie leukocytozy jest niejako wyrazem osłabienia ich jadu w ustroju.

W przeciwieństwie z tem pozostają zapatrywania Riedera, Jakscha, Grawitza i innych, którzy twierdzą, że sprawom posocznicznym towarzyszy zawsze znaczna leukocytoza.

Według Biernackiego wprawdzie nie towarzyszy leukocytoza każdemu ropieniu; w niektórych przypadkach jednak znajdował on znaczną liczbę ciałek białych (40—60.000 w mm.^{3}). Znaczne zwiększenie się liczebne tworów białych ma, zdaniem jego, miejsce wtedy, jeśli sprawa ropna przyjęła charakter zakaźny. Obecność leukocytozy uważa B. za cechę odróżniającą ropienie od gruźlicy prosówkowej.

Cabot przypisuje wybitne znaczenie leukocytozie w sprawach zapalnych i ropnych wogóle, a w zapaleniach wyrostka robaczkowego w szczególności.

Tuffier przyjmuje powiększenie się liczby białych ciałek krwi do 20.000 w mm.^{3} i wyżej, jako stały objaw ropienia, wykluczający rozpoznanie mięsaka. Zmniejszenie się równoczesne krwinek czerwonych i hemoglobiny przy istniejącej leukocytozie przemawia za rakiem. Leukocytoza ropna dotyczy głównie ciałek białych wielojądrzastych. Autor ten w lipcu 1901 r. opisał przypadek, w którym rozpoznanie wahało się między nowotworem a zapaleniem ropnem wyrostka robaczkowego i na podstawie badania krwi przypuszczano to ostatnie. Operacya potwierdziła rozpoznanie.

W roku 1901, na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Hamburgu, miał Curschmann w sekcyi medycyny wewnętrznej odczyt, drukowany potem w „Münchener med. Wochenschrift“, w którym przedstawia, że wzrost liczebny ciałek białych we krwi w sprawach zapalnych kiszki ślepej może stanowić nader ważny objaw rozpoznawczy, przemawiający za ropieniem. Badania szczegółowe przeprowadził

na 60 przypadkach. Zdaniem jego stała obecność wysokiej leukocytozy, a nawet jednorazowe stwierdzenie obecności 25.000 ciałek białych w 1 mm.^{3}, wystarcza do przyjęcia zapalenia wyrostka robaczkowego, jako sprawy ropnej, przy kilkakrotnem zaś stwierdzeniu takich liczb wysokich uważać należy rozpoznanie ropienia mimo braku innych objawów klinicznych, jako pewne i wówczas jest wskazanie do bezzwłocznego operowania.

Zdanie Curschmanna znalazło z kilku stron potwierdzenie. I tak Dützmann robił spostrzeżenia na materyale kliniki ginekologicznej profesora Martina z Gryfii, celem zbadania, o ile objaw Curschmanna posiada zastosowanie rozpoznawcze w ginekologii. Liczba spostrzeganych przypadków wynosiła 40, a wszystkie potwierdzały zapatrywanie Curschmanna. Czy to był wysięk, czy sprawa ropna macicy, zawsze wysokość leukocytozy wskazywała na ropienie, a operacya rozpoznanie potwierdzała. Tam, gdzie leukocytozy przed operacyą nie stwierdzono, przy operacyi okazał się brak ropy. Autor ten uważa leukocytozę za istotny objaw ropienia i przypisuje jej wybitne znaczenie rozpoznawcze w ginekologii.

Także Wassermann potwierdza zdanie Curschmanna na podstawie 47 przypadków zapaleń wyrostka robaczkowego, badanych przezeń w monachijskiej klinice chirurgicznej Angerera. Nadto twierdzi Wassermann, że wszystkie ropienia, odbywające się w jamie otrzewnowej, lub w pobliżu jamy otrzewnowej, przebiegają regularnie ze znaczną leukocytozą.

Laubenburg opisuje pięć przypadków ginekologicznych długotrwałego ropienia, w których badano krew po jednym razie wśród choroby i po wyleczeniu. W czterech stwierdził leukocytozę, która po ustąpieniu choroby znikła, w piątym przypadku ropnego zapalenia okołomacicznego przeciwnie brakowało leukocytozy wśród choroby.

Küttner (klinika v. Brunsa) zwraca uwagę na okoliczność, że leukocytoza wskazuje tylko na szybki postęp sprawy ropnej, oraz że tendencya leukocytozy do podnoszenia się lub opadania ma większe znaczenie, niż bezwzględna liczba leukocytów.

Schnitzler (Wiedeń) przyznaje wprawdzie, że w zapaleniach wyrostka robaczkowego zwiększenie się krwinek białych oznacza pewniej zwiększenie się wysięku, aniżeli ciepłota i inne fizykalne objawy, oraz że wzrost lub brak spadku leukocytozy po operacyi znamionuje zatrzymanie się ropy, lub nowy ropień. W przeciwieństwie do Curschmanna atoli wyraża on zapatrywanie, że każdy wysięk przy zapaleniu wyrostka robaczkowego oznacza ropę i zaprzecza, jakoby leczenie przypadków bez wzrastającej leukocytozy należało do zakresu medycyny wewnętrznej. Leukocytoza nie jest zdaniem jego zjawiskiem rozstrzygającem przy wskazaniach do operacyi.

Badania moje, przedsięwzięte na oddziele Wielmożnego pana Profesora Trzebickyego, dotyczyły ilościowego zachowania się leukocytów w sprawach ropnych różnych rozmiarów i ciężkości, oraz rozmaicie umiejscowionych. Były one robione codziennie zrana o jednej porze. Używałem komory do liczenia i pipetki Thoma-Zeissa i rozczynem $^1/_3$% kwasu octowego zabarwionym fioletem metylowym robiłem zwykłe rozcieńczenia krwi 1: 20, niekiedy 1: 10. Dla uniknięcia leukocytozy trawiennej nie uskuteczniałem badań po obfitszem jedzeniu. Liczba chorych, w ten sposób badanych, wynosi 52; liczba badań przeszło 350. Jako normę przyjąć należy w jednym mm.^{3} obecność 5—8000 krwinek białych.

Pozwolę sobie przytoczyć niektóre z przypadków przezemnie spostrzeganych:

W przeważnej części przypadków podskórnego ropienia powierzchownego napotykałem przed operacyą nieznaczną leukocytozę, która nazajutrz po operacyi okazywała nagły wzrost, lub nagły spadek, aby potem stopniowo, lub wśród wahań ustępować; i tak:

1. *M. B.* l. 19, służąca. Rozpoznanie: *Phlegmone colli.* Przed operacyą leukocytów 12.000, po operacyi, to jest po szerokiem nacięciu i wytamponowaniu nazajutrz:

leukocytów 13 200
w następnym dniu 13.800
„ 9.000
„ 6.600
„ 8.400
„ 9.000
„ 8.600.

Temu liczebnemu stanowi leukocytów towarzyszy prawidłowy dość szybki proces gojenia się rany.

2. *M. R.* l. 41, wyrobnica. Rozpoznanie: *Abscessus femoris sinistri.*

Przed operacyą leukocytów 11.000
nazajutrz po operacyi „ 4.000
w następnym dniu „ 7.400
„ „ „ 6.800.

3. *A. P.* l. 42, wieśniaczka. Rozpoznanie: *Abscessus abdominis superficialis.* Przed operacyą leukocytów 13.400 i 10.800. Przy nacięciu wypuszczono znaczną ilość ropy. Po operacyi leukocytów 10.800, następnego dnia 6.600.

W dniu tym przy zmianie opatrunku wydobyła się dość znaczna ilość ropy. Nazajutrz po opatrunku podniosła się liczba leukocytów do 12.400, aby równolegle z gojeniem się rany stopniowo wrócić do normy.

Leukocytów: 9.000
„ 7.600
„ 4.800
„ 8.000.

4. *F. B.* l. 32, robotnik. Rozpoznanie: *Abscessus femoris dextri.*

Przed operacyą: leukocytów 14.000
nazajutrz po operacyi „ 13.800.

5 *T. Sz.* l. 25, służący. Rozpoznanie: *Phlegmone manus dextrae.*

Przed operacyą leukocytów 15.400
Po operacyi „ 16.400
„ „ „ 9.400
„ „ „ 16.000
„ „ „ 4.900
„ „ „ 8.800.

6. *A. M.*, l. 21, krawiec. Rozpoznanie: *Phlegmone manus sinist. e corpore alieno.* Przed operacyą. leukocytów 18.000, ciepłota 41·5° C.

7. *M. G.* l. 26, dorożkarz. Od trzech tygodni bolesność w cewce przy oddawaniu moczu i bolesność w międzykroczu naokoło cewki. wraz z zaczerwienieniem i bolesnym obrzękiem. Chory zresztą zdrów. Rozpoznanie: *Periurethritis acuta.* Leukocytów 14.000.

Mimo braku wybitnego chełbotania zwiększona ilość krwinek białych każe domyślać się obecności ropy. Operacya wykazuje ropę.

Nazajutrz spada liczba leukocytów do 5.600
leukocytów 10.400
„ 8.400
„ 9.300.

8. *W. P.* l. 46. wieśniak. Rozpoznanie: *Abscessus cubiti.* Przed operacyą leukocytów 10.000.

9. *W. K.* l. 16, służąca. Rozległe nacieki ropne na lewem udzie i podudziu, oraz na stopie prawej. Rozpoznanie: *Pyaemia.* Przed operacyą leukocytów 36.000, ciepłota 39 2. Nacięcie wielokrotnych ognisk.

W dwa dni po operacyi	leukoc. 24.400,	ciepłota 37·6.	
w trzy tygodnie „	„ 16.000	„ 37.	
W sześć tygodni „	„ 9.000		Chora już nie gorączkuje.
w „ „ „	„ 9.200		
w „ „ „	„ 6.100		

10. *H. K.* l. 35, wyrobnica. Rozpoznanie: *Phlegmone femoris e corpore alieno.* Przed operacyą brak leukocytozy, mimo że sprawa jest ostrą i ropną: leukocytów 6.400.

Następne przypadki potwierdzają zdanie, że sprawom zapalnym i ropnym okostnej i kości towarzyszy leukocytoza bez względu na nasilenie.

11. *T. K.* l. 12. Przed trzema tygodniami uderzył się w podudzie prawe, i od tego czasu wystąpił ból i obrzęk podudzia. Rozpoznanie: *Periostitis cruris dextri.*

Przed operacyą leukocytów 16.000
w 3 dni po operacyi „ 20.000
w 2 tygodnie „ „ 6.200, przyczem gojenie szybko postępuje.

12. *J. M.*, l. 23, szewc. Rozpoznanie: *Caries costarum.* Przed operacyą leukocytów 10.400.

13. *M. Sz.* l. 27, wyrobnica. Od tygodnia ból i obrzęk prawej połowy twarzy. Zaczerwienienie i trudność otwierania ust. Rozpoznanie: *Periostitis maxillae inferioris.*

Przed operacyą leukocytów 14.400, ciepłota 37·5° C
nazajutrz po nacięciu „ 15.800 „ 38°.
następnego dnia „ 11.800
„ „ „ 10.200
„ „ „ 14.400.

Chora nie gorączkuje, kość pokrywa się ziarniną, ropy mało.

14. *A. W.* l. 48, rolnik. Od czterech tygodni, po wyrwaniu zęba, duży obrzęk szczęki dolnej, bolesny, z zaczerwienioną skórą. Z jamy ustnej wydobywa się brudno-żółta ciecz ropna. Rozpoznanie: *Periostitis maxillae inferioris.* Przed operacyą leukocytów 10.500.

Przy operacyi wydobyto odstoinę kostną.

Nazajntrz po operacyi leukocytów 17.400
następnego dnia „ 9.200
„ „ „ 5.600.

15. *Fr. B.* l 40, wieśniak. Rozpoznanie: *Periostitis maxillae inferioris.* Przed operacyą leukocytów 5.400
„ „ „ 12 000
Po operacyi „ 7 400
„ „ „ 9.200
„ „ „ 5.400

W zapaleniach sutka również często spostrzedz można nieznaczny stopień leukocytozy. I tak:

16. *M. K.* l. 18, wyrobnica. Rozpoznanie: *Mastitis acuta.*

Przed operacyą leukocytów 10.600
Po operacyi „ 13.200
„ „ „ 10.000
„ „ „ 11.200
„ „ „ 4.600
„ „ „ 5.600
„ „ « 7.600.

Nie gorączkuje, ropy mało, wychodzi na własne żądanie.

17. *M. P.*, l. 35, wyrobnica. Rozpoznanie: *Mastitis acuta.*

Po operacyi leukocytów 16.000
„ „ „ 10.000.

18. *A. K.*, l. 26, służąca. Rozpoznanie: *Mastitis acuta dextra* Przed operacyą leukocytów 10.000. Operacya wykazuje obecność ropy Chora pozostaje nadal w leczeniu domowem.

19. *R. S.*, l. 56, wyrobnica. Od 5 miesięcy ból i obrzęk prawego sutka. Poniżej brodawki gaz wielkości kurzego jaja, ponad którym jest przetoka, wydzielająca skąpą ilość ropy. Rozpoznanie: *Mastitis chronica dextra.* Przed operacyą leukocytów 10.800. Odjęto sutek i ranę zaszyto. Po operacyi leukocytów 13.400
„ „ „ 8.600
„ „ „ 11.800.

Chora nie gorączkuje i niema bólów. Przy opatrunku okazuje się ropienie w dwóch szwach, które wyjęto.

Nazajutrz leukocytów 8.000
po 3 dniach „ 9 600.

W przeciwieństwie do powyższych przytaczam jeden przypadek ropnego ostrego zapalenia sutka zupełnie bez leukocytozy.

20. *M. N.*, l. 25, wyrobnica. Rozpoznanie: *Mastitis dextra.*

Przed operacyą leukocytów 6.200
nazajutrz po operacyi „ 5.800.

Chora z powodu psychozy została przeniesioną na oddział dla chorych umysłowo.

Przy gojeniu się *per secundam intentionem* nie zawsze wydzielaniu się ropy towarzyszy wzmożenie się ciałek białych.

21. *A. D.*, l. 42, wyrobnica. Rozpoznanie: *Carcinoma mammae dextrae.* Odjęcie sutka i zeszycie brzegów rany.

Chora gorączkuje z typem zwalniającym 37·2—38·0.

1 eLiczba ukócytów 6.400.

Brak leukocytozy mimo gojenia się *per secundam* i dość obfitego wydzielania się ropy.

22. W. O., l. 32, robotnik kolejowy. Rozpoznanie: *Fractura complicata cruris dextri.* Mimo tego, że chory gorączkuje dość wysoko (38°—39° 4° C.) i z rany skórnej wydziela się obficie ropa, we krwi brak leukocytozy.

Leukocytów 8.000
„ 3.800
„ 4.200
„ 6.200.

23. *F. B.*, l. 35. robotnik. Rozpoznanie: *Abscessus frigidus in regione lumbali dextra.*

Leukocytów 7.600
„ 6.200.

Przypadek ten odpowiada zgodnym twierdzeniom autorów, że przy ropniach zimnych i sprawach gruźliczych mimo obfitości ropy w danem ognisku, nie pojawia się leukocytoza we krwi.

24 *L. H.*, l. 42, kupiec. Rozpoznanie: *Fistula ani post proctitidem.* Mała przetoczka, wydzielająca nieco ropy, nie wywołuje leukocytozy.

Przed operacyą leukocytów 4.900.

Przy ropieniach, toczących się w pobliżu jamy otrzewnowej, częstokroć znajdowałem znaczną leukocytozę. Tak naprzykład przytaczam kilka spostrzeżeń przy zapaleniu mięśnia lędźwiowego.

25. *R. G.*, l. 13. Rozpoznanie: *Psoitis dextra.* Liczba leukocytów: 27.800. Chora nie zgadza się na wstąpienie do szpitala i operacyę.

26. *J. B.*, l. 20, służący. Rozpoznanie: *Psoitis sinistra.* Przed operacyą leukocytów: 22,600, ciepłota 37.8. Operacya wykazuje bardzo znaczną ilość ropy. Nazajutrz po operacyi 27.800. Ciepłota 38·1.

Dalsze badanie wykazuje następujący przebieg codziennego stanu:

Leukocytów	ciepłota	
14.600	36 7	Gorączka przepuszczająca z wieczornemi wzniesieniami do 38—38 5°.
„ 8.800	„ 36·7	
„ 13.600	„ 36·3	
„ 11.400	„ 36·7	
„ 12.200	„ 36 9	
„ 8·600	„ 36·5	

Następującemu teraz wzmożeniu się liczby krwinek białych towarzyszy równoczesne znaczne wzmożenie się ilości ropy, która mimo codziennego opatrunku całymi strumieniami wydziela się z rany. Także bolesność jest większa i stan ogólny gorszy. Tak więc jest w tym przypadku leukocytoza czułą wskazówką toczącego się procesu.

Leukocytów	ciepłota	
18,000	36·4	Wieczorne podniesienia ciepłoty.
„ 13.800	„ 37·1	
„ 23.000	„ 36·3	
„ 26.000	„ 36·4	
„ 15.600	„ 36·2	
„ 25.400	„ 36·6	
„ 11.000	„ 37·6	
„ 14.800	„ 36·9	
„ 19.200	„ 36·6	
„ 21.000	„ 36 1	
„ 24.000	„ 36·7	
„ 30.000	„ 36·6	
„ 24.800	„ 36.6	
„ 16.200	„ 36·9	

Odtąd zaczyna się skąpsza wydzielina ropy i lepszy stan ogólny.

Leukocytów	ciepłota
14.800	36 3
„ 26.400	„ 36 7
„ 18.400	„ 36 5
„ 13.800	„ 36·6
„ 13.400	„ 36·6
„ 16.000	„ 37·1
„ 10.800	„ 36 7
„ 12 200	„ 36.3
„ 10.600	„ 36·1
„ 13.900	„ 35 5
„ 11.800	„ 36 7
„ 13.600	„ 36·7
„ 40.400	„ 36 3.

Z tem nagłem chwilowem podniesieniem się leukocytozy idzie w parze zatrzymanie się ropy i obfitszy jej wypływ przy opatrunku.

Leukocytozów 16.300, ciepłota 36 7°
„ 24 300 „ 37·2°
„ 26 200 „ 36·6°.

opatrunki nie są już nadal codziennie zmieniane i chory od czasu do czasu skarży się na dolegliwości.

W powyższym przypadku liczba leukocytów codziennie badana okazuje dość znaczne wahania dzienne. Ciepłota nie idzie w parze z leukocytozą. Leukocytoza zwiększa się wraz z obfitszem wydzielaniem się ropy.

27. *Z. S.*, l. 30, żona rolnika. Rozpoznanie: *Psoitis sinistra.* Przed operacyą leukocytów 19.400, ciepłota 37° C. W uśpieniu mięszanką Billrotha zrobiono szerokie cięcie na dwa palce ponad więzadłem Pouparta. Ropy wypłynęło bardzo wiele. Założono dreny i sączki z gazy jodoformowej.

Nazajutrz po operacyi leukocytów 25.400, ciepłota 37 4
„ 20.600 „ 37
„ 13.400 „ 37
„ 14.400 „ 37·2
„ 15.400 „ 37
„ 8.600 „ 37
„ 13.200 „ 37·7
„ 9.400 „ 37,6
„ 9.600 „ 36·6
„ 7·400 „ 37
„ 8.400 „ 37
„ 11.400 „ 37
„ 11.600 „ 37·6
„ 8.000 „ 37·1
„ 5.400 „ 37
„ 9.000 „ 37 6
„ 7.800 „ 37
„ 8.200 „ —
„ 15.200 „ —
„ 12.000 „ —
„ 11·400 „ 37°
„ 12.400 „ 37
„ 11.800 „ 36 6
„ 4.800 „ 36·6
„ 5.200 „ 37
„ 8.400 „ 36 6
„ 8.600 „ 36 6.

Stan ogólny znacznie lepszy. Pierwotna bladość cery zupełnie ustąpiła, rysy twarzy wypełniły się. Chora siada na łóżku. Ropienie nieznaczne, a tylko przykurczenie utrzymuje się.

W tym przypadku dostrzegamy z jednej strony niestosunek między ciepłotą ciała a liczbą leukocytów, a nadto wahania, niekiedy dość znaczne, liczby ciałek białych, dla którego przyczyny dopatrzeć nie było można. Być może, że był to wpływ zmiany opatrunków. Leukocytoza nie dochodziła tu przeważnie do takiej wysokości, jak w przypadku 25-tym i 26-tym.

W przeciwieństwie do powyższych przypadków pozostaje następujący.

28, *K. B.*, l. 17, służąca. Osoba licho zbudowana, o nędznem odżywieniu. Po stronie lewej ponad więzem Pouparta guz rozlany. Rozpoznanie: *Psoitis sinistra.*

Przed operacyą leukocytów 5.200, ciepłota 38°
5.000 „ 37·6°
5.200 „ 37·8.

Mimo braku leukocytozy rozpoznanie uczynione przed operacyą zdaje się nie ulegać wątpliwości. Nakłócie próbne przed operacyą potwierdziło rozpoznanie. Cięcie szerokie ponad więzem Pouparta wykazuje bardzo znaczną ilość ropy. Dopiero po operacyi liczba leukocytów nieznacznie się tylko podnosi, i to nie przekraczając normy, albo przekraczając ją w niezbyt wysokim stopniu. I tak:

nazajutrz po operacyi leukocytów 7.000, ciepłota 37 9
„ 8.200 „ 37
„ 6.600 „ 37·4
leukocytów 7.800 „ 37·3
„ 12.400 „ 38
„ 7.800 „ 37·4
„ 5 800 „ 37
„ 8.800 „ 37·6
„ 11.200 „ 37·3
„ 9.600 „ 37
„ 10 600 „ 37
„ 7.600 „ 37·6
„ 8.400 „ 36·6
„ 12.800 „ 36·4
„ 10.200 „ 37
„ 16.800 „ 37
„ 14.200 „ 37
„ 8.600 „ 37
„ 13.400 „ 37
„ 9.400 „ 37
„ 7.600 „ 36.7
„ 6.200 „ 36.7
„ 4.700 „ 36 6
„ 7.800 „ 37
„ 7 000 „ 37
„ 14.400 „ 36·6, bez zatrzymania się ropy

leukocytów 7.800, ciepłota 36 6
„ 7.300 „ 36·7
„ 8.700 „ 37.3
„ 6.300 „ 37
„ 7.200 „ 37.

Gojenie postępuje powoli.

Jakkolwiek u chorej tej od początku widzimy stan charłaczy, utrzymujący się ciągle, to jednak nie można przypuszczać, że nędzny stan ogólny nie pozwolił oddziaływać ustrojowi leukocytozą na sprawę chorobową, gdyż wszystkie powyżej przytoczone przypadki zapalenia mięśnia lędźwiowego, zwłaszcza 25-ty ze znaczną leukocytozą, odznaczały się stanem ogólnym nad wyraz nędznym. Jest on ważny z tego powodu, że jest wprost wyjątkiem od reguły pojawiania się leukocytozy, jako towarzyszki spraw ropnych w sąsiedztwie otrzewnej, a wskazujący raczej na to, że leukocytoza jest swoistym odczynem, zapomocą którego większość osobników, atoli nie wszystkie, oddziaływują na ropienie. Przypadek ten nasuwa także wniosek, że znaczenie pomocnicze badania krwi nie jest bezwzględnem, że ropienie może być zarówno rozpoznanem, jak i operacya przedsięwziętą, mimo braku leukocytozy.

Że przepuklinom uwięzłym, jako połączonym z podrażnieniem otrzewnej, towarzyszyć może leukocytoza, ilustruje następujący przypadek:

29. *M. K.*, l. 38, rzeźnik. Przed 4 dniami kopnięty został przez konia w dolną część podbrzusza. Przedtem cierpiał na przepuklinę. Od czasu kopnięcia wystąpiły bóle w miejscu urazu, nudności, wymioty. Brak stolca. Rozpoznanie: *Hernia scrotalis incarcerata dextra.* Przed operacyą leukocytów 13.400.

Treścią przepukliny było jelito ślepe z nader długim wyrostkiem robaczkowatym, który odcięto.

Nazajutrz po operacyi leukocytów 15·400
„ 13.800
„ 4.000
„ 11.000
„ 11.600
„ 8.200.

Polepszenie postępuje. Chory opuszcza szpital na własne żądanie.

Taksamo bywa leukocytoza objawem towarzyszącym przy zapaleniu przynerkowem *(paranephritis).*

30. *A. S.*, l. 28, malarz. Od 6 tygodni ograniczony ból w lewej okolicy lędźwiowej. Równocześnie wystąpiła gorączka i dreszcze, oraz

trętwienie i bóle w dolnej kończynie lewej i niemożność jej używania. Obecnie skóra w okolicy lędźwiowej lewej zaczerwieniona i bolesna na dotyk. Rozpoznanie: *Paranephritis sinistra.*

Przed operacyą leukocytów 17.000
„ 14.200
„ 14.700
„ 13.600
„ 8.700
„ 9.400
„ 8.600
„ 9.200.

Równocześnie z tym stopniowym spadkiem liczby krwinek białych, sprawa przestała posuwać się w głąb tkanek, natomiast skóra w miejscu schorzałem wypukliła się, dając wybitne chełbotanie. Przy nacięciu wypuszczono około 500 ctm.³ ropy.

Nazajutrz po operacyi leukocytów 6.400
„ 4.400
„ 3.800.

Gojenie szybko postępuje.

31. *K. L.*, l. 31, służąca. Rozpoznanie: *Paranephritis sinistra.*

Przed operacyą leukocytów 24.600
„ 11.200
„ 13.000, ciepłota 37° C.
„ 16.000 „ 37·8° C.

Operacya wykazuje znaczną ilość bardzo cuchnącej ropy.

Nazajutrz po operacyi leukocytów 16.400, ciepł. 37·7
„ 7.000 „ 37·7
„ 15.800 „ 37·6 Wieczorne
„ 6.400 „ 37·4 podniesienie
„ 7.000 „ 37 ciepłoty.
„ 11.400 „ 37
„ 18.800 „ 37
„ 8.200 „ 37·3
„ 7.000 „ 37
„ 4.800 „ 37·2
„ 11.000 „ 37. Chora skarży się na dolegliwości i prosi o zmianę opatrunku.

Leukocytów 6.800, ciepłota 37°
„ 6.200 „ 37·6
„ 10.200 „ 38
„ 8.200 „ 38·2
„ 9.200 „ 38·4
„ 11.600 „ 37·8.

Zarówno skłonność do podnoszenia się liczby krwinek białych, jakoteż gorączka i dolegliwości chorej wskazują na zatrzymanie ropy. Ranę rozszerzono i założono głębokie sączki. Odtąd przebiega gojenie prawidłowo.

Leukocytów 7.200, ciepłota 37°
„ 6.400 „ 37°
„ 5.600 „ 36·7
„ 7.700 „ 37·4
„ 5.700 „ 37.

32. *K. P.*, l. 30, służąca. Chora od czterech dni, skarży się na zaparcie stolca i wiatrów, robi wrażenie osoby ciężko schorzałej. Ciepłota 38·7° C., tętno 120. Brzuch lekko wzdęty, zwłaszcza po stronie prawej, gdzie też wyczuć można opór nieco twardszy i bolesny. Po lewatywie następuje oddanie stolca i wiatrów; chora czuje znaczną ulgę, jednak bolesność w brzuchu i stan gorączkowy utrzymują się. Rozpoznanie: *Perimetritis acuta.*

Liczba leukocytów 15.400
„ 11.400
„ 8.600.

Chora dostaje dreszczów.
Liczba leukocytów 13.800.
W obu płucach występuje zapalenie.
Leukocytów 14.800. Tegoż dnia w nocy zejście śmiertelne.

Przy zapaleniach kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego w jednym tylko przypadku przezemnie spostrzeganym, liczba leukocytów odpowiadała wysokości, będącej zdaniem Curschmanna wskazaniem do operacyi.

33. *S. B.*, l. 52, kupiec. Przed 6 tygodniami miał napad budzący podejrzenie zapalenia wyrostka robaczkowego. Przez ten czas stan był podgorączkowy, lub mała gorączka, osłabienie, czasem bolesność w okolicy jelita ślepego. Obecnie stwierdzić się daje guz zbity i rozpoznanie waha się między zapaleniem kiszki ślepej, a nowotworem w jamie brzusznej.

Liczba leukocytów przed operacyą 24.600
Tegoż dnia w 6 godzin po operacyi 16.600, ciepłota 36·9
Nazajutrz zrana leukocytów 24.000 „ 36·8
„ 21.000 „ 36·9
„ 9.700 „ 37·8 opatrunek
„ 13,100 „ 36·8
„ 12.300 „ 36·2.

Przebieg pooperacyjny prawidłowy.

Następujący obecnie przypadek zgodny jest z zapatrywaniem Curschmanna, że w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego chwilowemu pogorszeniu się sprawy zapalnej może towarzyszyć czasowe podniesienie się krwinek białych, które ustępuje, jeżeli sprawa nie przybiera wybitnego charakteru ropnego.

J. S., l. 39, kucharka. Chora od tygodnia, stan podgorączkowy, lub gorączka nizka; tętno waha się między 96 a 100; chora skarży się na bóle w okolicy kiszki ślepej, osłabienie i wymioty. Język suchy, brzuch lekko wzdęty, po stronie prawej w okolicy jelita ślepego guz wyraźnie macalny, silnie bolesny. Rozpoznanie: *Appendicitis.*

Przed operacyą stan leukocytów 11.000, ciepłota 37
„ 15.600 „ 37
„ 24.200 „ 36·7
„ 18.000 „ 36·9
„ 8.200 „ 37·3
„ 8.800 „ 37
„ 7.800 „ 37
„ 7.000 „ 36.7
„ 7.800 „ 36.3
„ 3.600 „ 36·8
„ 5.600 „ 36·7
„ 6.400 „ 37
„ 8.500 „ 36.5
„ 4.000 „ 36.5.

W tym czasie objawy ustąpiły, a ponieważ chora kilkakrotnie już przedtem przebyła napady pogorszenia się sprawy, przeto przystąpiono do operacyi. W uśpieniu mięszanką Billrotha poprowadzono cięcie skośne, a po przecięciu otrzewnej znaleziono liczne zrosty i wyrostek robaczkowy krótki i zgrubiały, a naokoło niego bardzo mała ilość cieczy żółtawej, ropiastej. Wykonano operacyę doszczętną.

Po operacyi leukocytów 8.600
„ 7.600 Stan bezgorączkowy.
„ 3.400
„ 6.600

Gojenie postępuje prawidłowo.

35. *A. G.*, l. 65. Chory cierpi od kilku miesięcy. Lekarz domowy przysłał go z rozpoznaniem *Ileus e typhlitide et perityphlitide.* Badanie przedmiotowe wykazuje objawy niedrożności jelit, brzuch znacznie wzdęty, ruch robaczkowy jelit wyraźnie zaznaczony.

Przed operacyą leukocytów 5.100.

Mała ilość leukocytów nasuwa pewne wątpliwości co do rozpoznania sprawy zapalnej. Operacya wykazuje niedrożność jelit, wywołaną przez bliznowate zwężenie jelita esowatego. Jelito ślepe i wyrostek robaczkowaty bez zmian. Zrobiono enteroanastomozę.

Tego samego dnia w pięć godzin po operacyi:

Leukocytów 3.700, ciepłota 35, puls 120
nazajutrz „ 14.800 „ 37·8, puls prawie nie wyczuwalny.

Tegoż dnia popołudniu nastąpił zgon.

W powyższym przypadku widzimy niewątpliwie, że w pewnych razach badanie krwi na ciałka białe posiada doniosłe znaczenie rozpoznawcze, zwłaszcza gdy chodzi o odróżnienie sprawy zapalno-ropnej w jelicie ślepem od mechanicznej przeszkody w dolnych częściach przewodu pokarmowego.

Większość przypadków zapalenia kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego, spostrzeganych przezemnie, dowodzi, że leukocytoza nie jest bezwzględnem wskazaniem do operacyi i że przy obecności innych objawów ropienia należy bezzwłocznie przystąpić do operacyi bez względu na ilość krwinek białych. Tylko przy braku innych objawów leukocytoza mogłaby być wskazaniem do operacyi.

36. *J. B.*, l. 22, wyrobnik. Przed trzema tygodniami uczuł nagły ból w okolicy kiszki ślepej, trwający do chwili obecnej Stolec zaparty, wiatrów brak. Ciepłota 38·4. Tętno 88. Brzuch zapadły; w okolicy kiszki ślepej przytłumienie i guz bolesny, sięgający aż do pępka. Chełbotania wyczuć nie można.

Przed operacyą leukocytów	18.600
„	9 600
„	11.000
„	14.400
„	16.000
„	10.800
„	11.600.

Wśród tego nastąpiło ogólne pogorszenie się objawów. Bolesność oraz rozmiary guza zwiększają się. Leukocytów 19.200

„	16.200
„	23.200
„	9.400
„	22 600.

Potęgowanie się objawów groźnych nie pozwalało dalej zwlekać z operacyą. W uśpieniu mięszanką Billrotha wykonano nacięcie powłok cięciem równoległem do więzu Pouparta, poczem wytrysnęła znaczna ilość ropy.

Nazajutrz po operacyi leukocytów 14 000, ciepłota 36 9° C.
„ 7.600 „ 37.3.

Równocześnie występuje znaczna euforya i poprawa silnie dotąd podupadłego łaknienia.

Leukocytów		ciepłota
	12 000	37·1
„	13.200	„ 37
„	12.600	„ 37·4
„	8.800	„ 37
„	12.400	„ 37 3
„	7.400	„ 37 3
„	14.800	„ 37
„	9.400	„ 37·3
„	9.900	„ 36·7
„	8.100	„ 36·7
„	9.800	„ 36·7
„	14.200	„ 37·4
„	12.800	„ 37·5
„	13.300	„ 37
„	11.800	„ 37
„	8.600	„ 36·9.

Podniesieniu się leukocytozy towarzyszyło zwykle wzmożone wydzielanie się ropy.

37. *M. K.*, l. 35, wyrobnica. Rozpoznanie: *Appendicitis.* Zgłosiła się do kliniki wewnętrznej, zkąd przekazaną została natychmiast na oddział chirurgiczny do operacyi.

Liczba leukocytów (na klinice 15.200.
„ przed operacyą 18.600, ciepłota 38·7°, tętno drobne 108.

Przy operacyi wydobyto znaczną ilość ropy.

Nazajutrz leukocytów		ciepłota
	14.200	37·6
„	12.000	„ 37 2
„	5.200	„ 38·1
„	14.600	„ 36·8
„	9 000	„ 37·4
„	8.600	„ 37
„	5.300	„ 37·3
„	4.800	„ 37.

Gojenie prawidłowe.

38. *F. T.*, l. 21. Podaje, że jest chorą od trzech dni; na zlecenie lekarza zostaje natychmiast przewiezioną na oddział chirurgiczny. Ogólne wejrzenie osoby ciężko chorej. Ciepłota 40°, tętno 140. Język suchy. Chora otyła. Brzuch w całości silnie wzdęty i bolesny, zwłaszcza po stronie prawej w okolicy jelita ślepego. Tamże wyczuć można opór. Rozpoznanie: *Appendicitis subsequente peritonitide diffusa perforativa.* Przed operacyą leukocytów 18.600, ciepłota 40°. Operacyę przedsięwzięto natychmiast. Po przecięciu powłok i otrzewnej trysła dość obficie ciecz ropna, cuchnąca, brudno-żółtawa. Wyrostek robaczkowy w całości zgrubiały, zgorzelinowy, z otworkiem wielkości główki od szpilki w odległości jednej trzeciej od nasady; wyrostek odcięto. Tamponada workami Mikulicza.

Nazajutrz po operacyi leukocytów 8 800, ciepłota 37·6, tętno 120.
„ 22.500 „ 37.

Chora wśród wzrastającego osłabienia serca umarła.
Od sekcyi na prośbę rodziny uwolniono

W następującym obecnie przypadku prawie zupełny był brak wybitniejszej leukocytozy mimo obecności dość znacznej ilości ropy.

39. *M. P.*, l. 46, wyrobnica. Rozpoznanie: *Appendicitis.*

Przed operacyą leukocytów	7.000,	ciepłota	37·4
Nazajutrz po operacyi „	9.600	„	37
„	10.800	„	36 8
„	4.600	„	37
„	5.800	„	37
„	10 600	Stan bezgorączkowy.	
„	11 400		
„	11.800		
„	5.600		
„	5 000		

Chora przez cały czas gojenia ma się zupełnie dobrze Przypadek znowu stanowi wyjątek, wskazujący, że leukocytozy może nawet zupełnie brakować mimo obecności innych objawów przy ropieniu

40 *M. B.*, l 39, kupiec. Rozpoznanie: *Appendicitis suppurativa.*
Przed operacyą leukocytów 9.600, ciepłota 38·1. Operacya wykazuje dość znaczną ilość ropy.

Nazajutrz po operacyi leukocytów	11.000,	ciepłota 37 1,	puls 82
„	7.600	„ 37·5	
„	9.400	Stan bezgorączkowy.	
„	7.400		
„	5.600		
„	8.400		
„	8.000		
„	6.600		
„	7.400		
„	4.600		

Przez cały czas po operacyi ogólna euforia.

Streszczając wyniki moich badań i zestawiając je z tem, co za doniosłością leukocytozy przy ropieniach w ustroju, oraz przeciw niej twierdzono, sądzę, że jestem uprawniony do następujących wniosków:

1) Leukocytoza towarzyszy zwykle ropieniom w ustroju. Przy ropieniach obwodowych (ropówka, ropnie i t. d.) bywa ona nieznaczną; ropieniom zaś, toczącym się w jamie otrzewnowej, lub w jej pobliżu (*appendicitis, psoitis, paranephritis* i t. d.) towarzyszy silniejsza. Wypuszczenie ropy pociąga za sobą jeszcze chwilowe wzmożenie się jej po operacyi, a potem liczba leukocytów stopniowo wśród wahań się zmniejsza, albo też od chwili otwarcia ropnia leukocytoza stale maleje Liczba ciałek białych zwiększa się, jak długo sprawa ropna okazuje skłonność do szerzenia się, zmniejsza się zaś wraz z ustaniem lub zlokalizowaniem się ropnia. Zmniejszanie się lub zwiększanie liczby ciałek białych nie idzie w parze ze stanem gorączkowym, lecz raczej z posuwaniem się ropienia w głąb tkanek ustroju, lub z ilością wytworzonej ropy. Analogicznie do tego zgodnie stwierdzają autorowie, że tak zwane przełomy rzekome (pseudokryzy) ze spadkiem gorączki w zapaleniach płuc nie wywołują zmniejszania się liczby leukocytów i że przed śmiercią li-

czba leukocytów mimo spadku ciepłoty ciała znacznie się podnosi. F. Percival Mackie stwierdza, że również w płonicy leukocytoza jest w związku nietyle z ciepłotą, ile ze stopniem zajęcia gardła i natężeniem wysypki.

2) Leukocytoza bywa niejednokrotnie przy stałej obserwacyi czułym wyrazem zmian w ustroju, na które stan ciepłoty i inne objawy fizykalne niezawsze i nie tak wcześnie wskazują, jak np. zmiana ilości wydzieliny z rany pooperacyjnej, zatrzymanie się ropy; tworzenie się nowego ropnia, względnie przerzutu; powikłania, jak np. zapalenie płuc, lub róża itp. Przytem należy bardziej zwracać uwagę na stałą skłonność leukocytozy do podnoszenia się lub obniżania, niż na bezwzględną ilość krwinek białych. Dalej może ona mieć znaczenie rozpoznawcze przy różniczkowaniu spraw ropnych wogóle, w szczególności w jelicie ślepem i odróżnianiu ich od mechanicznych przeszkód w dolnych częściach jelita, przy odróżnianiu spraw zapalnych kiszki ślepej od zmian durowych, przebiegających bez leukocytozy.

3) Objaw ten musiałby być bezwzględnie stałym, aby mieć znaczenie rozpoznawcze zupełnie pewne i być pewnem wskazaniem do operacyi. Tymczasem z jednej strony dają się spostrzegać wyjątki od reguły, gdzie zupełnie brak leukocytozy, lub jest niestosunkowo nizka w przypadkach niewątpliwego, niekiedy obfitego ropienia, potwierdzonego przez operacyę, z drugiej strony tam, gdzie się pojawia, podlega ona takim wahaniom z dnia na dzień, że na podstawie jednorazowego lub niewielu obliczeń, nie należy wyciągać wniosków. Tylko stałe codzienne badanie uprawnia do tego. Wyjątek stanowiłaby liczba wysoka ponad 25.000 leukocytów, która choćby tylko kilka razy stwierdzona przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, po wykluczeniu innych przyczyn, jest bezwzględnem wskazaniem do operacyi (objaw Curschmanna). Jakkolwiek znaczna leukocytoza może być wskazaniem do rękoczynu chirurgicznego, to jednak nieznaczny jej stopień lub całkowity brak, przy innych wybitnych objawach ropienia, nie stanowi przeciwwskazania do operacyi lub wskazania do czekania. Powiększenie się krwinek białych jest tylko objawem pomocniczym przy rozpoznaniu, rokowaniu i przy wskazaniach operacyjnych, stojącym na równi z innymi objawami, którymi nauka dotąd rozporządza.

4) Na podstawie dotychczasowych naszych wiadomości o leukocytozie zapalnej w ogólności, a leukocytozie towarzyszącej sprawom ropnym i septycznym w szczególności, należy uważać ją jako wyraz pewnego swoistego odczynu większości ustrojów na dany rodzaj zakażenia. Jeśli odczynu tego brakuje, to dzieje się to bądź z powodu niedostatecznej siły jadu, wobec którego ustrój wychodzi obronną ręką nawet bez użycia leukocytozy, bądź też, jak twierdzi Limbeck, z powodu nader silnego zakażenia, które w pewnych przypadkach, nie dopuściwszy do wytworzenia się leukocytozy, wprzód zabija ustrój.

Na zakończenie niech mi będzie wolno wyrazić serdeczne podziękowanie czcigodnemu szefowi mojemu, Profesorowi Drowi Trzebickyemu, za zachętę do niniejszej pracy i odstąpienie mi materyału oddziałowego, oraz za nader życzliwą wielostronną pomoc, której mi użyczał przy tej pracy.

Literatura: E. Biernacki: Haematologische Diagnostik in der practischen Medizin (Volkmanns Sammlung klin. Vorträge 1901, Nr. 306). 2) Curschmann: Zur diagnostischen Beurtheilung der vom Blinddarm und Wurmfortsatz ausgehenden entzündlichen Processe (Münchener med. Wochenschrift 1901, Nr. 48 und 49). 3) M. Dutzmann: Das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei eiterigen Processen im Genitalapparat der Frau — ein diagnostisches Hilfsmittel in der Gynäkologie (Centralblatt f. Gynäkologie 1902, Nr. 14). C. J. Engel: Leitfaden zur klinischen Untersuchung des Blutes. Berlin, 1898. 5) Grawitz: Die Methoden und Bedeutung der Blutuntersuchungen für die Praxis. Die Heilkunde 1897. 6) R. Jaksch: Klinische Diagnostik mittels bakteriologischer, chemischer und mikroskopischer Untersuchungen. Wien-Leipzig, 1886. 7). W. Jeż: Twory białe we krwi w przebiegu chorób gorączkowych (Zbiór prac z kliniki Prof. Korczyńskiego. Zeszyt XVIII. R 1896). 8) L Krehl: Grundriss der allgemeinen klinischen Pathologie. Leipzig, 1893. 9) Küttner: Diagnostische Blutuntersuchungen bei chirurgischer Eiterung. (Verhandlungen des XXI. Congresses der deutschen Gesellschaft für Chirurgie). 10) K. E. Laubenburg: Ueber Wesen und Bedeutung der veränderten Blutbeschaffenheit bei eiterigen Prozessen im Genitalapparat der Frau (Centralblatt für Gynäkologie 1902, Nr. 22.) 11) H. Lenhartz: Microscopie und Chemie am Krankenbette. Berlin, 1900. 12) R. v. Limbeck: Grundriss einer klinischen Pathologie des Blutes. Jena, 1896. 13) F. P. Mackie: Zachowanie się krwi w płonicy („The Lancet" 24-go sierpnia. 1901 r. Referat St. Rudzkiego w Przeglądzie lekarskim 1901, Nr. 50). 14) H. Rieder. Beiträge zur Kenntniss des Leucocytose. Leipzig 1892. F. C. W. Vogel. 15) J. Schnitzler: Über die Verwerthung der microscopischen Blutuntersuchung zur Diagnostik und Indicationsstellung bei intraabdominellen Eiterungen. (Wiener klin. Rundschau 1912. Nr. 10, 11). 16) Tuffier: L'hémodiagnostic de l'appendicite. La semaine médicale 1901 Nr. 27). 17) M. Wassermann: Über das Verhalten der weissen Blutkörperchen bei einigen chirurgischen Erkrankungen, insbesondere bei Appendicitis (Münch. med. Wochens. 1902 Nr. 17, 18)

II. **Z zakładów: anatomii patologicznej i medycyny sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.**

O zmianach drobnowidowych u podstawy oddzielającej się pępowiny i ich sądowo-lekarskiem znaczeniu.

Podali

Dr. L. K. Gliński i Dr. S. Horoszkiewicz

Asystenci zakładów.

(Ciąg dalszy).

II. grupa. Płody nieżywo urodzone.

Przypadek 1. Płód niedonoszony, długości 36 ctm., wyjęty z łona matki podczas sekcyi.

Naczynia włosowate dość obfite w części skórnej, a zwłaszcza w jej warstwach obwodowych, nie przechodzą nigdzie poza linię graniczną w obręb pępowiny. Skupień ani nacieków leukocytowych nigdzie nie znajdujemy, spotykają się tylko tu i ówdzie rozrzucone pojedyncze leukocyty.

Przypadek 2. Płód płci męzkiej, donoszony, silnie zbudowany; jądro kostne w przysadkach kości długich dobrze rozwinięte.

Naczynia włosowate w części skórnej — liczne i to zarówno na obwodzie, jak i w linii osiowej; w pępowinie spotykamy je tylko w częściach środkowych i to jeszcze w odległości 5 mm. powyżej linii granicznej. Na całym przekroju w obrębie pępowiny widoczne pojedynczo leżące wielojądrzaste leukocyty, których nieco więcej znajdujemy w warstwach obwodowych i to tylko w pewnej odległości powyżej brzegu naskórkowego; tutaj zbierają się one miejscami w gromadki po 4—5, większych jednak skupień i nacieków nie tworzą.

Przypadek 3. Płód płci męzkiej donoszony, świeżo zmacerowany. Naczynia włosowate w części skórnej dość liczne na całym przekroju, w linii osiowej przenikają dość wysoko (na 4 mm.) w obręb właściwej pępowiny. Skupień ani nacieków leukocytowych nie znajdujemy, spotykają się tylko nieliczne pojedynczo leżące leukocyty.

Przypadek 4. Płód płci męzkiej donoszony, silnie zbudowany (53 ctm. długości, jądro kostne w przysadkach kości długich dobrze rozwinięte). Poród ciężki, obrót na nóżki.

Naczynia włosowate w części skórnej wogóle liczne, zwłaszcza w warstwach obwodowych; są one liczniejsze po stronie górnej niż po dolnej i zachodzą po stronie górnej nieco powyżej (na $2^1/_2$ mm.) brzegu naskórkowego. W sąsiedztwie tych naczyń włosowatych po stronie górnej widoczne są dość liczne leukocyty, których ilość w kierunku ku pępowinie wzrasta tak, iż tworzą one w obwodowych warstwach pępowiny tuż ponad brzegiem naskórkowym dość zbity naciek leuko-

cytowy, sięgający na $1^1/_2$ mm. powyżej brzegu naskórkowego i na $^1/_2$ mm. wnikający w głąb pępowiny. Wejrzeniem swem drobnowidowem naciek ten nie różni się od nacieku znalezionego u noworodka, który żył 27 godzin (przypadek 11). Ku środkowi pępowiny ilość leukocytów znacznie się zmniejsza i tutaj, podobnie jak na powierzchni dolnej, zarówno w obrębie pępowiny jak i części skórnej znajdujemy tylko tu i owdzie rozrzucone pojedyncze leukocyty, nigdzie zresztą nie tworzące nawet luźnych skupień.

Przypadek 5. Noworodek płci żeńskiej z porencefalią (zupełnie niewykształcone półkule mózgowe) po wymóżdżeniu.

Naczynia włosowate w części skórnej dość liczne, zwłaszcza w warstwach obwodowych, gdzie znikają wraz z brzegiem naskórkowym; w linii osiowej natomiast spotykamy je (wogóle nieliczne) jeszcze i w obrębie pępowiny w odległości 6 mm. powyżej linii granicznej. Leukocyty pojedyncze spotykają się na całym przekroju zarówno w części skórnej, jak i w obrębie pępowiny; na niektórych preparatach w odległości $^1/_2$ ctm. powyżej brzegu naskórkowego po stronie górnej tworzą one na małej przestrzeni w warstwach obwodowych niewielki dość zbity naciek.

Przypadek 6. Noworodek płci męzkiej, donoszony. Naczynia włosowate wogóle nieliczne znajdują się tylko w części skórnej. Nacieków ani skupień leukocytowych nie znajdujemy nigdzie.

Przypadek 7. Noworodek płci żeńskiej, donoszony, po wymóżdżeniu.

Naczynia włosowate dość liczne, usadowione głównie w warstwach obwodowych części skórnej; w obręb pępowiny przechodzą tylko po stronie górnej i rychło tutaj także znikają. W małej odległości ponad brzegiem naskórkowym w obwodowych warstwach pępowiny po stronie górnej znajdujemy dość liczne luźne skupienia leukocytów, które również spotykamy i w przylegającej części pierścienia skórnego, nie tworzą one jednak zbitego nacieku. W pozostałych częściach zarówno pępowiny jak i pierścienia skórnego znajdujemy tylko rozrzucone pojedynczo leukocyty.

Przypadek 8. Noworodek donoszony płci żeńskiej (poród kleszczowy).

Naczynia włosowate w warstwach przybrzeżnych części skórnej niezbyt liczne, w kierunku ku pępowinie znikają wraz z brzegiem naskórkowym; w środkowej natomiast części pępowiny znajdujemy je jeszcze w odległości 4 mm. powyżej brzegu naskórkowego. Leukocyty spotykają się tylko pojedynczo w sąsiedztwie naczyń włosowatych.

Przypadek 9. Płód płci żeńskiej, donoszony.

Naczynia włosowate w części skórnej liczne, przekraczają linię graniczną między pępowiną a częścią skórną i zachodzą w obręb pępowiny, gdzie w warstwach obwodowych rychło znikają, w częściach zaś środkowych spotykają się jeszcze w odległości 5 mm. Na wysokości brzegu naskórkowego, zachodząc częściowo w obręb pierścienia skórnego, głównie jednakże w obrębie pępowiny na samym obwodzie znajdujemy dość liczne luźne skupienia leukocytów wielojądrzastych, sięgające dość wysoko (spotykają się jeszcze w odległości 5 mm. powyżej brzegu naskórkowego); w częściach środkowych znajdujemy tylko pojedyncze leukocyty.

Przypadek 10. Płód donoszony płci żeńskiej.

Naczynia włosowate niezbyt liczne w części skórnej; wzdłuż górnego brzegu przechodzą na małej przestrzeni w obręb pępowiny, w której zresztą nigdzie ich nie znajdujemy. Skupień ani nacieków leukocytowych nigdzie nie spotykamy.

Przypadek 11.. Płód płci żeńskiej, niedonoszony (40 cm. długości, 1550 gram. wagi).

Naczynia włosowate dość liczne w części skórnej, nigdzie nie przekraczają brzegu naskórkowego. Skupień ani nacieków leukocytowych nie znaleziono.

Przypadek 12. Płód płci żeńskiej donoszony, świeżo zmacerowany.

Obraz drobnowidowy zupełnie taki sam, jak w przypadku poprzedzającym.

Przypadek 13. Płód donoszony, po wymóżdżeniu.

Naczynia włosowate w części skórnej bardzo liczne, w warstwach obwodowych znikają wraz z brzegiem naskórkowym, w linii osiowej sięgają na 5 mm. wyżej w obręb pępowiny; naczynia te są szerokie, wypełnione krwinkami czerwonemi. Tuż ponad brzegiem naskórkowym po stronie dolnej znajdujemy w obrębie pępowiny naciek dość zbity, złożony z leukocytów wielojądrzastych, zajmujący tylko najpowierzchowniejsze warstwy pępowiny i sięgający na $1^1/_2$ mm. powyżej brzegu naskórkowego. Po stronie górnej pępowiny w odległości 2 mm. powyżej brzegu naskórkowego znowu znajdujemy niezbyt rozległy dość zbity naciek leukocytowy, w kierunku ku linii osiowej pępowiny rozpraszający się i znikający całkowicie w odległości 5 mm. powyżej brzegu naskórkowego, a więc na tej samej wysokości, co i naczynia włosowate. W innych częściach pępowiny oraz w pierścieniu skórnym leukocyty spotykają się tylko pojedynczo.

Przypadek 14. Płód nieżywo urodzony, niedonoszony.

Naczynia włosowate w części skórnej dość liczne, pozapadane, nigdzie nie wnikają w obręb pępowiny. Skupień i nacieków leukocytowych brak całkowity

Przypadek 15. Płód donoszony, silnie omdlały; próby cucenia pozostały bez skutku.

Obraz drobnowidowy taki sam, jak w przypadku poprzedzającym.

Przypadek 16. Płód donoszony płci żeńskiej, silnie rozwinięty, po wymóżdżeniu.

Naczynia włosowate są dość liczne w części skórnej; w obrębie warstw powierzchownych znikają one wraz z brzegiem naskórkowym po stronie dolnej, zachodząc bardzo nieznacznie w obręb pępowiny po stronie górnej; w linii osiowej przechodzą one poza linię graniczną i wnikają w głąb pępowiny na 3 mm. U podstawy pępowiny w obwodowych warstwach po stronie górnej znajdujemy dość zbity naciek złożony z leukocytów wielojądrzastych, zajmujący pograniczne części zarówno pępowiny, jak i części skórnej; w głąb pępowiny (w kierunku ku linii osiowej) naciek ten zachodzi na 1 mm.; prócz tego nacieku znajdujemy niezbyt liczne, luźne skupienia leukocytów w warstwach pogranicznych zarówno w linii osiowej, jak i w powierzchownych warstwach po stronie dolnej.

Przypadek 17. Płód niedonoszony (1800 gram. wagi) płci męzkiej, urodził się w stanie silnie omdlałym; próby cucenia pozostały bez wyniku.

Naczynia włosowate leżą wyłącznie w obrębie części skórnej i są niezbyt liczne. Nacieków ani skupień leukocytowych nigdzie nie znajdujemy.

Przypadek 18. Donoszony płód płci męzkiej, świeżo zmacerowany. Naczynia włosowate wogóle liczne; w warstwach obwodowych znikają wraz z brzegiem naskórkowym, w linii osiowej natomiast są widoczne jeszcze w odległości 12 mm. powyżej brzegu naskórkowego (w obrębie pępowiny). Leukocyty spotykają się tylko pojedynczo, skupień ani nacieków nie tworzą.

Przypadek 19. Płód niedonoszony (9 miesięcy księżycowych) zmacerowany.

Naczynia włosowate spotykają się tylko w części skórnej i to wogóle w małej ilości. Skupień i nacieków leukocytowych brak.

Przypadek 20. Płód donoszony, nieżywo urodzony.

Obraz drobnowidowy taki sam, jak w przypadku poprzedzającym.

Przypadek 21. Płód niedonoszony. Łożysko przodujące. Wydobycie płodu w 6 godzin po obumarciu w macicy.

Obraz drobnowidowy taki sam, jak w dwu poprzedzających przypadkach.

Celem łatwiejszego uprzytomnienia sobie opisanych powyżej wyników badania drobnowidowego, oraz porównania ich z wynikami badań Kockela, załączamy poniżej 3 tablice, z których pierwsza dotyczy noworodków żywo urodzonych, 2-ga płodów nieżywo urodzonych, 3-cia przedstawia wyniki badań Kockela odnośnie do żywo urodzonych noworodków.

Z tego, cośmy wyżej powiedzieli o noworodkach żywo urodzonych, oraz z tablicy 1-ej widzimy, iż na 7 noworodków w wieku od $^1/_2$ do 10 godzin badanie drobnowidowe w 5 przypadkach nie wykazało opisanych przez Kockela nacieków leukocytowych; u szóstego noworodka (4 godzinnego) były widoczne u podstawy pępowiny na całym prawie przekroju luźne drobne skupienia leukocytów; wreszcie u 7-go noworodka, który zmarł najwyżej w $^1/_2$ godziny po

urodzeniu się, badanie drobnowidowe wykazało rozległy naciek leukocytowy u podstawy pępowiny, zajmujący cały prawie przekrój i najzbitszy w warstwach obwodowych pępowiny, zwłaszcza po stronie górnej. Zauważyć przytem należy, iż żaden z tych 7 noworodków nie był donoszony, Podobnież nie znaleźliśmy nacieku leukocytowego u noworodka niedonoszonego, który zmarł w 20 godzin po urodzeniu się.

Tablica I.

Dzieci żywo urodzone.

Przypadek	Dziecię donoszone względnie niedonoszone	Długość życia pozałonowego	Obecność lub brak nacieków	Uwaga.
1	—	1/2 godz.	—	
2	—	najwyżej 1/2 godz.	+	Drgawki matki. Naciek b. rozległy u podstawy pępowiny.
3	—	najwyżej 1/2 godz.	—	
4	—	1 1/4 godz.	—	
5	—	2 godz.	—	
6	—	4 godz.	+	luźne skupienia na całem pograniczu
7	—	10 godz.	—	
8	+	15 godz.	+	rozległe wysoko sięgające nacieki
9	—	17 godz.	+	naciek u podstawy pępowiny głównie w warstwach obwodowych
10	—	20 godz.	—	
11	+	27 godz.	+	naciek po str. dolnej, oraz w linii osiowej
12	—	27 godz.	+	nacieki obustronne; naciek po str. górnej leży na 2 mm. powyżej brzegu naskórk.
13	—	36 godz.	+	zbity naciek na całem pograniczu
14	—	3 doby	+	
15	—	3 doby	+	naciek na całem prawie pograniczu; najzbitszy w linii osiowej
16	+	4 doby	+	pępowina częściowo już oddzielona
17	+	5 dni	+	naciek na całem pograniczu
18	—	16 dni	+	pępowina częściowo oddzielona

Tablica II.

Płody nieżywo urodzone.

Przypadek	Płód donoszony wzgl. niedon.	Obecność lub brak nacieków	Uwaga.
1	—	—	
2	+	+	bardzo drobne skupienia usadowione niecharakterystycznie
3	+	—	
4	+	+	jednostronny dość zbity naciek tuż ponad brzegiem naskórkowym
5	+	+	jednostronny drobny naciek niecharakterystycznie usadowiony
6	+	—	
7	+	+	drobne skupienia, usadow. niecharakterystycz.
8	+	—	
9	+	+	luźne skupienia w cz. obwodowych tuż ponad brzegiem naskórkowym
10	+	—	
11	—	—	
12	+	—	
13	+	+	jednostronny naciek tuż ponad brzegiem naskórkowym
14	—	—	
15	+	—	
16	+	+	jednostronny rozległy dość zbity naciek, tuż ponad brzegiem naskórkowym.
17	—	—	
18	—	—	
19	—	—	
20	+	—	
21	—	—	

Tablica III.

Dzieci żywo urodzone (badania Kockela).

Przypadek	Dziecię donoszone wzgl. niedonosz.	Długość życia pozałonowego	Obecność lub brak nacieków	Uwaga.
1	—	3/4 godz.	+	naciek obustronny tuż ponad brzegiem naskórkowym
2	—	2 godz.	+	naciek po str. dolnej u podstawy pępow.
3	+	3 godz,	—	
4	+	4 godz.	+	małe skupienie leukocytów po str. górnej
5	+	4 godz.	+	dość znaczne skupienia leukocytów w części skórnej oraz w odległości 1 mm. powyżej brzegu naskórkowego w obwodowych warstwach pępowiny
6	+	8 godz.	—	
7	+	13—15 godzin	—	
8	+	17 godz.	+	rozległy naciek tuż ponad brzegiem naskórkowym
9	+	20 godz.	+	niewielki lecz wyraźny naciek obustronny tuż ponad brzegiem naskórkowym
10	+	24 godz.	+	naciek obustronny sięgający głęboko w kierunku ku linii osiowej
11	+	2 doby	+	niezbyt obfity naciek w powierz. warst. silny obustronny naciek w odległości 1—2 mm. powyżej brzegu naskórkow.
12	+	2 doby	+	najzbitszy naciek w warstwach obwod.
13	+	2 doby	+	liczne skupienia leukocyt. na całym rozkroju wyciętej do badania resztki pępow.
14	+	2 doby	+	zbity naciek na całem pograniczu.
15	+	3 doby	+	zbity naciek na pogran. w postaci płytki
16	+	4 doby	+	pępowina częściowo oddzielona, na pograniczu zbity naciek
17	+	6 dni	+	pępowina częściowo oddzielona, liczne leukoc w otoczeniu bruzdy oddzielającej
18	+	8 dni	+	cała podstawa pępow. tuż ponad brzegiem naskór. usiana b. liczn. leukocyt.
19	+	pewien czas (?)	+	mierny naciek leukocyt. na górnym obwodzie podstawy pępowiny.

U pozostałych 10 noworodków (w wieku od 15 godzin do 16 dni) nacieki leukocytowe spotykały się stale bez względu na to, czy dziecko było donoszone, lub też przedwcześnie przyszło na świat. Nacieki te u dzieci w wieku 15—27 godzin znajdowały się tylko w warstwach obwodowych pępowiny tuż ponad brzegiem naskórkowym, u dzieci starszych zajmowały one już całe pogranicze między pępowiną a częścią skórną, tworząc jakby płytkę pograniczną, której kształt nie zawsze był jednakowy; na preparatach krajanych w linii strzałkowej w jednych przypadkach tworzyła ona linię prostą, łączącą 2 przeciwległe krańce naskórka w pępku skórnym, w innych — była ona wypukłą, zwróconą wypukłością już to ku pępowinie, już też ku pępkowi skórnemu; zawsze jednakże zauważyć się dawał pewien dość ścisły związek jej kształtu z rozmieszczeniem naczyń włosowatych, a mianowicie prawie nigdzie naczynia włosowate nie przechodziły poza obręb najzbitszego nacieku leukocytowego, z drugiej zaś strony wszędzie sięgały one aż do wysokości tych nacieków; gdzie naciek zajmował znaczniejszą przestrzeń, tam naczynia włosowate spotykały się i pośród samego nacieku.

Przeglądając tablicę 2-gą, dotyczącą płodów nieżywo urodzonych, widzimy, iż na 21 badanych przez nas przypadków w 7 (33%) znaleźliśmy nacieki, względnie luźniejsze skupienia leukocytowe. Z tej liczby w 4 przypadkach (4, 9, 13, 16) nacieki te zajmujące tylko jedną (górną lub dolną) powierzchnię pępowiny, były usadowione w obwodowych warstwach pępowiny tuż ponad brzegiem naskórkowym pępka skórnego, a więc niczem się nie różniły od na-

cieków, opisywanych przez Kockela jako charakterystyczne dla dzieci żywo urodzonych, co zresztą najwymowniej stwierdzają załączone rysunki (Fig. I. i II.), z których pierwszy dotyczy płodu nieżywo urodzonego (przypadek 16), drugi zaś przedstawia obraz nacieku w pępowinie u dziecka, które żyło 17 godzin po urodzeniu się (przypadek 9). Prócz tych

Fig. I.

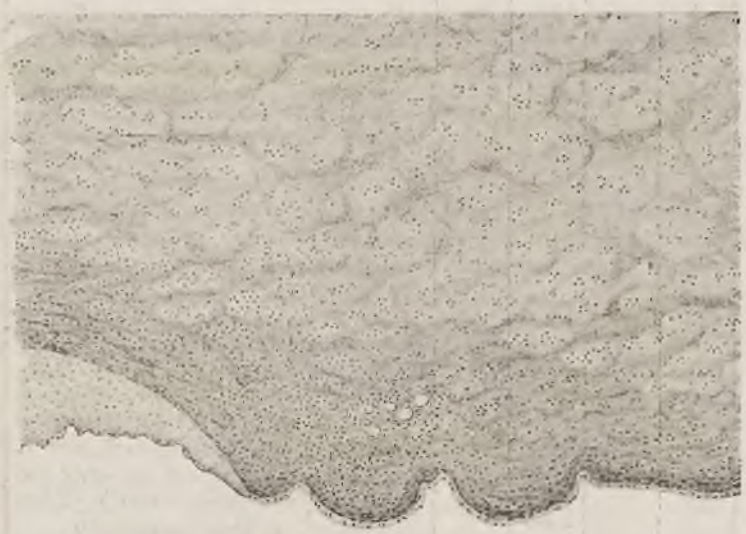


Fig. II.



Górny obwód pępowiny na pograniczu z pierścieniem skórnym: Fig. I. u płodu nieżywo urodzonego (Tablica II., przypadek XVI). Fig. II. u 17 godzinnego noworodka (Tablica I., przypadek IX). W obydwu tych rysunkach po stronie lewej od dołu widzimy brzeg naskórkowy pierścienia skórnego, po stronie prawej — pępowinę. Na pograniczu między brzegiem naskórkowym a pępowiną znajdują się nacieki leukocytowe.

nacieków w jednym z tych 4 przypadków (13-ym) znajdował się po stronie przeciwnej (górnej) od wyżej opisanego nacieku również w warstwach obwodowych pępowiny naciek leukocytowy, rozpoczynający się jednakże dopiero w odległości 2 mm. powyżej brzegu naskórkowego, a więc usadowiony już niezupełnie charakterystycznie[1]). Podobnież niezupełnie charakterystycznem było usadowienie się nacieku w 3 pozostałych przypadkach (2, 5, 7), a mianowicie zajmowały one i tutaj warstwy obwodowe pępowiny, leżały jednakże nie tuż ponad brzegiem naskórkowym, lecz dopiero w pewnej (większej lub mniejszej) odeń odległości. Nawet jednak pomijając milczeniem te 3 przypadki jako niezupełnie charakterystyczne, pozostają nam jeszcze na ogólną liczbę 21 badanych przez nas płodów nieżywo urodzonych 4 przypadki (a więc przeszło 19%), w których znaleźliśmy nacieki, względnie luźniejsze skupienia leukocytów, zdaniem Kockela charakterystyczne dla dzieci żywo urodzonych. Zauważyć tutaj należy, iż we wszystkich tych 4 przypadkach płody były donoszone, silnie zbudowane, tak że w 2 przypadkach z powodu znacznego niestosunku porodowego musiano wykonywać wymóżdżenie płodu, w jednym — obrót na nóżki, w 4-ym zaś przypadku płód obumarł w czasie przedłużającego się aktu porodowego. (Dok. nast.).

[1]) Wprawdzie sam Kockel w 2 badanych, przezeń przypadkach dzieci żywo urodzonych (Tabl. III. Przypadek 5 i 12) znalazł nacieki nie tuż ponad brzegiem naskórkowym, lecz w odległości 1—2 mm. powyżej tego brzegu, przy ogólnem jednak omawianiu znaczenia tych nacieków, jako charakterystycznych dla życia pozałonowego. mówi tylko o naciekach usadowionych w warstwach powierzchownych pępowiny tuż ponad brzegiem naskórkowym (»dicht am Hautrande des Nabels«). (Przypisek autorów).

III. Wyciągi.

Jaquet. **O chorobie Stokesa-Adamsa.** *(Deutsches Archiv für klinische Medizin.* Band 72, 1902). Stałe zwolnienie tętna, połączone z napadami, podobnymi do padaczkowych lub udarowych, opisał po raz pierwszy Charcot, jako obraz chorobowy pod nazwą „Pouls lent permanent“, dopatrując przyczyny tych objawów w zadrażnieniu rdzenia przedłużonego lub szyjnego, nie wykluczając jednakowoż zmian w mięśniu sercowym. Na podobnem stanowisku stanął w kilkanaście lat później Blondeau, który zebrał 17 przypadków, cechujących się trwałem zwolnieniem tętna, połączonem z mniej lub więcej częstymi napadami, podobnymi do padaczkowych lub udarowych. Jako przyczynę tych objawów wskazywał on bądź na uraz w okolicy kręgów szyjnych lub czaszki, bądź też na wiek starczy. W roku 1890 Huchard nazwał wyżej opisany zbiór objawów „chorobą Stokesa-Adamsa“, a za przyczynę sprawy chorobowej uważał zwapnienie tętnic wieńcowych serca i tętnic rdzenia przedłużonego. W Niemczech w ostatnich dopiero latach za wzorem francuskim zwrócono uwagę na tę chorobę (His, Wenckenbach, Hoffmann). W dalszym ciągu pracy autor opisuje spostrzegany przez siebie przypadek choroby Stokesa-Adamsa. U mężczyzny 30-letniego występowały od roku napady utraty przytomności. Napad poprzedzała zapowiedź (aura) w postaci bicia serca, ćmienia przed oczyma, zawrotów głowy, poczem chory tracił nagle przytomność, występowały nieznaczne drgawki kończyn górnych, a liczba tętna wynosiła 17 na minutę. Prócz nadzwyczajnej bladości twarzy nic nadto nie zwracało uwagi. Napady takie trwały kilka minut, poczem chory powracał szybko do stanu prawidłowego. Liczba tętna w czasie wolnym od napadu wynosiła 36. Badanie przedmiotowe nie wykazywało prócz miernego przerostu serca, zwolnienia tętna w tętnicy sprychowej (36) i znacznie częstszego tętnienia żyły szyjnej od tętnienia tętnic, żadnych ważniejszych zmian. Po wcieraniach rtęci i używaniu jodku potasu (z powodu podejrzenia o kiłę) napady na przeciąg jednego roku ustąpiły, poczem znowu się powtórzyły i w czasie jednego z nich chory życie zakończył. Sekcya nie wykazała zmian, ani w zastawkach, ani w tętnicach mózgowych i rdzeniowych, ani w wieńcowych serca.

W chorobie Stokesa-Adamsa największą uwagę zwracają na siebie zaburzenia w narządzie krążenia.

Co się tyczy liczby tętna w tej chorobie, to jest ono w przypadkach typowych zawsze wyraźnie zwolnione i wynosi 30—35 na minutę. W czasie napadu liczba tętna ulega jeszcze większemu zwolnieniu tak, że niekiedy pomiędzy pojedynczemi uderzeniami tętna wypadają przerwy, trwające do 10 sek. Zwolnienie tętna jest jednakowoż często pozorne, albowiem przez osłuchiwanie serca można dosłuchać się pomiędzy silniejszymi skurczami serca istnienia słabszych, które w tętnicach obwodowych wykazać się nie dają. Dalszą cechą tętna w chorobie Stokesa-Adamsa jest trwałość zwolnienia jego, nie ulegająca przyspieszeniu ani po ruchach, ani pod wpływem gorączki. Niekiedy tylko naparstnica wywołuje przyspieszenie. Dalszym ciekawym objawem jest nierównoczesność tętnienia żył szyjnych w stosunku do uderzeń serca. Liczba tętnienia żył szyjnych przewyższa często w dwójnasób liczbę widzialnych skurczów serca. Dla wytłómaczenia tego objawu przypuszcza autor, poprzednio zbijając

teoryę o nierównoczesności skurczu komór i przedsionków, że częstsze tętno w żyle szyjnej jest następstwem słabych skurczów serca, nie dochodzących do tętnic. Silnego napięcia tętna w chorobie Stokesa-Adamsa nie można odnosić zdaniem autora do zwapnienia tętnic, które w wielu przypadkach, szczególniej połączonych z autoskopią, można było wykluczyć. Przyczyny tego objawu raczej szukać należy w częściowem spastycznem zwężeniu naczyń różnych okolic ciała, w następstwie zadrażnienia nerwów, zwężających naczynia. Przemawia za tem chwilowa bladość twarzy, uczucie zimna lub trętwienia w różnych częściach ciała. Drugi objaw cechujący chorobę Stokesa-Adamsa, mianowicie napady podobne do udarowych lub padaczkowych, przedstawia cały szereg faz, od krótkich zawrotów głowy, aż do napadów zupełnie identycznych z napadami padaczki. Napady te poprzedzają niekiedy zwiastuny (aura).

Z zaburzeń w innych narządach wymienić należy wyraźny związek między zaburzeniami w czynności przewodu pokarmowego, a częstością napadów. Co do etyologii tej choroby, to przytaczano, jako przyczynę wywołującą, zwapnienie tętnic, kiłę, choroby zakaźne, choroby przewodu pokarmowego i urazy. W wielu jednakowoż przypadkach, szczególniej połączonych w autoskopią, żadnej z tych przyczyn wykazać się nie dało. Również i patogeneza choroby Stokesa-Adamsa jest ciemną. Autor odrzuca teoryę Stokesa, Charcota i innych, którzy istoty choroby szukali bądźto w mięśniu sercowym, bądź w zwapnieniu tętnic wieńcowych serca, bądź też w rdzeniu przedłużonym; lecz wskazuje na działanie nerwów naczynioruchowych, wywołujących skurcz naczyń mózgowych z jego następstwami. Rozpoznanie choroby jest łatwe, rokowanie poważne, a terapia prawie zupełnie bezowocna, albowiem ani leki sercowe, ani działające na rozszerzenie naczyń, nie wywierają wielkiego działania. Uregulowanie czynności przewodu pokarmowego i dyeta mleczna dają jeszcze najlepsze wyniki.

W końcu swej pracy roztrząsa autor krytycznie cechy kliniczne i anatomo-patologiczne choroby Stokesa-Adamsa i zwracając uwagę na niejednolitość obrazu klinicznego, a jeszcze więcej anatomo-patologicznego, odmawia jej prawa do miana jednostki nozologicznej, a przyznaje tylko znaczenie jako zbiorowi objawów, na wzór n. p. objawu oddechowego Cheine-Stokesa. *Dr. Międzowicz* (Kr. kl. w.).

Keiler. **Zapalenie wyrostka robaczkowego i ciąża.** *(Münch. med. Wochenschr.* Nr. 18, 1902.). U kobiety w IV mies. ciąży rozpoznano zapalenie około ślepej kiszki i przystąpiono do operacyi, z powodu wynędznienia chorej, podniesionej ciepłoty (38.3°) i bardzo lichego tętna. Początkowo starano się oddzielić cały guz zapalny zaotrzewnowo, ale bezskutecznie, gdyż guz sięgał aż po wątrobę; otworzono więc jamę brzuszną. Lichy stan chorej stał się powodem, że cały guz bez ruszania go pozostawiono w ranie brzusznej, osłoniwszy go przedtem ze wszech stron workami z gazy jodoformowej i odgrodziwszy od reszty jamy brzusznej. W 10 dni później ropa przebiła przez guz i wylała się w znaczniejszej ilości, poczem chora miała się wcale dobrze, bo i łaknienie wróciło i ciepłota zupełnie spadła. W 4 tygodnie po operacyi chora poroniła, mimo to po 6 tygodniach, licząc od operacyi, była zupełnie zdrową, rana brzuszna zagojona *per secundam*, blizna tęga, nie przedstawiająca obawy co do wytworzenia się przepukliny w powłokach brzusznych. Sprawa, jak się należy zachowywać w przypadkach ciąży powikłanej z zapaleniem kiszki ślepej, jest wielkiej wagi; jedynem i ogólnie za dobre uznanem wyjściem przy ropniach brzusznych jest zabieg operacyjny, bez oglądania się na obecność ciąży, podobnie jak się to robi przy nowotworach jajnikowych i innych guzach. Przerwanie ciąży nie przynosi żadnej korzyści, a zwiększa tylko niebezpieczeństwo. Poronienie w danym przypadku kładzie autor na karb zapalenia błony śluzowej macicy, na które chora od dawna cierpiała.

Co do sposobu operowania, to najlepiej operować przez otwarcie jamy brzusznej, przyczem autor gorąco poleca oddzielenie guza workami z gazy jodoformowej od reszty jamy brzusznej i pozostawienie go w ranie brzusznej. Dalszy przebieg można zupełnie spokojnie pozostawić naturze. *B. Żmigrod.*

G. Blumer i A. Mac Farbane. **Epidemia raka wodnego.** *(Americ. Journal of the Med. Sciences*, listopad 1901 — *Philad. Med. Journal* 4-go stycznia 1902 r.). Autorowie opisują epidemię raka wodnego po odrze w przytułku dla sierot w Albany. Jedenastu chorych miało samego wodnego raka, pięciu raka wodnego i zgorzel, czterech uległo cierpieniu, które uznano za rozpoczynającego się raka wodnego, którego rozwój udało się wstrzymać przyżeganiami. Z pomiędzy 16-tu przypadków typowego raka wodnego, w czterech zajęte były usta, w trzech — usta, ucho i srom; w dwóch tylko srom; w 7-miu srom i inne narządy. Zgorzel rozwinęła się u trojga dzieci tylko w jelicie odchodowem, u pięciu i w innych częściach. Smiertelne zejście nastąpiło tylko w 7-miu przypadkach (w tej liczbie u 5-ciu chorych nastąpiło powikłanie z zapaleniem płuc). Przyczyny usposabiające, któreby mogły ułatwić powstanie choroby, nie zostały wyjaśnione: gmach przytułku dobrze urządzony; przewietrzanie prawidłowe; pokarm, choć nie odznaczający się rozmaitością, był zawsze w dostatecznej ilości i dobrej jakości. Smiertelność zwykle bywała nizką, a ogólny stan dzieci wyśmienity. Dziewczynek więcej zapadało na raka wodnego, niż chłopców (w stosunku 14 do 2). Przebieg choroby był zwykły. Leczenie polegało na podawaniu środków podniecających, a miejscowo stosowano wstrzykiwania mocnego roztworu kwasu borowego z dwutlenkiem wodoru (hydrogenium dioxydatum); opatrunki zwilżano roztworem Labarraquesa i gdzie było można, wypalano żegadłem Paquelina. Badanie bakteryologiczne wykazało w częściach bardziej głębokich, zajętych sprawą chorobową, obecność długich, cienkich, jak nici, drobnoustrojów, prawie w czystej hodowli. Odbarwiały się one metodą Grama dość łatwo; na zwykłych pożywkach nie rosły, ani wobec tlenu, ani bez niego. Autorowie uważają te laseczniki za wywołujące raka wodnego. Wobec nagminnego panowania tej choroby należy uznać ją za udzielającą się. *St. Rudzki.*

Marfan. **Czy wydolność karmienia zmniejszyła się u kobiet naszych czasów?** *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Styczeń, 1902). Autor zbija zapatrywanie Bungego, jakoby niezdolność kobiet czasów obecnych do karmienia swych dzieci ciągle się wzmagała i popiera swoje zapatrywanie licznemi zestawieniami statystycznemi, opartemi na obfitym materyale. Jeżeli kobiety nie karmią swych dzieci, to powodem tego nie jest niezdolność psychiczna (?), lecz u zamożnych najczęściej moda lub egoizm rodziców; u biednych nieświadomość, obojętnośc lub nędza. Przyczynia się do tego ułatwione w wielu miastach otrzymywanie taniego mleka wyjałowionego, które się przyczynia do podawania pokarmu mięszanego i wczesnego odłączania od piersi. Niezgodnem z faktycznym stanem jest zapatrywanie Bungego, że alkoholizm także do tego się przyczynia, gdyż córki nałogowych pijaków mają być niezdolne do karmienia. Alkoholizm bowiem w klasach biedniejszych jest bardzo częsty, a mimoto 99% kobiet biednych może karmić dzieci piersią, podczas gdy u zamożnych, gdzie alkoholizm rzadszy, 80% kobiet może karmić dzieci. Co się tyczy związków małżeńskich, to M. zajmuje stanowisko pośrednie, podczas gdy Bunge radykalne, zabraniając osobnikom neuropatycznym lub gruźliczym zawierania małżeństwa. *Dr. Jan Landau.*

Prof. Bobrow i Docent Rudnew. **Gronkowiec jako przyczyna łagodnych nowotworów kostnych.** *(Archiv Langenbecka* T. 67, 1902, Z. I). U dwóch chorych (18 i 21 lat) wycięto typowe kościochrząstniaki (osteochondromata), wyrastające z okolicy nasad różnych kości. W guzach tych znaleziono gronkowca białego bez jakichkolwiek objawów zapalnych, co szczególnie zaś jest rzeczą zajmującą, że największa liczba tych drobnoustrojów znachodziła się w głębi nowotworów, na granicy prawidłowej tkanki kostnej. Mamy przeto prawo sądzić, że u obu chorych, znajdujących się jeszcze w okresie wzrostu kośćca, skutkiem podrażnienia gronkowcem powstały typowe nowotwory kostne — kostniak i kościochrzęstniak. *Herman.*

Magnus-Levy. **O przewlekłej sztywności kręgosłupa.** *(Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Medicin und Chir.* 1902, T. IX, Z. 4, 5). Na podstawie przejrzenia piśmiennictwa i czterech własnych przypadków przychodzi autor do wniosku, że obrazy chorobowe, opisane przez Bechterewa i Mariego, nie różnią się zasadniczo między sobą. W dalszym zaś ciągu nie dostrzega M. żadnej różnicy między tem zesztywnieniem kręgosłupa, a zwykłem zapaleniem stawów zniekształtniającem, umiejscowionem w kręgosłupie. W końcu mniema, że i cierpienie kręgosłupa, opisywane przez Kümmla (kyphosis traumatica), nie jest też niczem innem, jak takiem przewlekłem zapaleniem zniekształtniającem. Dzięki jakiejś szczególnej skłonności proces zniekształtniający toczy się wbrew regule w stawach kręgosłupa i najbliższych wielkich stawach tułowia. *Herman.*

Dr. J. Sędziak. **W sprawie związku okresu przejściowego u kobiet z pewnemi cierpieniami górnego odcinka dróg oddechowych, oraz uszów.** (*Nowiny Lekarskie* 2, 1902). Autor zwraca uwagę czytelników na te rozmaite objawy nerwowe, odruchowe, oraz różnorodne sprawy chorobowe w górnych drogach oddechowych i w uszach które, zwykły zwykły występować w związku z pewnymi okresami i stanami fizyologicznymi płciowego życia kobiecego, jak np. miesiączkowanie, ciąża, okres przejściowy. Jako przykład ilustrujący, przytacza historyę choroby, w której w związku z okresem przejściowym wystąpiły kolejno: mieszkowe zapalenie migdałów podniebiennych, krwotoki nosowe, ropne ostre zapalenie ucha środkowego, ropne zapalenie migdałka gardzielowego, wreszcie prawdopodobnie ostry ropotok zatoki szczękowej górnej prawej. *Spira.*

IV. Sprawy lekarskie w Sejmie tegorocznym*).

I. Komisya sanitarna składa się z 12 członków: Adam hr. Gołuchowski (przewodniczący), Prof. dr. Antoni Mars (zastępca przewodniczącego), Dr. Adolf Wurst (sekretarz) i członkowie: Barabasz, Dr. Bednarski, Dr. Czaykowski Wład., Dr. Dąmbski, Dr. Jabłoński, Krzysztofowicz, Moysa, Trzecieski i Ks. Wilczkiewicz.

II. Komisya odbyła 6 posiedzeń. W posiedzeniach brał udział szef V. Departamentu Wydz. kraj. Onyszkiewicz, a dwukrotnie obecnym był komisarz rządowy Radca Dworu hr. Łoś.

III. Pod obrady Komisyi przyszły następujące sprawy:

1. Sprawozdanie Departamentu V. Wydz. krajowego z czynności za r. 1900, z którą to sprawą połączyła Komisya samoistny wniosek prof. Marsa, żądający „zwołania ankiety w celu zbadania, czy i w jaki sposób należałoby zmienić dzisiejszą gospodarkę funduszami krajowymi na cele sanitarne“.

Załatwiając obie te sprawy, wypracowała Komisya obszerne sprawozdanie i przedłożyła Sejmowi do uchwały 6 wniosków. Wnioski te, które Izba uchwaliła, brzmią, jak następuje:

1. Sprawozdanie Departamentu V. Wydziału krajowego za czas od 11 listopada 1900 r. do 31. października 1901 przyjmuje się do wiadomości;

2. wzywa się c. k. Rząd do oświadczenia się w sprawie budowy zakładu dla położnic w Krakowie i dwu szkół dla akuszerek w Galicyi;

3. wzywa się c. k. Rząd o udzielenie subwencyi w tym stosunku procentowym, w jakim jej udzieli kraj i powiaty na budowę szpitali w powiatach kosowskim i nadwórniańskim, w których choroby weneryczne grasują;

4. wzywa się Rząd, aby przystąpił do niezwłocznej i szybkiej akcyi w sprawie uzupełnienia brakujących katedr i klinik w wydziale lekarskim lwowskim.

5. Poleca się Wydziałowi krajowemu, aby zbadał i wziął pod rozwagę naglące sprawy, dotyczące zdrowia publicznego, a mianowicie: w jakim stanie jest dziś opieka nad podrzutkami, jakie istnieją wadliwości i jakie środki zaradcze byłyby wskazane? — kwestyę stworzenia sanatoryów dla gruźliczych.

6. W myśl wniosku p. Marsa poleca się Wydziałowi krajowemu powołać mięszaną ankietę, w celu zbadania, w jakim kierunku bez uszczerbku dla sprawy można przeprowadzić oszczędności? Jakie są niezbędne inwestycye w szpitalnictwie krajowem? W jaki skuteczny sposób urządzić nadzór nad szpitalami? Jak zmienić dzisiejszy system gospodarki funduszami krajowymi na cele zdrowotne?

Protokół szczegółowy obrad ankiety wraz z opinią swoją i wnioskami przedłoży Wydział krajowy Sejmowi na najbliższej sesyi.

2. Sprawozdanie Wydziału kraj. w sprawie budowy schroniska dla 500 obłąkanych nieuleczalnych przy zakładzie dla umysłowo chorych w Kulparkowie.

Z tą sprawą połączyła Komisya 1) petycyę Wydziału lekarskiego wszechnicy Jagiell. o budowę nowego pawilonu na pomieszczenie kliniki psychiatrycznej i 2) petycyę miasta Krakowa w sprawie zamierzonego powiększenia zakładu dla umysłowo chorych w Kulparkowie.

W sprawach tych przedłożyła Komisya sprawozdanie i następujących 7 wniosków:

Sejm upoważnia Wydział krajowy:

1) do wybudowania pięciu pawilonów i jednego domu roboczego dla uleczalnych umysłowo chorych, tudzież koniecznych budynków administracyjnych na gruntach zakładu kulparkowskiego, a to kosztem 774.601 kor.

2. Sejm poleca Wydziałowi krajowemu stopniową zmianę dzisiejszego zakładu w Kulparkowie na schronisko dla niespokojnych nieuleczalnie umysłowo chorych.

3. Sejm poleca Wydziałowi krajowemu wdrożenie rokowań z c. k. rządem, ażeby przystąpił do budowy kliniki psychiatrycznej we Lwowie, do której to budowy fundusz krajowy przyczyni się kwotą 82.399 K. z zastrzeżeniem, iż c. k. rząd prócz tej subwencyi żadnych dalszych świadczeń na cel powyższy od kraju nie będzie się domagał, a klinikę psychiatryczną w czasie feryi szkolnych jako oddział szpitalny prowadzić będzie.

4. Sejm upoważnia Wydział krajowy do użycia na cele budowy tytułem pożyczki funduszu majątku zarodowego zakładu kulparkowskiego i części kapitałów, będących własnością funduszu majątku zarodowego szpitala św. Łazarza i funduszu podrzutków w Krakowie, aż do wysokości w gotowiźnie 400.000 K.

5. Sejm upoważnia Wydział krajowy do zaciągnięcia pożyczki w kwocie 457.000 Kor., brakującej do pokrycia całej sumy, obliczonej kosztorysami budowy, a to w jednej z instytucyj krajowych.

6. Sejm wzywa c. k. rząd, ażeby — jak to jest jego obowiązkiem — bezzwłocznie przystąpił do budowy kliniki psychiatrycznej w Krakowie.

7. Sejm poleca Wydziałowi krajowemu, ażeby sprawę budowy większego zakładu dla umysłowo chorych w Krakowie, lub w jednem z miast zachodniej części naszego kraju wyczerpująco zbadał i przedłożył odnośne wnioski, tudzież plany i kosztorysy.

Sprawozdanie to jednak nie przyszło pod obrady Izby.

3. Sprawozdanie Wydziału kraj. w przedmiocie budowy domu izolacyjnego przy szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie tej Komisya wniosła:

1) Sejm poleca Wydziałowi krajowemu przeprowadzić budowę domu izolacyjnego przy szpitalu św. Łazarza w Krakowie kosztem, nieprzekraczającym kwoty sześćdziesięciu tysięcy koron.

2) Na cel powyższy ma być z majątku zarodowego szpitala św. Łazarza zaciągniętą pożyczka, mająca się umorzyć z dochodów bieżących tegoż szpitala, na podstawie planu amortyzacyjnego, który Wydział krajowy ułoży.

Sejm wnioski te uchwalił.

4. Sprawozdanie Wydziału kraj. w przedmiocie zmiany §§ 11 i 15 ust. kraj. z 28 lipca 1897 r. Nr. 47 Dz. u. kr., normującej prawne stosunki szpitali powszechnych i publicznych.

W sprawie tej przedłożyła Komisya sanit. następująco przez Sejm uchwalone sprawozdanie:

Paragrafy 11. i 15. ustawy krajowej z dnia 28. lipca 1897 roku dz. u. kr. Nr. 47, urządzającej prawne stosunki szpitali powszechnych i publicznych tudzież zakładów dla położnic i obłąkanych uchyla się niniejszem, a natomiast obowiązywać będą następujące postanowienia:

§. 11. Krajowe zakłady lecznicze powszechne i publiczne mają własne, przez Sejm uchwalone statuta. Zakłady te zostają pod bezpośrednim zarządem Wydziału krajowego.

W przyszłości uchwalać będzie statuta dla krajowych zakładów publicznych i powszechnych Sejm krajowy, na podstawie wniosku Wydziału krajowego, przedstawionego w porozumieniu z c. k. Namiestnictwem.

Innymi szpitalami powszechnymi i publicznymi zawiadują komitety szpitalne. Komitet szpitalny składa się w Podhajcach, Sokalu, Złoczowie, Żywcu, Lubaczowie, Przemyślanach i Śniatynie: *a)* z delegata Wydziału krajowego; *b)* z prezesa Rady powiatowej lub jego zastępcy; *c)* z delegata Wydziału powiatowego; *d)* z dyrektora szpitala.

W szpitalach zaś w Białej, Bochni, Brodach, Brzeżanach, Drohobyczu, Jaśle, Kołomyi, Przemyślu, Rzeszowie, Samborze, Sanoku, Sączu Nowym, Stanisławowie, Stryju, Tarnopolu, Tarnowie, Wadowicach, Zaleszczykach i Żółkwi: *a)* z delegata Wydziału krajowego; *b)* z naczelnika gminy lub jego zastępcy; *c)* z delegata Rady gminnej; *d)* z dyrektora szpitala.

W przyszłości ustawa, uznająca szpital za publiczny i powszechny (§. 2.), oznaczy w każdym poszczególnym wypadku skład Komitetu szpitalnego.

§. 15. Koszta budowy nowego, odbudowy, rozszerzenia starego gmachu, tudzież wewnętrznego urządzenia dobudowanej części w szpitalach, już uznanych za powszechne lub publiczne, pokrywane będą przedewszystkiem ze specyalnych na ten cel przeznaczonych funduszów i zobowiązań.

W braku lub niedostateczności takich funduszów, połowę potrzebnej kwoty pokryje fundusz krajowy, jeżeli Sejm potrzebę tej budowy uzna, drugiej połowy dostarczy dla szpitala w Białej, Bochni, Brodach, Brzeżanach, Drohobyczu, Jaśle, Kołomyi, Przemyślu, Rzeszowie, Samborze, Sanoku, Sączu Nowym, Stanisławowie, Stryju, Tarnopolu, Tarnowie, Wadowicach, Zaleszczykach i Żółkwi ta gmina, zaś dla szpitala w Podhajcach, Sokalu, Złoczowie, Lubaczowie, Przemyślanach, Żywcu i Śniatynie ten powiat, w której, względnie w którym, dotyczący szpital się znajduje.

W przyszłości ustawa, uznająca szpital za puliczny i powszechny (§. 2.), oznaczy w każdym poszczególnym przypadku, kto (powiat czy gmina) będzie obowiązany do ponoszenia połowy niepokrytych własnymi środkami wydatków nadzwyczajnych.

5. Na wniosek Komisyi sanit. uchwalił Sejm ustawę nadającą szpitalowi w Jarosławiu charakter szpitala powszechnego i publicznego.

6. Na wniosek Komisyi sanit. uchwalił Sejm taką samą ustawę dla szpitala w Gorlicach.

7. W sprawie budowy nowego budynku szpitalnego w Zaleszczykach, uchwalił Sejm następujący wniosek Komisyi sanitarnej:

Uznając potrzebę odbudowania budynku szpitalnego w Zaleszczykach na 60 łóżek, Sejm upoważnia Wydział krajowy do zaciągnięcia na ten cel pożyczki w tej wysokości, jaka się okaże potrzebną dla pokrycia połowy kosztów tej budowy.

8. W sprawie przekroczenia kosztów budowy szpitala sokalskiego uchwalił Sejm następujący wniosek Komisyi sanitarnej:

Sejm upoważnia Wydział krajowy do zaciągnięcia dodatkowej pożyczki w kwocie 10.000 koron na pokrycie przekroczenia w kosztach budowy szpitala sokalskiego, pod warunkiem, że reszta tego przekroczenia przez powiat z własnych funduszów pokrytą zostanie.

*) Poseł na Sejm krajowy i sekretarz sejmowej Komisyi sanitarnej, dr. Adolf Wurst, nadesłał nam łaskawie materyał sprawozdawczy z obrad sejmowych, o ile dotyczyły stosunków sanitarnych; z zapisków tych zestawiliśmy krótkie streszczenie, wyrażając Szanownemu posłowi i koledze szczerą wdzięczność za trud, życzliwy dla nas, a pożyteczny dla ogółu lekarskiego.

9. Załatwiając sprawozdanie Wydziału kraj. w przedmiocie pomnożenia liczby okręgów sanitarnych w r. 1902, przedstawiła Komisya sanit. następujące przez Sejm uchwalone wnioski:

I. Sejm przyjmuje sprawozdanie Wydziału kraj. do wiadomości.
II. Sejm zatwierdza aktywowane w ciągu roku 1901 okręgi sanitarne w Gładyszowie, Jodłowej, Trzebini i Uścierykach.
III. Sejm upoważnia Wydział krajowy do wprowadzenia w życie w r. 1902 dalszej seryi dziesięciu okręgów sanitarnych, a mianowicie: w Uhnowie, Dobczycach, Haliczu, Olesku, Strzeliskach nowych, — ewentualnie w Milówce, Kutach. Tłustem, Sołotwinie, — a nadto w jednym jeszcze okręgu w miejscowości, którą Wydział krajowy oznaczy w porozumieniu z c. k. Namiestnictwem.
IV. Sejm zatwierdza wstawiony do preliminarza budżetu krajowego na r. 1902 w Rubr. V. wydatków kredyt w wysokości (jak na rok 1901) 90.000 koron na pokrycie ryczałtów objazdowych dla lekarzy, okręgowych, tudzież subwencyj przewidzianych §. 12. ustawy z d. 2. lutego 1891 Nr. 17 Dz. ust. i rozporządzeń kraj., tak dla istniejących jak i nowo utworzyć się mających okręgów sanitarnych.

10. W sprawie petycyi lekarzy okręgowych o zapewnienie emerytury, tudzież zaopatrzenie wdów i sierot, Komisya sanit. nie wygotowała referatu, pomimo że sprawę obszernie omawiano. Załatwioną została w czasie dyskusyi budżetowej znanym już wnioskiem p. Merunowicza.

11. Petycya Rady powiat. w Sniatynie o odstąpienie gminie starego budynku szpitalnego na starców i kalek, i żądanie dodatkowego kredytu na pokrycie przekroczonych kosztów budowy, zostały w Komisyi odmownie załatwione, nie przyszły zaś na porządek dzienny obrad sejmowych.

12. W sprawie petycyi miasta Kołomyi o budowę nowego szpitala, przedłożyła Komisya sanit. następujące, przez Sejm uchwalone sprawozdanie:

Uznając potrzebę budowy nowego szpitala w Kołomyi na 100 łóżek, upoważnia się Wydział krajowy do zaciągnięcia na ten cel pożyczki w wysokości 115.000 K., wystarczającej na pokrycie połowy kosztów tej budowy.

13. W sprawie petycyi prof. Pieniążka o przeniesienie kliniki laryngologicznej do innego budynku, przedłożyła Komisya sanit. następujący przez Sejm uchwalony wniosek:

W załatwieniu petycyi Profesora Pieniążka Komisya sanitarna uznaje, że ze względu na potrzeby lecznicze i naukowe kliniki laryngologicznej jest wskazanem użyć budynek, jaki opróżnionym zostanie po oddaniu nowego pawilonu dla chorób zakaźnych, na cele kliniki laryngologicznej — i przekazuje petycyę prof. Pieniążka Wydziałowi krajowemu do możliwego uwzględnienia i właściwego załatwienia.

14. Załatwiając sprawozdanie Wydziału kraj. w sprawie przeniesienia szpitala powsz. w Przemyślu i wybudowania nowego w odpowiedniem miejscu, przedstawiła Komisya sanit. następujący wniosek:

1. Sejm uznaje potrzebę zbudowania nowego szpitala na 200 łóżek w Przemyślu, oraz zabudowań ubocznych na innem odpowiedniem miejscu.
2. Sejm upoważnia Wydział krajowy do zaciągnięcia pożyczki w tej wysokości, jaka okaże się potrzebną na pokrycie połowy kosztów tych budowli po potrąceniu 90.000 koron, jako kwoty ofiarowanej przez miasto Przemyśl za stary budynek szpitalny.

Sprawa ta nie przyszła na porządek dzienny obrad sejmowych.

15. Petycyę lekarzy prymaryuszów szpitala św. Łazarza w Krakowie, oraz lekarzy ordynujących w zakładzie dla umysłowo chorych w Kulparkowie, przekazała Komisya sanitarna Komisyi budżetowej.

16. Na petycyę prof. A. Barańskiego w sprawie dostawy krowianki powzięła Komisya sanit. następującą uchwałę: „Wys. Sejm odstępuje petycyę prof. B. Wydziałowi kraj. do właściwego zużytkowania przy rozdziale krowianki, jeżeli uzna za stosowne — do możliwego uwzględnienia“.

Sprawa ta nie była na porządku dziennym obrad sejmowych.

17. Petycyę Anastazyi Piotrowskiej w sprawie kosztów leczenia syna umysłowo chorego Dra J. P., załatwiła Izba przychylnie, po myśli wniosku Komisyi sanitarnej.

18. W sprawie uznania nowowybudowanego szpitala w Dolinie za powszechny i publiczny — wniosła Komisya projekt do ustawy, — a Sejm ustawę tę uchwalił.

19. Załatwiając wniosek p. Rydygiera w sprawie wzniesienia budynków na pomieszczenie klinik Wydziału lekarskiego we Lwowie, przedstawiła Komisya sanit. następujące wnioski:

1. Wzywa się Wydział krajowy, aby z Wysokim c. k. Rządem przeprowadził jak najspieszniej ponowne i definitywne rokowania, celem ułożenia ostatecznego planu, według którego ma nastąpić: wybudowanie potrzebnych budynków dla pomieszczenia tych klinik Wydziału lekarskiego c. k. Uniwersytetu lwowskiego, które muszą być w najbliższym czasie kreowane dla uzupełnienia tego Wydziału na wzór wszystkich innych w Austryi istniejących Wydziałów lekarskich, a mianowicie: kliniki chorób nerwowych i umysłowych, kliniki chorób dzieci, kliniki chorób krtani, gardła, nosa i uszu.
2. Upoważnia się Wydział krajowy, aby w preliminarzu na rok 1903, — stosownie do wyników tychże rokowań z Rządem, przedstawił Sejmowi odpowiednie wnioski co do potrzebnych na ten cel kredytów.
3. Wzywa się c. k. Rząd, aby przystąpił do budowania nowych, potrzebom nauki i higieny odpowiadających budynków dla pomieszczenia kliniki dermatologiczno syfilitycznej i kliniki okulistycznej.
4. Wzywa się c. k. Rząd, aby do preliminarza państwowego na rok 1903 wstawił odpowiednią kwotę, potrzebną do rozpoczęcia budowy klinik potrzebnych jeszcze dla Wydziału lekarskiego c. k. Uniwersytetu we Lwowie.

Sprawa ta nie była przedmiotem obrad Sejmowych.

20. W sprawie wniosku posła Maissa „o wezwanie c. k. rządu do założenia przy c. k. salinach galicyjskich leczniczych zakładów solankowych we wschodniej i zachodniej części kraju“, uchwaliła Komisya sanit. przekazać Wydziałowi kraj. z poleceniem, ażeby po porozumieniu się z kraj. Radą zdrowia przedłożył Sejmowi odpowiednie wnioski. Sprawa ta nie przyszła na porządek obrad Sejmu.

21. Petycyi Rady pow. w Kałuszu o uznanie tamtejszego szpitala za powszechny i publiczny — nie mogła Komisya załatwić dla braku wymagań prawnych.

22. W sprawie petycyi gminy Żółtanice i przyległych o utworzenie posady lekarza okręgowego w Żółtanicach — uchwaliła Komisya następujący wniosek: — „z uwagi, że sprawa utworzenia nowych okręgów sanitarnych w r. 1902 już jest załatwioną, — odstępuje się petycyę wymienioną Wydziałowi kraj. do zbadania i przedłożenia wniosków“.

Sprawa ta nie weszła na porządek dzienny obrad sejmowych.

V. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 21 sierpnia.

* Dnia 14 sierpnia zakończył życie w Zakopanem doktor medycyny Władysław Florkiewicz, zaszczytnie znany lekarz i obywatel. Urodził się r. 1834 w Wiktorowicach pod Miechowem; szkoły średnie odbył w krakowskiem gimnazyum św. Anny, a nauki lekarskie studyował w Uniwersytecie Jagiellońskim, które ukończył w roku 1861. W latach 1860—1861 sprawował obowiązki asystenta przy katedrze zoologii i mineralogii U. J. Od r. 1862 przez lat 17 pełnił służbę lekarską w szpitalu św. Joanny w Koniecpolu. W latach 1863—1864 niósł pomoc rannym w szpitalach czasowych w Koniecpolu, Chrząstowie i Seceminie. W r. 1879 przeniósł się na stały pobyt do Warszawy. Względy na wątłe zdrowie wymagały częstego wyjazdu ze stolicy, więc niemal pół roku spędzał zwykle w Zakopanem. W ostatnich latach tracił siły i szybko szczupłał; przed tygodniem wystąpiły objawy niedrożności jelit. Do łoża poważnie już chorego przybył prof. Kader z Krakowa: laparotomia odsłoniła złośliwy nowotwór jelita odchodowego, który rozmiarami, zrostami i wkroczeniem na narządy sąsiednie nietylko zdradzał dłuższe już trwanie, ale bezwzględnie nie nadawał się do doszczętnej operacyi; pozostało więc tylko wykonać rękoczyn, zapobiegający ponownym objawom niedrożności jelit. Na drugi dzień po tej operacyi wystąpiło zapalenie płuc, i chory, dla którego i bez tego powikłania nie było już wyjścia, dokonał żywota.

Umysł światły, charakter nieposzlakowany, lekarz wykształcony o szerszem pojęciu etycznem, ś. p. Władysław Florkiewicz pozostawił po sobie szczery żal i piękny wzór do naśladowania szlachetnego obywatela i wzorowego lekarza.

Ś. p. Wł. Florkiewicz był jednym z pierwszych członków Tow. lek. krakowskiego, później jako niemieszkający w Krakowie należał do Tow. lek. galicyjskiego. Bawiący w Zakopanem Prezes Tow. lek. krak., złożył imieniem Tow. wieniec na trumnie zgasłego Kolegi.

* W liczbie koncesyj na nowe czasopisma »Prawitielstwiennyj Wiestnik« wymienia koncesyę na tygodnik »Lekarz« udzieloną Drowi Jerzemu Brunnerowi i na miesięcznik »Ginekologia«, którego redakcyę obejmie dr. Czesław Stankiewicz.

* Krakowskie Towarzystwo techniczne obchodzi dnia 7 i 8 września 25-tą rocznicę swego istnienia. Zarząd tego Towarzystwa zwrócił się do prezydyum Towarz. lekarskiego z prośbą o wysłanie delegata na tę jubileuszową uroczystość, załączając przytem wszelkie legitymacyę, uprawniające do udziału w obchodzie. Członkowie Towarzystwa lekarskiego, którzyby zamierzali uczestniczyć w tym obchodzie, mają złożyć 20 koron wkładki.

Żałować należy, że termin wakacyjny, nieobecność w mieście członków zarządu Towarzystwa i wielu lekarzy, utrudni nieco udział

nasz w pięknej uroczystości tyle zasłużonego, a tak nam blizkiego krakowskiego Towarzystwa technicznego, z którem nas łączy i coraz więcej łączyć będzie wielka liczba punktów stycznych na polu zdrowia publicznego.

* IV-ty międzynarodowy Kongres ginekologiczny odbędzie się w Rzymie od 15 do 21 września b. r. Pismem z d. 31 lipca austryackie ministeryum spraw wewnętrznych wezwało namiestnictwo lwowskie do uwiadomienia lekarzy w Galicyi, że wszelkie zgłoszenia na ten Kongres należy adresować: Mr. le Dr. Cesare Micheli, tresorier du Comité *(Rome, via Rosellé, 127)*, który wysyła legitymacye, służące do uzyskania przyznanych członkom Kongresu 40—60% zniżki na kolejach i okrętach włoskich. W tym celu zgłaszający się powinni dokładnie oznaczyć linię kolejową, którą zamierzają odbyć podróż do Rzymu, dalej podać imię i nazwisko, adres i dołączyć kartę wizytową. W biurze wywiadowczem, na dworcu w Rzymie, wskazywane będą mieszkania po zniżonych cenach w hotelach I i II-giej klasy.

* Okólnik ministerstwa spraw wewnętrznych, dotyczący walki z gruźlicą, o którym podaliśmy wzmiankę w Nr. 32 »Przeglądu lek.«, ma być odbity w formie broszurowej i rozesłany władzom politycznym do rozdzielenia między instytucye, towarzystwa i zakłady lekarskie, szkolne, robotnicze i t. d. Ze względu na stosunki językowe w Austryi ministeryum zaleca przełożenie tej broszury na języki krajowe i następnie rozesłanie poosobnym prowincyom.

* Komisya niemiecka do badania częstości raka w Niemczech, która pod przewodnictwem Leydena rozpoczęła swoje prace w roku 1900, wydała pierwsze sprawozdanie ze swej działalności. W Niemczech nalicza Komisya obecnie 12.140 przypadków raka, w tej liczbie 4.430 mężczyzn a 7.114 kobiet, t. j. 245 na milion. Znacznie wiecej niż połowa chorych ma ponad 70 lat życia; rak narządu trawienia wynosi 70% wszystkich przypadków.

* Sądząc z statystyki p. Tarnowskiego (Żurnal minist. justicii, 4, 1902), moralność w Rosyi nie idzie w parze z rozrostem politycznym. Kiedy w r. 1884 popełniono zbrodni 138.499 (kradzieże 45.445, uszkodzenie ciała 17,727, morderstwa 6,708), to w roku 1900 stwierdzono zbrodni 204.474 (kradzieże 63.697, uszkodzenie ciała 47,935, morderstwa 8,681).

* W Hamburgu od 2 do 10 maja 1903 r. odbędzie się higieniczna wystawa mleczarska.

* Między 30—VII a 5—VIII doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następująch powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gmina), jaworowskim (2 gm.), kamioneckim (3 gm.), kołomyjskim (1 gm.), nadworniańskim (2 gm.), peczeniżyńskim (1 gm.), podhajeckim (1 gm), skałackim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 34, w tygodniu poprzedzającym 40.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXXI od (27—VII—2—VIII). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 13. urodziło się dzieci 52, zmarło osób 39, mianowicie: z gruźlicy 9 (3 zamiejsc.), z zapalenia płuc 7, z błonicy 1 (zam.), z płonicy 2 (1 zam.), z cholery dziecięcej 3 (1 zam.).

Bibliografia:

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 8. Pinkus: O sposobach badania plwociny w pierwszych okresach gruźlicy. Mogilnicki: O własnościach odkażających formaliny. Serkowski: O badaniu przez lekarzy produktów spożywczych, dostarczanych do szpitali (dok.). Wychowski: Dwukrotna ciąża zamaciczna (jajowodowa) u jednej kobiety (spostrzeżenie z praktyki).

— *Medycyna* Nr. 33. Szymański: Przypadek 8-mio miesięcznej ciąży brzusznej. Fryszman: O mięsaku gruczołu krokowego.

— *Gazeta lekarska* Nr. 33. Jan Piltz: O parodoksalnem oddziaływaniu źrenic na światło. Niezwykły przypadek zwężania się źrenic przy usuwaniu oświetlenia oka. Henryk Higier: Współruchy swoiste w obrębie porażonego zwieracza *(m. orbicularis palpebralis)*, i dźwigacza powieki górnej *(m. levator palpebrae superioris)*. Roman Barącz: O przepuklinach lędźwiowych i brzusznych bocznych (laparocele) (dokończ.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 33. O. Matyáš: Změny mišni po ztrátě končetin. Brejtman: O příjičných onemocněních srdce.

— *La Présse médicale* Nr. 64. Méry: Zapalenie otrzewnej z powodu przedziurawienia w durze brzusznym u dzieci. Mesnard: Lecznicze zastosowanie piramidonu.

— Nr. 65. Castaigne i Rathery: O trujących własnościach istoty nerkowej i o nefrotoksynach. Romme. Zatrucie ołowne.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 32. Hansemann: O leczeniu i uleczalności suchot płucnych. Aujeszky i Wenhardt: Przyczynek do sprawy aglutynacyi prątków moru. Görges: O nowych środkach leczniczych, aspirynie i naparstnicy dyalizowanej. Adler Przyczynek do statystyki przymiotu trzeciorzędnego. Riechelmann: Statystyka raka z anatomo-patologicznego punktu widzenia (dokończ.). Glaessner: Dodatek do moich uwag p. t. »Miejscowe rozpoznanie guzów żołądka« w Nr. 29 tego czasopisma.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 33. Federn: O mierzeniu ciśnienia krwi u ludzi. Königstein: O rozmnożeniu prątków gruźliczych w plwocinie. Fleger: Przyczynek do kazuistyki syringomyelii i o zdarzających się przy tej chorobie zaburzeniach skórnych.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 32. Cloetta: O wydzielaniu się kwasu solnego. Müller: O wytwarzaniu hemolitycznych amboceptorów za pomocą wstrzykiwań surowicy. Galewsky i Hübener: O leczeniu t. zw. stwardnień plastycznych w ciałach jamistych prącia. Krönig: Przeprowadzenie porodu przy miednicy wązkiej. Hösslin: O »purgatynie« nowym leku przeczyszczającym. Köster: O stosunku etyologicznym między pląsawicą a chorobami zakaźnemi, w szczególności z zakażeniem gośćcowem. Mayer: Doświadczenia z stosowaniem olejku terpentynowego i przetworów pokrewnych w zapaleniu jelita ślepego. Grassmann: Śmiertelny krwotok do worka sieciowego, przebiegający pod postacią ostrej niedrożności jelit. Stich: O toksykologii fosforu. Schlagintweit: O technice cystoskopijnej. Steinert: O kurczu intencyjnym narządu mowy t. zw. »Aphthongie«. Odpowiedź na krytykę Dra Beckera. Lüthje: O zmniejszeniu się odruchu kolanowego w zapaleniu płuc. Kövesi i Róth-Schulz: Uwagi nad artykułem »Badania fizyologiczne i patologiczne czynności moczowodów i nerek ze szczególnem uwzględnieniem rozcieńczającej czynności nerek po spożyciu płynu«.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 33. König: Sposoby resekcyi stawu skokowego i wyniki. Hoffmann: O pokryciu ubytków na czaszce za pomocą płytek kostnych zabranych z sąsiedztwa. Mühlens: O obecnem rozszerzaniu się zimnicy w północno-zachodnich Niemczech. Volhard: Przypadek guza w cauda equina.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 30 Sierpnia 1902. Nr. 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału mężkiego chorób wewnętrznych lwowskiego Szpitala powszechnego.

Drugi przypadek tęgoryjca *(ankylostoma)* w Galicyi.

Podał

Dr. Aleksander Zawadzki.

(Według demonstracyi w lwowskiem Towarzystwie lekarskiem dnia 5 lipca 1902).

Pierwszy przypadek tej choroby zdarzył się w r. 1899 i został ogłoszony przez prof. Gluzińskiego w „Przeglądzie lekarskim".

Przypadek obecny dotyczy rolnika, który przed ośmiu laty wywędrował z rodziną do Brazylii i osiadł w prowincyi St. Paulo, gdzie też przebywał i ów pierwszy chory, z którym się zresztą zna dobrze i podaje, że się cieszy zupełnem zdrowiem. Tam w Brazylii oddawał się ciągle rolnictwu, korczując z początku lasy pod rolę, później kopiąc nasypy kolejowe. Od pierwszego roku pobytu nabawił się, podobnie jak i wszyscy jego towarzysze, zimnicy, która go rok w rok nawiedzała, trwając jednak za każdym razem niespełna miesiąc.

D. 22. maja 1901 r. wrócił z rodziną do kraju, wszyscy w zupełnie dobrym stanie zdrowia. Wkrótce jednak zapadło jedno dziecko i po miesiącu umarło; ledwo upłynęło 4 tygodnie umiera drugie, a po czterech miesiącach żona; ostatnie dziecko, córkę, opuścił chory w takim stanie, że wątpi, by jeszcze żyć mogła. Sam zaś zachorował również w tym czasie, bo w dwa do trzech miesięcy po powrocie; rok cały chorował w domu, lecząc się bezskutecznie u okolicznych lekarzy, aż 18 czerwca b. r. zgłosił się do lwowskiego szpitala.

Chory przedstawia się jako człowiek o bardzo silnej budowie i oprócz objawów niedokrewności nie okazuje żadnych zaburzeń w czynnościach wszystkich narządów.

Zmiany we krwi są bardzo daleko posunięte: badanie jej w dniu 21 czerwca wykazuje:

Ciałek czerwonych . .	2,300.000
„ białych	10.000
hemoglobiny	23%.

Ciałka białe okazują stosunek następujący:

wielojądrzastych	55·08%
jednojądrzastych małych .	17·13%
jednojądrzastych dużych .	8·22%
przejściowych	3·74%
eozynofilnych	15·42%
ciał. czerw. jądrzastych .	0·4%.

Krew nadto okazuje wybitną poikilocytozę i polichromatofilię, zawiera sporo mikrocytów, a nieznaczną ilość makrocytów.

Stolec półpłynny, alkaliczny, barwy ziemistej, pod drobnowidem przedstawia obraz kału prawidłowego, zawiera natomiast wielką ilość jaj tęgoryjca dwunastnicy, obok pewnej ilości jaj włosogłówki ludzkiej *(trichocephalus dispar)*. Jaj tych na jednem polu w cieniutkiej warstewce pod trójką mieści się trzy do sześciu. Prócz jaj widać sporą ilość liszek tkwiących jeszcze w osłonce, oraz i takich, które się już wykłóły. Liszki te okazują niezwykłą żywotność i odporność. Zmieszane bowiem z płynem Flemingowskim słabszym i zatopione w parafinie, okazywały ruchy jeszcze po trzech dniach.

D. 23. czerwca podano choremu wyciąg paprotki na czczo *(extractum filicis)*, około południa dwa proszki kalomelu, poczem popołudniu oddał chory trzy stolce w przeciągu godziny, w których pasorzytów dojrzałych przy powierzchownem oglądaniu nie widać; stolca z dnia następnego nie badano; dopiero po trzech dniach w stolcu ciągle półpłynnym widzieć je można było gołem okiem. Dobyto ich z małej ilości kału 30 sztuk, w tem 22 samic i 8 samców. Następnego dnia jeszcze widać kilka pasorzytów, później znikły; jaja znikły również, lecz 4 lipca okazały się znów w bardzo nielicznej liczbie; zaszła więc potrzeba powtórzenia środka przeciwczerwiowego.

Choremu nie podano leków krwiotwórczych, ani żadnych innych; dostawał tylko obfitszą i skrzepiającą dyetę, kąpał się i przebywał dowoli w ogrodzie szpitalnym. W tym krótkim przeciągu czasu (12 dni) stan jego o tyle się poprawił, że gdy po przybyciu do szpitala nie był w stanie przejść przez pokój, doznawał bowiem duszności, bicia serca i ogólnego osłabienia, graniczącego z omdleniem, to obecnie uczucie wyczerpania sił znikło, chory chodzi bardzo wiele i czuje się na siłach iść do domu. Krew w tym czasie uległa również pewnej zmianie, szczególnie co do liczby ciałek białych. Przedstawia się bowiem tak:

Ciałek czerwonych . .	2,850.000
„ białych	8.750
hemoglobiny	23%

W tem:

wielojądrzastych	66·87%
jednojądrzastych małych .	12·88%
jednojądrzastych dużych .	4·30%
przejściowych	1·22%
eozynofilnych	14·73%

Ciałka czerw. jądrzaste znikły.

Kliniczne spostrzeganie nie wykazuje żadnego zresztą zboczenia w czynnościach ustroju. Znać, że niedokrewność choć tak daleko posunięta i tak długo trwała, nie zdołała jeszcze zwichnąć tych czynności silnego ustroju. Dowodzi

tego i badanie moczu, a szczególnie bilansu azotu, który w pierwszych dniach tak się przedstawia:

azotu	11·98 gr.	na dobę
kw. moczowego . .	0·62 „	
c. ksantynowych .	0·087 „	
mocznika	28·22 „	

A więc ilości wprawdzie wszędzie niższe, ale stosunek ich do siebie waha się w granicach prawidłowych, prócz jednych ciał ksantynowych, które tu w stosunku do kw. moczowego dosięgły ilości niebywale wysokiej.

To zachowanie się ciał ksantynowych w tym składzie wydaje się być tylko dowodem podrażnienia wątroby znacznym rozpadem krwi, podobnie jak i śledziona musi tu być podrażniona, a nie objawem zwichnięcia jej czynności. Mocz zawiera nadto olbrzymie ilości urobiliny.

Obecnie po tych dniach dwunastu i mocz uległ znacznej zmianie. Przedewszystkiem urobilina, ów wytwór rozpadu krwi, znikła zupełnie tak, że jej nawet spektroskopem wykazać nie można. Ilość ciał azotowych podniosła się nieco, podczas gdy ciał ksantynowych się zmniejszyła przeszło o 50% i wynoszą 0.03 na dobę.

Z tego krótkiego porównania stanu krwi, przemiany materyi i stanu podmiotowego, przeprowadzonego w okresie zaledwie dni dwunastu, można wnioskować, że ustrój powoli wracać będzie do zupełnej równowagi.

Jedno jeszcze zwraca uwagę w wywiadach, mianowicie fakt, że wszyscy ci ludzie, pięcioro osób, zapadli dopiero po powrocie do kraju. I jeżeli to nie jest niezwykły zbieg okoliczności, to odnosi się wrażenie, że to nasz klimat stwarza warunki do rozwinięcia się tej choroby w postać tak ciężką. My wiemy, że tęgoryjec dwunastnicy *(ankylostoma duodenale)* nie zawsze jest groźnym nabytkiem dla człowieka. Wszak p. Dobson, badając stolce 1250 Hindusów, ludzi zupełnie zdrowych, niemal w 76% znalazł jaja tego pasożyta, z czego słusznie wnioskuje, że często może on być niewinnym dla ustroju; a odporność ta ustroju, według jego badań, nie zależy od rasy, ale od jakichś innych warunków.

Mamy prawo podejrzywać, że te dwa przypadki, spostrzegane we Lwowie, nie są jedynymi w kraju i że więcej ich nierozpoznanych znajduje się po powiatach, szczególnie po tych, gdzie osiadają emigranci, wracający z Brazylii. Władze sanitarne powinnyby to zbadać i gdyby się istotnie to przypuszczenie sprawdziło, zaprowadzić pewną kontrolę, aby ci, którzy wracają do ojczyzny, nie stali się rozsadnikami nowej choroby, względnie, aby w nich samych w zarodku stłumić tę chorobę, która im niechybną zagraża śmiercią.

II. Oko a ucho, wzajemny ich stosunek i zależność pod względem anatomicznym i klinicznym.

Podał

Dr. R. Spira.

II.

W poprzedniej części *(Przegl. lek.* N. N. 19, 20 i 21 b. r.) przedstawiliśmy stosunki tych narządów, ich analogie, podobieństwa, powinowactwa pod względem rozwojowym, postaciowym, anatomicznym, fizyologicznym i patologicznym, jednoczesność ich zachorowań na podstawie jednej wspólnej przyczyny.

Przechodząc do stosunków ściślejszych tych narządów zmysłowych, mianowicie do wpływu wywieranego przez jeden z tych narządów na drugi, musimy odróżnić dwa rodzaje tych wpływów: *A)* w szeregu przypadków stwierdzić można, że choroby ucha pośrednio lub bezpośrednio pociągają za sobą choroby oka i odwrotnie; *B)* w innych znowu przypadkach podrażnienia i stany chorobowe w jednym narządzie wywołują drogą odruchową objawy i stany chorobowe w drugim. Z góry zaznaczyć musimy, że nie zawsze można z wszelką stanowczością i pewnością stwierdzić, czy spostrzegane objawy wtórorzędne zostały wywołane na drodze odruchowo-nerwowej i należą do kategoryi *B.*, czy też powstały wskutek zmian chorobowych, które przeszły z jednego narządu na drugi, według kategoryi *A.*

A) Bardzo często w przebiegu chorób ucha środkowego występuje porażenie nerwu twarzowego, którego następstwem bywa porażenie mięśnia okrężnego powieki z następowem opadnięciem powieki górnej po stronie porażonej.

Wiadomo, że w przebiegu chorób kości skalistej i łącznie z niemi przychodzi nierzadko do różnych powikłań śródczaszkowych, jak zapalenie opon mózgowych, ropnie w mózgu, zakrzep zatok żylnych na podstawie mózgu, ogólna ropnica. Że zaś powikłania te nie mogą pozostać bez wpływu na narząd wzrokowy, łatwo zrozumieć. Zmiany w oku, wywołane śródczaszkowemi powikłaniami chorób usznych, są następujące: 1) zaburzenia ruchowe mm. ocznych, skurcz ich lub porażenie; 2) zmiany w dnie oka, na tarczy wzrokowej; 3) zaburzenia krążenia w zakresie odpływu krwi żylnej z oka; 4) zropienie tkanki tłuszczowej zaoczodołowej.

U dzieci z próchnieniem kości skalistej może przyjść do gruźliczego zapalenia opon i do gruzełków w naczyniówce. Do objawów ocznych zapalenia opon należą: światłowstręt, zwiększony połysk oka, złe oddziaływanie źrenicy, albo brak oddziaływania; nierówność źrenic, widzenie podwójne, zez. Porażenie mm. ocznych *(deviation conjugeé)* wraz z niemotą spostrzegał Urbantschitsch przy zapaleniu opon mózgowych wskutek częściowej opuchliny mózgu.

Zaburzenia źreniczne i zapalenie nerwu wzrokowego bywają także częste przy ropniu mózgowym. Ropień w płacie skroniowym lub w móżdżku wywołuje często zapalenie nerwu wzrokowego, porażenie mięśnia okoruchowego, a więc opadnięcie powieki górnej, rozszerzenie i nieruchomość źrenic, porażenie mm. ocznych zewnętrznych. Heine [20]) spostrzegał ślepotę przy ropniu mózgowym pochodzenia usznego, spowodowaną zanikiem nerwu wzrokowego wskutek długotrwałego ucisku. O różnych zaburzeniach ocznych przy ropniu mózgowym wspomina Heiman [21]) i inni. Ucisk ropnia na most Varola wywołuje opadnięcie powieki i niedowład ruchów ocznych; ucisk w obrębie tylnego dołu czaszkowego — zwężenie źrenicy. Przy ropniu móżdżku uważano nadto drżenie öcz, zapalenie nerwu wzrokowego, przymusowe ułożenie öcz, rozszerzenie źrenic, zez (Okada [22]). Podobne zmiany w narządzie wzrokowym istnieją przy ropniu we wzgórku czworaczym. Najczęstszemi zmianami w takich powikłaniach są objawy zastoinowe w dnie oka z zapaleniem nerwu wzrokowego, lub bez takowego tak, że objawy te są prawie cechujące dla zapalenia opon pochodzenia usznego, w przeciwieństwie do tej choroby innego pochodzenia. Hessler [23]) naliczył w swej praktyce 398 przypadków ropnicy pochodzenia usznego obejmującej następujące za-

burzenia w narządzie wzrokowym: zez zbieżny i rozbieżny, wysadzenie oka, widzenie podwójne, opadnięcie powiek, obrzmienie spojówki gałkowej, nabrzmienie powiek, opuchlinę twarzy, ślepotę, porażenie nerwów: okoruchowego i odwodzącego, niemotę, opuchlinę gałki ocznej, wrzód rogówki i ropień zaoczodołowy.

W $^2/_3$ przypadków tak samego zapalenia zatoki żylnej, jak i powikłanego zapaleniem opon, stwierdzono porażenie mm. ocznych. Porażenie takie może w przebiegu zapalenia ucha środkowego pojawiać się nietylko jako objaw odruchowy (p. niżej), lecz także jako następstwo udzielenia się choroby odpowiednim nerwom. Habermann [24]) opisuje przypadek porażenia nerwu odwodzącego w ropnem zapaleniu ucha środkowego, wskutek przeniesienia się zapalenia z ucha na nerw. Styx [25]) spostrzegał przypadek takiego porażenia skutkiem przedostania się zapalenia z ucha drogą przewodu tętniczo-szyjnego *(canalis caroticus)* do nerwu odwodzącego. Według zdania Habermanna zajęcie chorobowe tego nerwu w przebiegu głęboko drążącej w kości skalistej sprawy zapalnej możebne jest tam, gdzie nn. mięśni ocznych wnikają do opony twardej tuż nad szczytem ostrosłupa kości skalistej. Porażenia tego nerwu i nerwu bloczkowego w chorobach ucha środkowego i błędnika należy wedle H. zawsze odnieść do powikłań śródczaszkowych, a w tych przypadkach, w których przy oględzinach grubszych zmian wewnątrz czaszki nie znaleziono, należy przypuścić surowicze zapalenie opon, albo nieznaczne zapalenie opony naczyniowej, jako przyczynę porażenia mięśni.

Podobne przypadki porażenia mm. ocznych skutkiem wikłającego zajęcia opon mózgowych widział Jansen Brieger *(Encyklopaedie d. Ohrenh.)* uważa takie porażenie w chorobie usznej bez poprzedzającego zapalenia opon za nieprawdopodobne. Kessel *(ibidem)* widział nawet przypadek, w którym ropień pozadurowy sięgający od lewego do prawego dołu czaszkowego wywołał porażenie n. okoruchowego i odwodzącego, podczas gdy te same nerwy po stronie chorego ucha były nietknięte.

Braunstein *(Arch. f. Ohr. T. 55)* uważał w 88 przypadkach niepowikłanego ropnia pozadurowego, pochodzenia usznego u 18·5% zmiany chorobowe w oczach, jak zmiany na dnie oka, drżenie gałek i zez. Ostatnie objawy były może wywołane drogą odruchową ze strony błędnika.

Ostman przytacza dwa przypadki ropnego zapalenia ucha środk. połączonego z gwałtownymi bólami w głębi gałki, które odnieść należy do sprawy zapalnej w *ganglion Gasseri.* Na podstawie tych spostrzeżeń zapalne zajęcie czuciowych gałązek n. troistego w przebiegu ropnego zapalenia ucha środk. objawia się ciągłymi bardzo silnymi, wiercącymi bólami w głębi oczodołu obok rwy pod- i nadoczodołowej.

W pewnych przypadkach zapalenia i zakrzepu zatoki poprzecznej, powstałego w następstwie choroby usznej, zakrzep i zapalenie mogą z tej zatoki rozszerzyć się przez zatoki skaliste (dolną i górną) do zatoki jamistej, do której uchodzi żyła oczna *(vena ophthalmica).* W następstwie tego, wskutek zatrzymanego odpływu krwi żylnej z oczodołu do zatoki jamistej przychodzi do opuchliny zaoczodołowej, wywołującej wysadzenie i nieruchomość gałki ocznej, szerokie i nieruchome źrenice i przez zastój mechaniczny w naczyniach siatkówkowych — przemijającą ślepotę. Obok tego występują nabrzmienia w zewnętrznem otoczeniu oka, na powiekach, czole i nosie, a wybroczyny na nabrzmiałej spojówce. Ucisk zakrzepu na przebiegające w tej zatoce nerwy: odwodzący i okoruchowy prowadzi do porażenia tych nerwów i następowego opadnięcia powieki górnej i porażenia mięśnia prostego zewnętrznego. Ucisk na pierwszą gałąź nerwu troistego, przebiegającego również w tej zatoce, wywołuje rwę nadoczodołową, łzawienie, światłowstręt, nieczułość spojówki i rogówki, owrzodzenia rogówki, nawet zropienie oka. Badanie dna oka wykazuje wysokiego stopnia zmiany zastoinowe w naczyniach siatkówki aż do wybroczyn w siatkówce. Bircher [26]) opisuje przypadek zapalenia zatoki poprzecznej, jamistej i skalistej dolnej, w którym ropa sięgała do szczytu ostrosłupa kości skalistej z równoczesnem podrażnieniem nerwu troistego i porażeniem nerwu okoruchowego.

Wogóle zmiany różnego stopnia w dnie oka, jak rozszerzenie naczyń żylnych, opuchlina siatkówki i tarczy, zamazanie obrysów tarczy, tarcza zastoinowa i zapalenie nerwu wzrokowego tak często towarzyszą powikłaniom mózgowym choroby usznej, że badanie dna oka należy do najważniejszych środków rozpoznawczych tych powikłań. Zmiany te mogą zwracać uwagę na istniejące powikłanie w czasie, gdy jeszcze niema żadnych innych, wskazujących na nie objawów przed- i podmiotowych, jak to pierwszy Zaufal w r. 1881 na to zwrócił uwagę. Zależność tych zmian w oku od stanu powikłań śródczaszkowych uwydatnia się także w tem, że ustępują one powoli po wyleczeniu tego powikłania przez wykonanie np. zabiegu chirurgicznego (trepanacya wyrostka i t. d.) [27]). Już pierwsze objawy chorobowego przekrwienia tarczy nerwu wzrokowego w oku do tej pory prawidłowem budzą podejrzenie powikłania śródczaszkowego i stanowią wskazanie do trepanacyi wyrostka sutkowego. Zapalenie nerwu wzrokowego, utrzymujące się po tej operacyi, jest *malum omen* dla rokowania.

Patogeneza tych zmian na dnie oka nie jest jeszcze całkiem wyjaśniona. Podczas gdy jedni (Graefe, Schmidt Mang i inni) uważają je jako skutek wzmożonego parcia płynu mózgowo-rdzeniowego, inni (Leber, Deutschmann, Elschnig i inni) odnoszą je do obecności w tym płynie substancyj wywołujących zapalenie, które dostawszy się drogą naczyń chłonnych do nerwu wzrokowego, wywołują tu zmiany zastoinowe przyrody zapalnej. Elschnig [28]) wskazuje na tę okoliczność, że z jednej strony mimo silnego parcia śródczaszkowego, spłaszczenia zakrętów mózgowych, rozszerzenia komór mózgowych, tarcza wzrokowa często zostaje nietkniętą, podczas gdy w innych przypadkach znachodzi się nieraz typowa tarcza zastoinowa obok braku powiększonego ucisku śródczaszkowego i na podstawie swoich poszukiwań i spostrzeżeń przychodzi do wniosku, że tarcza zastoinowa nie jest niczem innem, jak zapaleniem nerwu wzrokowego z nadzwyczaj wybitnem jego nabrzmieniem. Zdaniem Schwartzego [29]) przyczyny przekrwienia lub zastoju tarczy szukać należy w zapalnem wzmożeniu płynu podpajęczego i mechanicznem zatrzymaniu jego pod osłonką nerwu wzrokowego w gałce ocznej. Być może, że zatkanie i podrażnienie przewodów chłonnych wzdłuż naczyń środkowych przez drobnoustroje ropotwórcze odgrywa jakąś rolę w powstaniu tych zmian.

Hansen [30]) znalazł na 97 przypadków chorób mózgowych pochodzenia usznego w 52 przypadkach zmiany na dnie oka, a mianowicie stwierdził takowe w ropniach za twardó-

wką w 18%, w przekrwieniu i surowiczem zapaleniu opon w 87·5%, w zapaleniu ropnem opon w 50%, w ropniach mózgu w 42%, zakrzepie zatoki żylnej w 44·8%. Na podstawie swego krytycznie roztrząsanego materyału sądzi H., że wprawdzie w pewnych przypadkach przeszkody w łożysku prądu wielkich naczyń czaszki mogą powodować zmiany w tarczy, natomiast w innych przypadkach teorya uciskowa z pewnością nie wystarcza do wytłómaczenia tych zmian na dnie oka i wyraża przypuszczenie, że dalsze badania niezawodnie wyjaśnią, że nie sam czynnik mechaniczny, lecz w połączeniu z czynnikeim zapalnym i z przewagą raz pierwszego, innym razem drugiego czynnika jest przyczyną tych zmian ocznych w różnych chorobach mózgowych. Odwrotnie ciężkie uszkodzenie narządu usznego spowodowane zajęciem oka rzadko tylko spostrzegano. I tak Moos *(Arch. für Aug. und Ohr. T. 7. str. 508)* podaje przypadek, w którym po ubustronnej operacyi zaćmy nastąpiła *panophtalmitis,* do której się przyłączyło zapalenie opon z następową ubustronną głuchotą.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z zakładów: anatomii patologicznej i medycyny sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

O zmianach drobnowidowych u podstawy oddzielającej się pępowiny i ich sądowo-lekarskiem znaczeniu.

Podali

Dr. L. K. Gliński i Dr. S. Horoszkiewicz

Asystenci zakładów.

(Dokończenie).

Zestawiając obecnie wyniki naszych badań z badaniami Kockela (por. Tabl. I i III), przyjść musimy do wniosku, iż odnośnie do dzieci żywo urodzonych wyniki naszych badań nie różnią się od siebie zasadniczo. Wprawdzie na 7 pierwszych naszych przypadków (noworodki w wieku $^1/_2$—10 godzin) zaledwie u dwóch noworodków znaleźliśmy nacieki, względnie luźne skupienia leukocytowe, podczas gdy Kockel na 6 przypadków znalazł nacieki 4 razy, różnica tutaj jednak jest tylko ilościowa, nie zaś jakościowa i znaczenia żadnego jej przypisać nie możemy. U dzieci w wieku 10—20 godzin na trzy badane przypadki znaleźliśmy w dwu-nacieki, w jednym (u noworodka 20 godzinnego) nacieków nie stwierdziliśmy; podobnież i Kockel na dwa badane przypadki w jednym znalazł nacieki, w drugim ich nie znalazł. U dzieci w wieku powyżej 24 godzin zarówno Kockel, jak i my stale znajdowaliśmy nacieki, najzbitsze w warstwach obwodowych pępowiny, luźniejsze ku środkowi, które u dzieci starszych na pograniczu pępowiny i części skórnej tworzyły zbity naciek w postaci t. zw. przez Kockela płytki demarkacyjnej.

Mniej zgodne wyniki w porównaniu z Kockelem otrzymaliśmy przy badaniu pępowin płodów nieżywo urodzonych, a mianowicie: na 17 badanych przez Kockela przypadków w 15-tu nie znalazł on żadnych nacieków ani skupień leukocytowych. W przypadku 16-tym (9-miesięczny płód świeżo zmacerowany) znalazł Kockel u podstawy pępowiny naciek leukocytowy, zajmujący jednakże tylko części osiowe, a mianowicie leżący w otoczeniu naczyń włosowatych, oraz w obwodowych warstwach ściany jednej z tętnic pępowinowych. W przypadku 17-tym (płód donoszony z wodogłowiem) cała pozostałość pępowiny była usiana licznymi jedno- i wielojądrzastymi leukocytami; naciek ten jednakowoż zajmował głębsze warstwy pępowiny i głównie otoczenie naczyń pępkowych. W obydwu tych przypadkach charakterystyczne miejsca (warstwy obwodowe pępowiny tuż ponad brzegiem naskórkowym) były wolne od nacieków. Na 21 przypadków badanych przez nas, w 14 również nigdzie nie stwierdziliśmy nacieków leukocytowych, w trzech przypadkach znaleźliśmy nacieki, względnie skupienia leukocytowe, usadowione niezupełnie charakterystycznie, wreszcie w czterech pozostałych przypadkach mniej lub więcej rozległe nacieki leukocytowe znajdowały się w warstwach obwodowych pępowiny, tuż ponad brzegiem naskórkowym, a więc nie różniły się niczem od nacieków, uważanych przez Kockela za charakterystyczne dla dzieci żywo urodzonych.

Jak więc widzimy, nacieki leukocytowe w powierzchownych warstwach podstawy pępowiny (tuż ponad brzegiem naskórkowym) spotykać się mogą u płodów nieżywo urodzonych; — z drugiej znów strony u dzieci, które żyły nawet pewien dłuższy czas po urodzeniu się, możemy nie znaleść ani śladu tych nacieków, jak wymownie świadczy o tem jeden z naszych przypadków (10-ty), gdzie jeszcze u 20-godzinnego noworodka nie znaleźliśmy ani śladu nacieków (podobnież i Kockel nie znalazł nacieku u dziecka, które żyło 13—16 godzin). Tak więc obecność niezbyt rozległych nacieków leukocytowych w obwodowych warstwach pępowiny nie dowodzi jeszcze, iż dziecię żyło życiem pozałonowem; z drugiej zaś strony brak tych nacieków nie świadczy, iż płód urodził się nieżywym. Wobec tego badanie drobnowidowe pępowiny dzieci, które żyły nie więcej, niż jedną dobę, nie daje nam żadnej pewnej wskazówki, czy dziecię wogóle żyło życiem pozałonowem, a tembardziej nie może być podstawą do oceniania, jak długo dziecię żyło po urodzeniu się.

Jeśli w dalszym ciągu zwrócimy się do dzieci, które żyły więcej, niż jedną dobę, to u tych zarówny my, jak i Kockel stale spotykaliśmy bardzo wyraźne nacieki leukocytowe, tworzące u dzieci starszych wyraźną już makroskopowo (na preparatach, barwionych metodą van Giesona) płytkę demarkacyjną na pograniczu pępowiny i części skórnej. Stałe pojawianie się tych nacieków u dzieci, które żyły dłużej, niż jednę dobę, świadczy o tem, iż oddzielanie się pępowiny stale odbywa się drogą demarkacyi, które to zresztą zapatrywanie obecnie, wbrew twierdzeniu nielicznych autorów (n. p. Robina), jest ogólnie przyjętem w nauce i jest łatwo zrozumiałem wobec tego, że wszędzie, gdzie styka się część obumarła (a za taką uważać musimy pozostałość pępowiny) z tkanką zdrową, oddzielenie tej obumarłej części odbywa się drogą demarkacyi. Z badań dotychczasowych (Kockela i naszych) również zdaje się wynikać, iż obecność wyraźnej płytki, złożonej z leukocytów, na pograniczu pępowiny i pępka skórnego jest cechą charakterystyczną dla dzieci, które żyły po urodzeniu się przynajmniej jedną dobę. Z drugiej jednakowoż strony ze szczegółowych badań Haberdy, Winckela, Haakego, Théasa i innych wynika, że prawie w 6,6% ogólnej liczby przypadków (na 425 spostrzeganych przez wzmiankowanych autorów przypadków 28 razy) pępowina całkowicie się oddziela już w ciągu drugiej doby, a wyjątkowo nawet

wcześniej; temsamem i tworzenie się powodujących to oddzielenie pępowiny nacieków leukocytowych musi w tych przypadkach odbywać się szybciej; wobec tego z góry już należałoby przypuścić możliwość wcześniejszego, niż po 24 godzinach występowania wyraźnej, złożonej z leukocytów płytki pogranicznej. Za tem ostatniem przypuszczeniem prócz względów teoretycznych przemawia również bardzo wymownie jeden z naszych przypadków (Tablica I, przypadek 2), gdzie u noworodka, który żył najwyżej $^1/_2$ godziny życiem pozałonowem, znaleźliśmy u podstawy pępowiny na całem prawie pograniczu bardzo rozległy naciek leukocytowy, przerywający się tylko na bardzo małej przestrzeni. Sądzić należy, iż już przy nieco dłuższem życiu tego dziecka naciek zająłby i pozostałe części podstawy pępowiny i utworzyłby bardzo wcześnie jednolitą płytkę demarkacyjną. Z drugiej znowuż strony wiemy, iż niekiedy pępowina utrzymuje się przy ciele noworodka bardzo długo, a jak stwierdzają nasze badania, jeszcze u 20-godzinnego noworodka może nie być nawet śladu rozpoczynającego się oddzielania pępowiny (całkowity brak nacieku leukocytowego); wobec tego już *a priori* przypuścić musimy, że nawet u dzieci, które żyły znacznie dłużej, niż 24 godziny, możemy nie znaleźć wyraźnej płytki demarkacyjnej, jak zresztą o tem świadczy nasz przypadek 15-ty (Tablica I), gdzie u dziecka 3-dniowego naciek nie utworzył jeszcze wyraźnej płytki pogranicznej.

Jednem słowem, uwzględniając wszystkie wyżej przytoczone okoliczności, nie możemy przypisać badaniom drobnowidowym podstawy pępowiny większego sądowo-lekarskiego znaczenia, a to dla następujących względów: 1) całkowity brak nacieków leukocytowych u podstawy pępowiny nie daje nam jeszcze możności ocenić, co zresztą przyznaje i sam Kockel, czy dziecię urodziło się żywe, lub też przyszło na świat martwe; 2) nacieki leukocytowe w obwodowych warstwach podstawy pępowiny spotkać możemy nietylko u noworodków, które żyły pewien czas po urodzeniu się, lecz także wbrew twierdzeniu Kockela i u nieżywo urodzonych płodów, a więc na podstawie istnienia tych nacieków nie możemy jeszcze twierdzić, iż dziecię żyło życiem pozałonowem; 3) wobec tego, iż nacieki w obwodowych warstwach pępowiny spotykać się mogą u płodów nieżywo urodzonych, nie mogą więc one być podstawą do oceniania, jak długo dziecię żyło po urodzeniu się; 4) jedynie tylko obecność rozległego nacieku leukocytowego u podstawy pępowiny w postaci t. zw. płytki demarkacyjnej świadczyć się zdaje o niewątpliwem życiu pozałonowem noworodka; jednak nawet obecność takiej płytki nie uprawnia nas jeszcze do stanowczego orzekania, jak długo trwało życie pozałonowe dziecięcia: zwykle świadczy ona o dłuższem, niż 24 godziny trwającem życiu pozałonowem, może jednakże występować także wcześniej lub później.

Wogóle więc badanie drobnowidowe podstawy pępowiny w podejrzanych przypadkach może mieć znaczenie tylko wyjątkowo, i to tylko w takich przypadkach, gdzie życie dziecięcia trwało już pewien dłuższy czas, a jak wiadomo w takich przypadkach prawie zawsze dają nam pewne wyniki próby, prostsze w zastosowaniu, jak przedewszystkiem najdawniejsza próba płucna, oraz żołądkowo-jelitowa. Bądź co bądź, badanie to, jako próba pomocnicza, nie powinno być zaniedbywane w przypadkach szczególniejszej wagi, gdyż zwłaszcza w razie istnienia charakterystycznej płytki pogranicznej może być rozstrzygającem co do pytania, czy dziecię żywe przyszło na świat, a zarazem może nas uprawniać do orzeczenia z pewnem, dość dużem prawdopodobieństwem, iż dziecię to żyło pewien dłuższy czas, zwykle więcej, niż 24 godziny. O tyle tylko na podstawie naszych badań możemy przypisywać pewne sądowo-lekarskie znaczenie badaniom drobnowidowym oddzielającej się pępowiny. Kockel, wychodząc z słusznej zresztą zasady, iż zmiany drobnowidowe w oddzielającej się pępowinie winny występować wcześniej i być więcej charakterystyczne, niżeli zmiany makroskopowe (które również próbowano wyzyskać w tym samym celu), oparł swoje badania na zbyt szczupłym materyale, ztąd też jego daleko idące wnioski nie były należycie ugruntowane, co zresztą można było już z góry przewidywać ze względu na zmienność długości czasu, potrzebnego do całkowitego oddzielenia się pępowiny. Nawet przeciętne liczby czasu potrzebnego do tego oddzielenia się u różnych autorów dość znacznie się różnią; wogóle zaś przyjmujemy, iż czas ten wynosi przeciętnie trzy do sześciu dni; wiemy zaś, iż pępowina odpaść może całkowicie już w ciągu pierwszej doby lub przeciwnie utrzymywać się przy ciele około trzech tygodni. Już więc na podstawie teoretycznego rozumowania przyjść musimy do wniosku, iż sprawa demarkacyjna, która jest przyczyną oddzielania się pępowiny, również w różnym czasie występować i różnie szybko rozwijać się musi, co zresztą wymownie potwierdzają nasze badania.

Jak widzieliśmy wyżej, u płodów nieżywo urodzonych względnie często spotkać się możemy u podstawy pępowiny z naciekami leukocytowymi, nie różniącymi się niczem od takichże nacieków u dzieci żywo urodzonych, wobec czego nacieki te należałoby również uważać za rozpoczynające się zapalenie demarkacyjne, mające na celu oddzielenie pępowiny. I rzeczywiście już dawniej wielu autorów, że wspomniemy tutaj tylko Stutza, Limana i Lindemanna przypuszczało, iż już w łonie matki rozpoczynać się może zapalenie demarkacyjne u podstawy pępowiny; przypuszczenia ich jednakże nie były poparte szczegółowemi badaniami drobnowidowemi i opierały się tylko na spostrzeganem przez nich niejednokrotnie zaczerwienieniu i obrzęku pierścienia skórnego u noworodków tuż po urodzeniu się. Jakkolwiek wielu autorów, między innymi tak zasłużony w tym kierunku badacz, jak Haberda, przeczą istnieniu tego zaczerwienienia tuż po porodzie, to jednakże, nie wdając się zresztą w rozstrzyganie samej sprawy makroskopowego zachowania się pierścienia skórnego na podstawie naszych badań w chwili porodu, stwierdzić musimy, iż drobnowidowo nacieki leukocytowe, całkowicie przypominające ślady rozpoczynającego się zapalenia demarkacyjnego u dzieci żywo urodzonych, mogą występować już w łonie matki. Wprawdzie rozległych nacieków leukocytowych u płodów nieżywo urodzonych ani Kockel, ani też my nigdy nie spotkaliśmy, już jednakże obecność nawet drobnych nacieków u podstawy pępowiny jest rzeczą niezwykle ciekawą ze względów czysto naukowo teoretycznych.

Jak już poprzednio zauważyliśmy, nieżywo urodzone płody, u których spotkaliśmy wzmiankowane nacieki, były donoszone i odznaczały się swoim silnym rozwojem; jednocześnie zaś badanie drobnowidowe wykazywało w pierścieniu skórnym tych płodów obecność licznych naczyń włoso-

watych. Na tej podstawie należałoby przypuszczać, iż wytwarzanie się nacieków leukocytowych na pograniczu pępowiny i pierścienia skórnego jest ściśle związane z wiekiem płodu i dostatecznie silnym rozwojem naczyń w pierścieniu skórnym: gdy płód w łonie matki należycie dojrzeje, gdy jest już całkowicie zdolnym do życia pozałonowego, pępowina wtedy staje się zasadniczo narządem zbytecznym i rozpoczyna się jej oddzielanie. Mielibyśmy więc tutaj niejako przykład zapalenia fizyologicznego, jeśli tego rodzaju wyrażenia wogóle użyć można, — zapalenia, mającego na celu usunięcie zasadniczo zbytecznego już narządu. Trudno jednakowoż jest pojąć, aby zapalenie takie wytworzyć się mogło bez żadnego bodźca zewnętrznego; być może, iż przyczyny tutaj szukać należy w różnicy własności biologicznych pępowiny i pierścienia skórnego, z których ostatni jest obficie unaczyniony, podczas gdy pierwsza zawiera tylko wielkie naczynia, potrzebne do odżywiania płodu. Różnica ta w miarę rozwoju płodu musi wzrastać, gdyż w pierścieniu skórnym coraz obficiej rozwijają się naczynia włosowate, być więc może, iż w pewnym okresie rozwojowym różnica ta własności biologicznych pępowiny i pierścienia skórnego dochodzi tak daleko, że pępowina poczyna odgrywać wobec pierścienia skórnego rolę ciała obcego i ustrój płodu poczyna dążyć do oddzielenia jej. Czynnik ten jednakowoż nie jest dostatecznie silny, aby mógł dać powód do całkowitego oddzielenia się pępowiny: na pograniczu pępowiny, oraz pępka skórnego, następuje wprawdzie zadrażnienie i jako odczyn na to zadrażnienie poczyna się rozwijać sprawa demarkacyjna; odczyn ten jednakowoż jest słaby, gdyż i bodziec wywołujący go również jest słabym. Że zaś bodziec ten nie jest w stanie doprowadzić do całkowitego oddzielenia się pępowiny w łonie matki, najlepiej świadczy fakt, iż ze zjawiskiem tem nigdy w praktyce, nawet u płodów przenoszonych, nie spotykamy się, a nawet można powiedzieć, iż nie możemy się spotkać: w razie silniejszego odczynu u podstawy pępowiny, w razie wytworzenia się rozległej sprawy demarkacyjnej na pograniczu pępowiny i pierścienia skórnego, w grubych naczyniach pępowinowych musiałoby przyjść do znacznych zaburzeń w krążeniu, a nawet być może do wytworzenia się zakrzepów, upośledzenia lub nawet całkowitego powstrzymania dopływu krwi do ustroju płodu i następowego jego obumarcia, a co za tem idzie i do powstrzymania dalszego rozwoju nacieków zapalnych. W życiu pozałonowem noworodka przybywa jeszcze jeden bodziec, i to bardzo ważny — obumieranie i wysychanie pępowiny, a wtedy na pograniczu tkanki żywej i martwej słaby poprzednio odczyn zapalny musi się wzmagać bardzo znacznie i prowadzić do rychłego oddzielenia pępowiny. Że na rozwój i szybkość tego oddzielania się pozostałości pępowiny mogą w życiu pozałonowem noworodka wywierać wpływ i drobnoustroje, to obecnie zdaje się nie ulegać wątpliwości.

Możnaby jeszcze w inny sposób starać się o wytłómaczenie obecności drobnych nacieków leukocytowych w pępowinach badanych przez nas płodów nieżywo urodzonych. Jak już wyżej wspominaliśmy, wszystkie te płody były donoszone, silnie rozwinięte; we wszystkich tych przypadkach poród przedłużał się; być więc może, iż znalezione przez nas nacieki u podstawy pępowiny odnieśćby należało nie do właściwego życia łonowego płodu, lecz do czasu samego porodu, gdy skutkiem częściowego już odklejenia się łożyska, a co za tem idzie — upośledzonego krążenia łożyskowego, skutkiem ucisku na pępowinę i t. p. wytworzyć się mogą warunki do powstania nacieku u podstawy pępowiny. Dalej, o ile to dotyczy płodów wymóżdżonych, to te ostatnie, jak wiadomo, mogą jeszcze po wyjęciu z łona matki żyć pewien czas, a choć zostają one w tej chwili po wyjęciu z macicy pogrążone w wanience z wodą, to jednak, choć nie wydaje się to nam możliwem, już ta krótka chwila i czas następowego tonięcia być może wystarczają po uprzedniem przygotowaniu (dostateczny rozwój płodu, liczne naczynia włosowate w pierścieniu skórnym, długotrwały poród) do wytworzenia się nacieków na pograniczu pępowiny i pierścienia skórnego. Wreszcie pewną rolę w nagromadzaniu się leukocytów u podstawy pępowiny odgrywać również może trwające jeszcze jakiś czas po śmierci ustroju życie tkanek, zwłaszcza wobec różnych własności biologicznych pępowiny i pierścienia skórnego, a co za tem idzie ich obumierania w różnym czasie.

Które z przytoczonych wyżej naszych przypuszczeń jest słusznem dla wytłómaczenia omawianego zjawiska, rozstrzygać obecnie nie możemy: sprawa ta wymaga bardzo licznych dalszych badań na odpowiednio dobranym materyale i dopiero po przeprowadzeniu tych badań, być może, uda się należycie wytłómaczyć to bądź co bądź niezwykle ciekawe zjawisko. Bez względu jednakże na ostateczny wynik tych badań, dziś już stanowczo stwierdzić można, że nie dadzą nam one dostatecznej podstawy do oceniania, czy dziecię urodziło się martwe, czy też żyło pewien stosunkowo nawet dość długi czas po urodzeniu się.

W końcu chcielibyśmy zwrócić uwagę jeszcze na jedną okoliczność: z badań naszych (*vide* Tabl. I) wynikać się zdaje, iż czas oddzielania się pępowiny pozostaje w dość ścisłym związku z tem, czy noworodek urodził się donoszony lub niedonoszony i tej okoliczności skłonni bylibyśmy przypisać to, że w pierwszym dniu życia u niewielu względnie noworodków znaleźliśmy nacieki leukocytowe, podczas gdy K o c k e l spotykał je znacznie częściej: w naszych badaniach mieliśmy głównie do czynienia z noworodkami niedonoszonymi; K o c k e l zaś badał przeważnie pępowiny dzieci donoszonych. U dzieci niedonoszonych nacieki leukocytowe u podstawy pępowiny zdają się występować wogóle później i rozwijać się powolniej, niż u dzieci donoszonych, co znowuż powodować musi późniejsze oddzielanie się pępowiny. Zresztą autorowie, którzy przy układaniu statystyki czasu potrzebnego do całkowitego oddzielenia się pępowiny uwzględniali także czas rozwijania się płodu w łonie matki, zrobili również to samo spostrzeżenie (T h é a s, C o p a s s o). Że mogą się spotykać wyjątki od tej reguły i to nawet dość często, zdaje się nie ulegać wątpliwości.

Zjawisko to późniejszego wogóle oddzielania się pępowiny u płodów niedonoszonych staje się zresztą zrozumiałe, jeśli zwrócimy uwagę na tę okoliczność, iż oddzielanie się to jest wynikiem zapalenia demarkacyjnego na pograniczu pępowiny i pierścienia skórnego, wszelkie zaś zmiany zapalne pozostają w ścisłym związku ze stanem naczyń krwionośnych. Otóż u płodów niedonoszonych naczynia włosowate w pierścieniu skórnym są wogóle słabiej rozwinięte i mniej liczne, niż u płodów donoszonych, co bez wątpienia może wywierać pewien wpływ na powolniejszy rozwój zmian zapalnych u podstawy pępowiny. Jak dalece zależnem jest

oddzielanie się pępowiny od rozwoju naczyń włosowatych w pierścieniu skórnym, świadczą najlepiej obrazy drobnowidowe pępowin płodów, u których wytworzyła się już t. zw. płytka demarkacyjna: kształt tej płytki, a więc i miejsce przyszłego oddzielenia się pępowiny zdaje się zależeć całkowicie od rozmieszczenia naczyń włosowatych na pograniczu pępowiny i pierścienia skórnego: najzbitszy naciek zapalny tworzy się tuż ponad najwyżej sięgającemi naczyniami włosowatemi i zależnie od ich rozmieszczenia przybiera charakter płytki już to płaskiej, już wypukłej, zwróconej wypukłością ku pępowinie lub ku pępkowi skórnemu. W badanych przez nas przypadkach wyjątkowo tylko naczynia włosowate sięgały powyżej najzbitszego nacieku, a i wtedy tuż ponad niemi i w ich sąsiedztwie znajdowały się nacieki leukocytowe.

Streszczając pokrótce to, cośmy wyżej powiedzieli, przyjść musimy do następujących wniosków:

1) Zgodnie z większością autorów, którzy się tą sprawą zajmowali, uznać musimy, iż oddzielanie się pępowiny stale odbywa się drogą zapalenia demarkacyjnego na pograniczu pępowiny i części skórnej.

2) Oddzielanie się pępowiny pozostaje w ścisłym związku ze stanem rozwoju naczyń włosowatych w pierścieniu skórnym, który to rozwój zależy znowuż od wieku płodu. Tak więc czas oddzielania się pępowiny pozostaje w związku z wiekiem płodu i u dzieci donoszonych wogóle winien być krótszy, niż u niedonoszonych.

3) Oddzielanie się pępowiny jest zjawiskiem fizyologicznem, którego pierwsze ślady spotkać możemy nawet u płodów nieżywo urodzonych, co jednakże zdarza się tylko u płodów donoszonych, silnie rozwiniętych.

4) Badania drobnowidowe oddzielającej się pępowiny nie posiadają większego sądowo-lekarskiego znaczenia, a to z następujących względów: *a)* obecność drobnych nacieków w obwodowych warstwach pępowiny nie dowodzi jeszcze, iż dziecię żywe przyszło na świat; *b)* brak tych nacieków nie świadczy zupełnie, iż płód urodził się nieżywo; *c)* nie dając możności ocenienia stanowczo, czy dziecię żywe lub martwe przyszło na świat, badania te tembardziej nie mogą służyć do określania długości życia noworodka.

5) Badania drobnowidowe oddzielającej się pępowiny mogą niekiedy znaleźć zastosowanie jako próba pomocnicza, zwłaszcza w przypadkach, w których inne prostsze w użyciu próby życiowe nie dają nam pewnych wyników: znalezienie w takim przypadku nacieków leukocytowych u podstawy pępowiny (w jej obwodowych warstwach) przemawiać zawsze będzie raczej za tem, iż dziecię urodziło się żywe; przypuszczenie to będzie tem więcej uzasadnione, im naciek jest rozleglejszy i to tak dalece, że w razie znalezienia nacieku na całem pograniczu pępowiny i pierścienia skórnego w postaci t. zw. płytki demarkacyjnej, możemy prawie z wszelką pewnością orzec, iż dziecię żywo przyszło na świat, oraz z pewną znaczną dozą prawdopodobieństwa twierdzić, iż żyło ono więcej niż jedną dobę.

Niech nam wolno będzie wreszcie złożyć na tem miejscu serdeczne podziękowanie Profesorom Browiczowi i Wachholzowi za zachętę do niniejszej pracy, oraz życzliwe wskazówki.

Piśmiennictwo: 1. Casper-Liman: Practisches Handbuch der ger. Med. 7. Aufl. 1889. 2) Copasso: Studien und Beobachtungen über den Termin des Abfalles der Nabelschnur... (Arch. ital. di pediatria 1889. Ref. w Jahrb. 7. Kinderheilk. N F. Bd. XXXI. str. 206). 3) Haake: Über die Gewichtsveränderungen d. Neugeborenen. (Monatsschrift f. Geburtsh. u. Frauenkrankh. Bd. XIX. Str. 339). 4) Haberda: Die fötalen Kreislaufwege des Neugeborenen und ihre Veränderungen nach der Geburt. Wien 1896. 5) Hofmann: Lehrbuch der ger. Med. 1898 6) Kockel: Die mikroskopischen Vorgänge beim Nabelschnurabfall und ihre Verwerthung zur Bestimmung der Lebensdauer Neugeborener. Ziegler's Beiträge XXIV. Bd. 1898. 7) Lindemann: Über den Abfall der Nabelschnur mit besonderer Berücksichtigung der anatomischen Verhältnisse derselben. (Dissert. Berlin 1880). 8) Stutz. G. Der Nabelstrang und dessen Absterbeprocess. (Archiv. f. Gynäkologie Bd. XIII. pag. 315.) 9) Théas: Thèse. Paris 1865. (Przytoczony podług Haberdy). 10) Ungar: Über den Nachweis der Zeitdauer des Lebens der Neugeborenen (Vjschr. f. g. M. 1897. T. XIII. 11) Wachholz: Podręcznik medycyny sądowej 1899. 12) V. Winckel: Untersuchungen über die Gewichtsverhältnisse bei 100 Neugeborenen in den ersten 10 Tagen nach der Geburt. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Frauenkrankh. Bd. XIX). Puppe: Der beamtete Arzt und ärztliche Sachverständige. Lief. IV. pag. 301.

IV. Wyciągi.

Tarnowskij. **Kiła zdwojona i dziedziczność kiłowa.** (*Prakticzeskij Wracz* 1902, Nr. 1—2). Wybitny syfilidolog rosyjski, prof. Tarnowskij (Petersburg), zebrał z własnej praktyki liczby statystyczne, dotyczące 30 rodzin ze sfer wyższych i wnioski swoje wyłożył na VIII Zjeździe Pirogowskim w Moskwie. Wszystkie objawy kiły nabytej i dziedzicznej były starannie leczone rtęcią i jodem. Dla uniknięcia nieporozumień T. nazywa pierwszem pokoleniem syfilitycznem taką rodzinę, w której mąż lub żona, lub wreszcie oboje razem mają kiłę nabytą; dzieci tej rodziny stanowią pokolenie drugie; dzieci tego drugiego pokolenia stanowią pokolenie trzecie itd.

Pierwszą okolicznością, która uderza przy rozejrzeniu się w tym dobranym materyale, jest ogromna rozmaitość wpływu kiły nabytej na osoby, które jej dostały i na ich potomstwo. Osobnik, który zakaził się kiłą, choruje zwykle kilka lat, leczy się i następnie cieszy się najczęściej przez resztę życia względnie dobrem zdrowiem i może być korzystnym członkiem społeczeństwa. Jeśli jednak ten człowiek żeni się, zwłaszcza wkrótce po zakażeniu się, to jego żona ulega szeregowi poronień, wydaje na świat płody martwe, następnie dzieci z kiłą dziedziczną i nakoniec płody dystroficzne. Do kategoryi ostatniej T. zalicza płody z defektami, zwykle nieuleczalnymi, dzięki którym osobnik taki zostaje nieszczęśliwym przez całe życie, a nieraz wprost szkodliwym członkiem społeczeństwa. Kiła więc ma bez porównania większe znaczenie rodzinne i społeczne, niż osobiste: choroba grozi w mniejszym stopniu samemu choremu, niż jego potomstwu. Istotnie w spostrzeganych przez T. 30 rodzinach kiłowych było 345 zastąpień, w tej liczbie 240 płodów z defektami, 111 poronień i płodów martwych, 42 zmarłych przed drugim rokiem życia, 17 z kiłą dziedziczną i 71 z dystrofiami anatomicznemi i czynnościowemi. Z tych liczb wynika, że dziedziczność kiłowa występuje w pokoleniu drugiem jako kiła dziedziczna, lub cechuje się zjawiskami dystroficznemi. Lecz oprócz tego może ona odznaczać się odziedziczoną odpornością drugiego pokolenia (prawo Profeta); ta odporność bywa jednak w przeważnej liczbie przypadków czasową, mianowicie tylko w pierwszych miesiącach i latach życia pozapłodowego dziecka, urodzonego z rodziców kiłowych; w okresie dojrzałości płciowej odziedziczona ta odporność ustaje, osobnik więc może zakazić się kiłą, czyli nabyć t. zw. przez autora *»kiły zdwojonej«* (*syphilis binaria*).

Wpływ kiły nabytej odbija się najwyraźniej w pokoleniu drugiem; dziedziczność kiłowa drugiego pokolenia (bez domieszki kiły zdwojonej) wyraża się w następnem trzeciem pokoleniu wyłącznie zjawiskami dystroficznemi; w tem trzeciem pokoleniu dziedziczność słabnie jeszcze więcej i w czwartem pokoleniu rodziny kiłowej zdaje się znikać zupełnie. Istotnie na 169 ciąży 1-go pokolenia, spostrzeganych przez autora, poronień i płodów martwych było 35,5%; na 159 zaś — drugiego pokolenia poronień i płodów martwych było 28,2%; w pierwszem pokoleniu płodów żywych było 64,4%, w drugiem 73,5%. Następnie, na 109 płodów żywych 2-go pokolenia — z objawami kiły dziedzicznej i różnych dystrofij było 50,4%; w trzeciem zaś zaledwie 26,2%; osobno zaś dystrofij w drugiem pokoleniu było 37,8%, w trzeciem 23,3%; kiła dziedziczna w drugiem pokoleniu wynosiła 12,6%, w trzeciem 2,8%. Tylko 22.3% drugiego pokolenia pozostało przy życiu i nie przedstawiało oznak dziedziczności kiłowej; w trzeciem zaś pokoleniu zupełnie zdrowych było już 60%; czwarte pokolenie dało jeszcze więcej, bo 83% żywych i zdrowych płodów; innemi słowy: w czwartem pokoleniu na 100 ciąży odsetek poronień, płodów martwych

i rodzących się z defektami wynosi zaledwie 17%, co równa się zwykłej przeciętnej stracie połogowej w rodzinach miejskich.

Kiła dziedziczna w trzeciem pokoleniu spostrzega się w tych razach, jeżeli przedstawiciel 2-go pokolenia zakaża się znowu w życiu pozapłodowem kiłą, lub gdy osobnik z drugiego pokolenia rodziny kiłowej wstępuje w związki małżeńskie z osobą, cierpiącą na kiłę nabytą. Czysto zaś drugie pokolenie bez ponownego zakażenia się pozapłodowego nie wydaje, według spostrzeżeń T., trzeciego pokolenia z kiłą dziedziczną, wbrew zdaniu prof. Pospiełowa (Moskwa), Fourniera i Julliena. Spostrzeżenia T. zgadzają się pod tym względem z wnioskami Hutchinsona, Fingera i Pellizariego. Podobne zakażenie się kiłą nabytą pokolenia następnego rodziny kiłowej nazywa T. kiłą zdwojoną *(syphilis binaria)*. Według więc spostrzeżeń T. kiła zdwojona 2-go pokolenia jest najczęstszą przyczyną kiły dziedzicznej w trzeciem pokoleniu. Oprócz tego wpływ kiły zdwojonej 2-go pokolenia wyraża się — i to przeważnie — wzmożeniem wpływu dystroficznego na najbliższe pokolenie; ten wpływ jest znacznie więcej wyrażony, niż to spostrzega się u nieobciążonego 2-go pokolenia. Rzeczywiście w nieobciążonem drugiem pokoleniu poronień, płodów martwych i zmarłych przed drugim rokiem życia naliczył T. 32,2%; w drugiem zaś pokoleniu z kiłą zdwojoną płodów martwych i zmarłych przed drugim rokiem, oraz poronień było 60%; przy nieobciążonem drugiem pokoleniu kiła dziedziczna 3-go pokolenia, więc u wnuków nie spostrzega się wcale; w razie zaś kiły zdwojonej drugiego pokolenia kiła dziedziczna u wnuków wynosi 11,1%; przy nieobciążonem drugiem pokoleniu dystrofia u wnuków (w trzeciem pokoleniu) wynosi 15,6%, przy kile zdwojonej zaś 33,3%. Ztąd wynika, że kiła zdwojona wywiera na następne trzecie pokolenie kiłowych bez porównania szkodliwszy wpływ, niż wszystkie znane dotychczas postacie i powikłania kiły.

W przeważnej części przypadków kiła zdwojona nie różni się pod względem rozwoju i przebiegu od kiły nabytej u osobnika zdrowego. Niezawsze jednak tak bywa. Czasami przedstawia ona cechy odrębne, które można podporządkować pod trzy typy: 1) kiła zdwojona poronna występuje tylko jako pierwotne stwardnienie kiłowe; 2) kiła zdwojona dobrotliwa — gdy choroba dosięga drugiego okresu, daje 1 lub 2 nawroty i potem zupełnie znika, nie zdradzając się niczem przez resztę życia chorego; 3) kiła zdwojona atypowa cechuje się nieprawidłowościami w przebiegu, który pod tym względem może być bardzo ciężkim. Zdanie więc, że kiła zdwojona, innymi słowy: kiła nabyta przez dzieci zrodzonych z rodziców kiłowych przebiega łagodniej, niż kiła nabyta przez osobnika zdrowego, jest mylne; błędnem więc jest zdanie, że im więcej osób zakazi się kiłą, tem mniej ona będzie groźną dla pokoleń następnych.

Porównując dalej wpływ dystroficzny kiły nabytej na drugie pokolenie z siłą i długotrwałością kiły, T. przychodzi do wniosku, że pod tym względem niema stałego stosunku. Nieraz bowiem łagodnie przebiegająca, lub szybko przemijająca kiła odznacza się ciężkiemi następstwami dystroficznemi u potomstwa chorego i odwrotnie: ciężka kiła nabyta może wystąpić w drugiem pokoleniu z objawami dystroficznymi ledwie dostrzegalnymi. Brak stałego stosunku między objawami kiły dziedzicznej i jej wpływem dystroficznym na trzecie pokolenie. Ztąd staje się zrozumiałem, że wyleczenie się z kiły zakażonej osobnika nie można utożsamiać z zupełnem „restitutio ad integrum“ rozrodczej energii ustroju. W samej rzeczy, osobnik chory może być zupełnie wyleczony z kiły, może w ciągu 30—40—50 lat nie przedstawiać żadnych objawów przebytej choroby, po śmierci jego najściślejsze badanie histologiczne nie wykrywa najmniejszych śladów kiły, a tymczasem energia życiowa tego osobnika zostaje przez całe jego życie upośledzoną, lub chorobowo zmienioną i pokolenie jego przedstawia się dystroficznem, zwyrodniałem i z defektami. *(Wnioski prof. Tarnowskiego są ważne nietylko dla specyalistów-syfilidologów, można jednak zarzucić autorowi, że nie uwzględnił on szeregu innych czynników, jakoto: skazy moczanowej, nadużycia napojów wyskokowych, nieprawidłowego trybu życia i t. d., które bezwątpienia często zdarzają się w tych sferach, których dotyczy jego statystyka. Czynniki te odgrywają także ogromną rolę; wobec tych wyników, do których autor doszedł, nie można wprowadzać w wyłączną zależność jedynie z kiłą. Sprawozdawca).* *Witold Orłowski.*

Rosenbach **O rzekomej dusznicy bolesnej pochodzenia mięśniowego.** *(Therapie der Gegenwart* 1902, Zeszyt 2). Mięśnie, otaczające wielkie jamy ciała, ulegając zaburzeniom na tle gośćcowem lub czynnościowem, mogą wywołać znamiona podobne do tych, które schorzały narząd tej jamy sam wywołuje, skutkiem czego pomyłki rozpoznawcze, a zatem i lecznicze, łatwo się zdarzać muszą. Pomimo szczegółowych opisów, odnoszących się do tej sprawy, nikt na to nie zwrócił uwagi, prócz Rosina, który rzekome bóle serca i żołądka, występujące w błednicy, potwierdził, podczas gdy mięśniowa rzekoma dusznica bolesna *(angina pectoris)* uszła wszelkiej uwagi. Rozróżnić się dają cztery postacie: 1) migrena myopatyczna, 2) rzekome schorzenie opłucnowo-mięśniowe, 3) myopatyczne bóle żołądka *(cardialgia, gastralgia)*, czyli kolki rzekome i 4) dusznica pochodzenia mięśniowego. Przywykliśmy w napadach dusznicy rozpoznawać miażdżycę tętnicy wieńcowej serca o znanem niepomyślnem rokowaniu i dlatego zasługują rozumowania autora na szczególną uwagę, bo pomimo pozornie prawie tych samych objawów dusznica rzekoma daje nader pomyślne rokowanie. Powierzchowne lub niedostateczne oddechanie wywołuje szereg dolegliwości, jak bóle w piersiach i grzbiecie, bóle podczas łykania, bicie serca, niemiarowość tętna, uczucie ucisku w dołku sercowym. Osoby, zajęte gorliwie czytaniem, rysowaniem, pisaniem, nietylko pozostają przez dłuższy czas w nieodpowiedniej postawie, naprężając przez to mięśnie nieprawidłowo i nierówno, lecz zmniejszają także pojemność oddechową, chwilowo zaniedbując oddechanie wcale, co naturalnie wpływać musi ujemnie na przemianę materyi w mięśniach piersiowych i brzusznych; to nieregularne oddechanie działa ujemnie na serce, wywołując niemiarowość tętna, lub bicie serca. Złe przyzwyczajenie nieregularnego oddechania spotkać można i u dzieci, na co nauczyciele powinni zwracać uwagę, upominając je, lub zarządzając przerwę podczas pracy dla prawidłowego oddechania. Jakie są znamiona dusznicy rzekomej pochodzenia mięśniowego, występujące z powodu nieprawidłowego oddechania? Nieraz zupełnie przedtem zdrowi ludzie, zwłaszcza mężczyźni, po zaziębieniu lub silnem natężeniu mięśniowem doznają wielkiego ściskania w piersiach tak, że każde natężenie potęguje do prawdziwej męki. U niektórych osobników występują napady po obudzeniu się ze snu, lub nawet jeszcze w ciągu nocy, prawdopodobnie jako następstwo naprężenia mięśni brzusznych. Spostrzega się zwykle ból uciskowy pod wyrostkiem mieczykowatym i w okolicy sąsiedniej z klatką piersiową, wielkie obolenie poniżej łuku żebrowego, tkliwość na dotyk w górnych i bocznych mięśniach brzusznych i mięśniach międzyżebrowych. Niektórzy z powodu ucisku wzdłuż tylnej powierzchni mostka, zwiększającego się podczas chodzenia, zmuszeni bywają do stawania i nader powierzchownego oddechania, czem się odróżnia dusznica pochodzenia mięśniowego od prawdziwego napadu dusznicy. Dolegliwości występują osobliwie przy schylaniu się, myciu, ubieraniu, chodzeniu po schodach. Wypróżnienie nie przynosi ulgi, jak w dusznicy prawdziwej, tylko odejście wiatrów zmniejsza ból chwilowo. Bolesne niepokojące tętnienie na szyi, w okolicy serca i na grzbiecie, bóle rozpromieniające się czasem w ramionach, częściej w grzbiecie i występujące przy spokojnem zachowaniu się tylko w niektórych położeniach, stanowią obok popędu do głębokiego, a zarazem bolesnego oddechania podczas jedzenia, dalszy szereg tych dolegliwości, do których należą także napady nieraz trwającego godzinami ziewania i które w połączeniu z chwilowymi bólami między łopatkami, lub pod mostkiem wywołują stan, który autor nazywa „hypochondryą sercową“.

Przebieg tej choroby jest zupełnie pomyślny, gdyż nigdy nie wyłoniła się istotna choroba serca. z wyjątkiem tych przypadków, gdzie wiek podeszły sprowadził już miażdżycę tętnic. Że neurastenicy i niedokrewne kobiety są więcej obarczeni tą chorobą, niema w tem nic dziwnego; ciekawem jest tylko to, że i dobrze zbudowani i wyśmienicie wyglądający mężczyźni często cierpią z powodu tej choroby. Rozpoznanie opiera się nietyle na ujemnym wyniku badania i skutecznem działaniu narkotyków, ile na zwolnieniu tętna i całkowitym braku jego niemiarowości, dalej na przyspieszonym i powierzchownym oddechu i na unikaniu głębokiego wdechu; ważną wskazówką służyć mogą bóle, występujące przy ucisku na wyrostek mieczykowaty, na mostek i pewne części mięśni międzyżebrowych, szyjnych i łopatkowych. Leżenie na grzbiecie przynosi ulgę, więc odwrotnie jak przy dusznicy prawdziwej, gdzie tylko postawa siedząca przynosi ulgę, i zmniejsza duszność. Na uwagę zasługuje także szczegół, że pomimo miesiącami trwającego przebiegu cierpienia, wyzdrowienie w końcu następuje, a chorzy mogą potem wspinać się na góry, biegać i t. d., podczas gdy chorzy na zmiany anatomiczne w sercu okazują po takich natężeniach bardzo prędko niedomogę sercową i znamiona charłactwa sercowego. Uwzględnić należy także czynnik etyologiczny i budowę ciała: u pijaków, u nadmiernie palących, niedokrewnych kobiet, jeśli w krążeniu krwi zmian wykazać nie można, mogą się rozwinąć napady dusznicowe na tle nerwowem. Do rozpoznania można dojść także *ex juvantibus*, zastosowując środki przeciw bólom mięśniowym, jak mięsienie, gorącą kąpiel — jeśli z pewnością można wykluczyć prawdziwą dusznicę bolesną, prąd przerywany, antypirynę lub fenacetynę w dawkach 0·25—0·5—1·0, które to leki, zastosowane zaraz z początku napadu, działają wprost zadziwiająco. Ten sam wynik leczniczy spostrzegamy w formach,

przewlekłych, w których z początku trudno ocenić, czy dolegliwości występujące po jedzeniu lub po stolcu nie są wyrazem schorzenia samych tych narządów, lub czy ich nie wywołuje zmiana w mięśniach brzusznych. To jedno jest pewne, że środki te, zastosowane w rzeczywistych chorobach żołądka (wrzód, kurcz, zapalenie), albo wcale nie skutkują, albo nawet szkodzą. *Dr. J. Münzer* (Lwów).

Heermann. Abeles. Lauffs. **Sammlung zwangsloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Hals-Krankheiten. In Rücksicht auf allgemein-ärztliche Gesichtspunkte.** Wydane przez Dra Brosgena. Wiesbaden. Carl Marhold. Halle, (Tom V, Zeszyt 10 i 11).

Dr. Heermann (Kiel). **Uwagi kazuistyczne i krytyczne nad zbiorem objawów Menniera.** Powoławszy się na swoje „Wezwania do zbiorowego badania całokształtu Meniera", opisuje autor trzy przypadki udarowej formy tego cierpienia, wywołane przez przymiot, nerwicę urazową (błyskawica podczas użycia telefonu) i żółciołojak w uchu środkowem ze starciem *(usurą)* poziomego przewodu półkolistego. Wyleczenie, względnie poprawę osiągnięto w dwóch pierwszych przypadkach zapomocą wstrzykiwań podskórnych rozczynu pilokarpiny; w trzecim zaś operacyą doszczętną.

Dr. Abeles (Wiedeń). **Przepłókiwania nosa, jego wskazania i przeciwwskazania.** Sprawa przepłókiwań nie jest jeszcze ostatecznie załatwiona. Istnieją zapatrywania skrajne; gdy jedni zbyt chwalą i nadużywają, inni przesadzają ich szkodliwość i potępiają bezwzględnie. W pracy Abelesa znajdujemy przytoczone te rozmaite zapatrywania, ich rozbiór krytyczny, ocenione zalety i wady, metody, przyrządy, dalej wyszczególnione środki ostrożności i ścisłe wskazówki, których przestrzegać należy przy wykonywaniu tego zabiegu. Mimochodem omawia autor inne zajmujące zagadnienia, będące na porządku dziennym naukowej dyskusyi, jak: samoochrona i odporność ustroju żyjącego przeciw różnym szkodliwościom; bakteryobójcze działanie wydzieliny nosowej, działanie rozczynów żelatynowych w krwotokach wogóle, w krwawieniach nosowych w szczególności.

A. odróżnia dwa sposoby przepłókiwania nosa: I-szy polega na wypłókaniu jednego tylko przewodu nosowego, które bywa wskazano w celu zluźnienia tamponów z waty lub gazy, usunięcia ciał obcych, strupów łatwo broczących i pasorzytów żyjących w nosie, wreszcie jako zabieg wstępny dla sposobu II-go, który polega na przepłókaniu obu przewodów nosowych i jamy nosowo-gardzielowej; bywa ono często połączone z nieprzyjemnemi następstwami, jak: zapalenie ucha środkowego, ropienie jam bocznych nosa, zaostrzenie zapaleń ostrych i przewlekłych błony śluzowej, zwiększenie przykrego zatkania nosa, nierzadko ból i zawroty głowy, silne pobudzenie do kichania, zaczerwienienie spojówek, przytępienie zmysłu powonienia. Wskazaniami do tego zabiegu są: ogólne, przewlekłe zanikowe zapalenie nosa, nie nadające się do operacyi przypadki przymiotu trzeciorzędnego, poszczególne przypadki krwawienia z jamy nosowo-połykowej. W innych przypadkach należy płókanie nosa zastępować pędzlowaniem lub rozpylaniem.

Wyleczenia choroby nosa zapomocą samych płókań nigdy osiągnąć się nie udaje; przeciwnie, mogą on szkodzić przez obniżenie odporności naturalnych środków obronnych i z tego powodu nie wolno ich używać w celu zapobiegania chorobom zakaźnym lub przyrannym, albo dla uzupełnienia codziennej toalety, jak to niektórzy polecają. Do przeciwwskazań zaś zalicza autor zamącenie przytomności, zaburzenia ruchomości podniebienia miękkiego, ostre zapalenie błony śluzowej jamy nosowej i nosowo-gardłowej (dławiec, błonica), wzmożona pobudliwość odruchowa w nosie i gardle, obustronne zatkanie nosa; jednostronne zatkanie, spowodowane przez ciało obce. Wielka ostrożność wymagana jest przy przepłókaniu nosa u osób leżących, nie mogących usiąść i u cierpiących na silną duszność.

Dr. Lauffs. **Rzeżączkowe zapalenie nosa** *(Rhinitis gonorrhoica)* **u dorosłych.** W dwóch przez autora opisanych przypadkach rzeżączkowego zapalenia nosa choroba została przeniesioną na nos, jak i w większej części przypadków, ogłoszonych przez innych, za pośrednictwem palca i stwierdzona przez badanie bakteryologiczne. Przypadki te stanowią pożądane wzbogacenie szczupłej dotychczas kazuistyki tej rzadkiej choroby. Pod względem leczniczym podnieść wypada dobre skutki z zastosowania przez autora tamponików, zamoczonych w 1% rozczynie argoaniny. *Spira.*

Krebs. **Przypadek zgorzeli połyku z przebiegiem przewlekłym. Wyleczenie po leczeniu operacyjnem.** *(Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 17, 1902). Zgorzel połyku jest chorobą, która wśród objawów ciężkich kończy się zejściem śmiertelnem. W przypadku autora lewa część łuku podniebiennego i migdałek lewy były owrzodziałe, okolica sąsiednia obrzękła, podobnie obrzękły był lewy gruczoł podszczękowy, ciepłota zaś ciała prawidłowa, a stan podmiotowy dobry. Badanie drobnowidowe wykazało w masach rozpadowych po wykluczeniu kiły pierwszo- i trzeciorzędnej, oraz raka, nitki, przypominające prątek raka wodnego. Autor wyciął cały po wierzchu owrzodziały migdałek, względnie wyskrobał, a badanie powtórne tych części wyciętych dało ten sam wynik. Po trzech miesiącach chora zupełnie była zdrową. Przypadek ten przypomniał autorowi spostrzeżenie Vincenta: u chorych dorosłych powstaje szary nalot, podobny do błony rzekomej, wypełniający ubytek części owrzodziałej podniebienia, przyczem zachodzą trudności w połykaniu, lekka gorączka, osłabienie, gruczoły zaś podszczękowe nie powiększone. Badanie drobnowidowe tego nalotu wykazuje prątek 10—12 μ długi, w środku zgrubiały, barwiący się Gramem. Rokowanie w tej chorobie jest dobre. Czy przypadek autora jest co do swej natury z przypadkiem Vincenta identycznym, nie da się stanowczo określić; prątki obu przypadków różnią się od siebie, a głębokie drążenie i przebieg przewlekły w przypadku autora przemawiałyby przeciw tej identyczności. *B. Żmigród.*

Voigt. **Przypadek zatoru płucnego przy łożysku przodującem.** *(Münch. med. Wochenschrift* Nr. 18, 1902). Chora zgłosiła się po raz drugi z łożyskiem przodującem. Z powodu bardzo znacznego krwawienia przedarto łożysko, zrobiono obrót, udzielono pomocy ręcznej, poczem chora miała się wcale dobrze. W trzy kwadranse po urodzeniu się płodu poczęła się chora nagle skarżyć, że brak jej tchu; robiła wrażenie umierającej: twarz trupio blada, wargi zsiniałe, oddechy bardzo przyspieszone i utrudnione, źrenice szerokie i brak tętna. Obraz ten jednak tak był różny od zwyczajnego omdlenia, że odrazu pomyślano o zatorze płucnym. Zastrzyknięto olejek kamforowy, zastosowano mięsienie okolicy serca, ciepłe okłady na głowę i klatkę piersiową pionowo ustawioną. Oddechy i tętno się potem poprawiły, wobec czego wygnieciono ostrożnie łożysko i macica bardzo dobrze się skurczyła. Po użyciu środków pobudzających i infuzyj z fizyolog. rozczynu soli kuchennej chora miała się względnie dobrze. Czwartego dnia wystąpił bez żadnego widoczniejszego powodu drugi napad zatorowy; zastosowano znów olejek kamforowy podskórnie co pół godziny, jednakże znaczna szybkość oddechów i nieregularność pracy serca utrzymywały się dalej. Szóstego dnia skarży się chora na bóle po lewej stronie w dole klatki piersiowej, gdzie też znaleziono rzężenia; przez dalszych kilka dni utrzymywała się ciepłota 38°, tętno powyżej 100. Dziesiątego dnia znów wystąpił mimo najspokojniejszego zachowania się chorej napad z podwyższeniem ciepłoty do 38·7°, — zwalczano go również środkami podniecającymi i sercowymi. Występujące w następnych dniach objawy płucne, mianowicie kłójące bóle w klatce piersiowej, oddech oskrzelowy i nieznaczne stłumienie potwierdzały rozpoznanie co do natury napadu. Później okazały się w plwocinach krew i włókna elastyczne, obrzęk kończyn dolnych, jednak przy odpowiedniem zachowaniu się i leczeniu chora 37-go dnia opuściła szpital jako uleczona. Za punkt wyjścia zatoru płucnego uważa Spiegelberg skrzepy, które się wytwarzają w żyłach macicznych przez odklejenie częściowe łożyska prawidłowo umieszczonego, lub łożyska przodującego. Przy energicznym skurczu macicy bywają skrzepy to wciskane w kierunku grubszych pni żylnych i dostają się w krążenie ogólne. Wielce dla zatoru występującego w tych przypadkach charakterystycznem jest poprzedzające znaczniejsze krwawienie z macicy. W danym przypadku chora krwawiła pięć tygodni przed rozwiązaniem, a więc były wszelkie warunki po temu, by się tworzyły krzepy w żyłach i ich dalsze następstwa.

B. Żmigród.

Prof. R. Trzebicki. **Przyczynki do wypiłowania ścian klatki piersiowej z powodu nowotworów.** *(Archiv Langenbecka* T. 67, Z. 2, 1902). Wycięcie części ścian klatki piersiowej nie należy do operacyj częstszych. Amburger zestawił z piśmiennictwa 99 przypadków, lecz następnie niewiele nowych przybyło. Kazuistykę zbogaca T. sześcioma własnemi spostrzeżeniami. W I-szym przypadku mięsaka mostka operacyi dokończyć nie było można, nowotwór bowiem przerósł do śródpiersia i płuc. Chora zmarła skutkiem zapalenia płuc. Podobny do pierwszego był przypadek V-ty: tam również mięsak przerósł z mostka na otrzewnę. Sekcya wykonana 10-go dnia po operacyi wykazała przyczynę śmierci w zapaleniu płuc i nowotworze przerzutowym. W II-gim i III-cim przypadku wyrastał chrzęstniak z mostka, względnie z żeber. W jednym przypadku trzeba było otworzyć jamę opłucnową, w drugim wyciąć kawałek przepony. Oba przypadki mimoto zakończyły się wyzdrowieniem. Odmę piersiową operowani znieśli dobrze. Otwór w opłucnej zatykano gazą jodoformową, lub też zaszywano częściowo. W VI-tym przypadku nawrotnego mięsaka części miękkich, przerastającego na żebra, podczas operacyi opłucna rozdarła się na znacznej przestrzeni. Z najlepszym i natychmiastowym skutkiem wy-

konano pneumopeksyę. Otwór w opłucnej zaszyto. W IV-tym przypadku wyłuszczono włókniaka, wyrastającego z mięśni międzyżebrowych i wypiłowano XI i XII żebro. Wyleczenie nastąpiło bez powikłań. *Herman.*

E. Lick. **O wpływie przekrwienia tętniczego na sprawę odrodczą.** *(Archiv Langenbecka* T. 67, Z. II). W badaniach swoich przecinał L. u królików nerw spółczulny, lub wycinał górny zwój szyjny, zawsze po stronie lewej; następnie na uchu lewem, na którem pojawiało się przekrwienie czynne, robił już to powierzchowne ubytki w skórze, już też wycinał dziury na wylot. W miejscu dokładnie symetrycznem wywoływał to samo obrażenie na uchu prawem. I stale w każdym przypadku stwierdzał, że odrodzenie ubytku po stronie lewej, a zatem tam, gdzie istniało przekrwienie czynne, utrzymujące się około 30 dni, następowało nierównie szybciej, niż po stronie przeciwnej, t. j. prawej. *Herman.*

Zangenmeister. **O białkomoczu podczas porodu.** *(Arch. für Gynäc.* tom 66, zeszyt II, 1902). Badając dokładnie mocz u ciężarnych, przekonał się Z., że ilość moczu z końcem ciąży aż do porodu stale wzrasta, podczas porodu maleje, poczem wzrasta, aby malejąc w połogu, powoli wrócić do stanu prawidłowego. Z początkiem porodu mniej więcej $^1/_4$ wszystkich rodzących ma białkomocz. Podczas porodu ilość ta wzrasta tak, że z końcem II-go okresu porodowego można stwierdzić białkomocz u $^3/_4$ wszystkich rodzących. Po porodzie białko bardzo często szybko znika; tylko białkomocz, w którym znajdowano wałeczki, wskazujące zawsze na ciężkie zmiany w nerkach i białkomocz pochodzący jeszcze z ciąży, utrzymują się przez dłuższy czas po porodzie, a nawet mogą dać powód do zmian przewlekłych w nerkach. W ciąży występuje białkomocz w równym stosunku u pierwiastek i u wieloródek; przy porodzie przeważają znacznie pierwiastki. Płody matek, cierpiących na białkomocz w ciąży, są przeciętnie mniejsze, aniżeli inne; płody matek, które dostały białkomoczu podczas porodu są przeciętnie większe. Roztrząsając i motywując powyższe uwagi statystyczne, dochodzi Z. do wniosku, że białkomocz ciężarnych niema nic wspólnego z białkomoczem rodzących, który należy uważać do pewnego stopnia jako mocz fizyologiczny, i zastanawia się nad ich przyczyną. W ciąży białkomocz polega na zmienionych warunkach krążenia, mniej na zmienionych warunkach uciskowych. Macica ciężarna, rosnąc, potrzebuje znacznego materyału odżywczego; im więc jest większą, tem i dopływ krwi do niej musi być zwiększony, a w miarę tego zmniejsza się dopływ do innych narządów brzusznych, a więc i do nerek. Równocześnie zaś w miarę postępu ciąży wzmaga się materyał, który drogą nerek zostaje z ustroju wydalony, jak na to wskazuje stale wzmagająca się ilość moczu. Istnieje więc niestosunek między pracą nerek (wzmożoną), a ich odżywianiem (upośledzonem), który wywołuje zmiany w miąższu nerkowym, a w następstwie tego białkomocz. To nam tłómaczy, dlaczego białkomocz występuje głównie w ostatnich tygodniach ciąży, dlaczego występuje z upodobaniem podczas ciąży bliźniaczej i przy nadmiarze potoku *(hydramnios).* Przyczyną białkomoczu podczas porodu mają być bóle porodowe, czyli skurcze macicy, przedstawiające pracę mięśniową. Skurcze te wzmagają znacznie ciśnienie krwi, co powoduje większą przepuszczalność białka przez nerki, tem łatwiej naturalnie, im one więcej już uległy zmianom w ciąży. Im więc skurcze macicy silniejsze i im dłużej trwają, tem i ilość białka w moczu wzrasta. To nam tłómaczy, dlaczego białkomocz podczas porodu przeważa u pierwiastek, dlaczego tak często występuje w przypadkach niestosunku porodowego. *Dr. E. Ehrenpreis.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Vámossy. **Purgen, nowy środek przeczyszczający.** Unterberg. **O skutkach przeczyszczających purgenu.** *(Die Therapie der Gegenwart,* Nr. V. 1902). Przy doświadczeniach z zastosowaniem fenolftaleiny do denaturowania wina wytłoczynowego (Trester-Weine) zauważył Vámossy (z Instytutu farmakologicznego w Budapeszcie) na własnej osobie skutek przeczyszczający tego przetworu tak, że w trzy godziny po spożyciu 1,5 grm. fenolftaleiny nastąpiło kilka płynnych, a potem miazgowatych stolców bez wywołania kolki i parcia. Postanowił on zatem zbadać dokładnie skutki wypróżniające tego środka, który w doświadczeniach na zwierzętach okazał się zupełnie obojętnym tak, że nawet w ilości 5—6 grm. przeszedł bez skutku przez przewód pokarmowy zajęców, psów i kotów. Fenolftaleina przedstawia się jako proszek bez smaku i nierozpuszczalny w wodzie. U człowieka 0,1—0,2 wywołuje 1—2 rzadkich stolców, a 0,05—0,1 użyte wieczorem sprowadza nazajutrz lekkie wypróżnienie. Tylko minimalna część fenolftaleiny przechodzi do krwi (różowe zabarwienie moczu po ostrożnem dodawaniu 20% ługu potasowego), największa część zaś odchodzi niezmieniona ze stolcem; dlatego też purgen dla swej nieszkodliwości i braku wszelkiego smaku nadaje się bardzo w praktyce dziecięcej. Według wskazówek autora zaczęto wyrabiać ocukrzone kołaczyki o przyjemnym smaku, — różowe — o zawartości 0,05 fenolftaleiny (nazwa ochronna „Baby-Purgen"); żółtawe zawierające po 0,1 (nazwa „Purgen" dla dorosłych) i po 0,5 fenolftaleiny (nazwa „Purgen" dla obłożnie chorych). Dzieciom podaje się 1—3 kołaczyków „Baby-Purgen" po 0,1; przy nawykowem zaparciu żywota rano i wieczór po jednej takiej pastylce. Obłożnie chorzy zażywają dla silniejszego wypróżnienia 1—2 kołaczyków po 0,5 gr. Otrucia są wykluczone i przy największych dawkach, a w kilku przypadkach, gdzie 4—5 letnie dzieci przy braku dozoru zjadły odrazu całe pudełko purgenu (25 sztuk) prócz rozwolnienia, które po stosowaniu makowca i odwaru z korzenia storczykowego (rad. salep) łatwo ustąpiło, nie doznały zresztą żadnego szwanku.

Unterberg wypróbował purgen u 120 chorych (w klinice lekarskiej budapeszteńskiej), cierpiących po największej części na zaburzenia w narządzie pokarmowym. Stosował on fenolftaleinę w dawkach od 0,05—1,0, a Wenhardt podawał nawet dawki 2-gramowe bez jakichkolwiek złych następstw. Wyższe dawki były potrzebne u osobników, cierpiących na choroby jelit i u takich, którzy przez dłuższy czas nadużywali silnych środków przeczyszczających, lub zażywali wewnętrznie albo podskórnie morfinę lub makowiec. Przeciętny skutek następuje zwykle w 4—6 godzin po zażyciu małych dawek purgenu; purgen zażyty krótko przed uśnięciem nie przerywa snu, lecz skutek występuje dopiero nazajutrz. Większe dawki skutkowały często już po 2—3 godzinach. Przykrych skutków ubocznych nie stwierdzono, białka w moczu również nigdy nie zauważono. Także w przypadku podostrego zapalenia wyrostka robaczkowego i kolki ołowinej, w których środki przeczyszczające są przeciwwskazane, stosowano purgen ze skutkiem wybitnym, a nawet po dłuższem zażywaniu (do 2 miesięcy) środek ten nietracił nic ze swej skuteczności. U dorosłych wystarczy 0,1 fenolftaleiny, a w razie silnego zaparcia 0,2—0,3. Wreszcie Unterberg dochodzi do następujących wyników.

1. Purgen jest łagodnym, przyjemnym i dobrze skutkującym środkiem wypróżniającym, działa podobnie jak sole glauberskie i nie wywiera żadnych przykrych, ani szkodliwych skutków ubocznych.

2. Purgen jest wskazanym w przypadkach, gdzie chodzi o szybkie i łagodne wypróżnienie, lub gdzie jest wskazany przez dłuższy czas środek doraźnie i łagodnie działający, oraz u osobników drażliwych, jeśli inne przetwory wywołują mdłości, wymioty i t. d.

3. Natomiast skutek purgenu często jest wątpliwy u osobników z opadnięciem trzew, o leniwej i bezwładnej czynności mięśni jelitowych i u chorych, którzy nadużywali silnych środków przeczyszczających, jakoteż przetworów makowca. *Dr. Fels.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół ze zwyczajnego posiedzenia z dnia 10 czerwca 1902.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Steuermark przedstawia pacyentkę, która przed 7 laty przebyła kiłę, obecnie leczoną była głębokiemi wstrzykiwaniami sublimatu na prowincyi (w Królestwie polskiem). Po jednem z nich wytworzył się na pośladku naciek z przetoką. Przy tej sposobności zwraca uwagę prelegent na częste zaniedbywanie przepisów aseptyki i antyseptyki, oraz samej techniki wykonywania wstrzykiwań. Wyjątkowo zdarza się, że bez winy lekarza występują niekorzystne powikłania-sam spostrzegał w klinice prof. Lessera w Berlinie przypadek zgorzeli całego pośladka u pacyentki, która dostała 20 wstrzyknięć sublimatowych po 0.02 co drugi dzień; po ukończeniu leczenia, które pacyentka cały czas znosiła znakomicie, w kilka dni po ostatniem wstrzyknięciu wystąpiła zgorzel jednego pośladka.

Kol. Borzęcki, nawiązując do przedstawionego przypadku, podnosi, że przy wstrzykiwaniach głębokich grożą dwa niebezpieczeństwa: zakażenie i zator płucny, czego można uniknąć, przestrzegając ściśle praw aseptyki i trzymając się zasady Lessera, t. j. wbijać igłę długości 3 ctm. w miejscu najmniej unaczynionem. Kol. Reiss zaznacza, że przy umiejętnem i ostrożnem wstrzykiwaniu bardzo łatwo niebezpieczeństwa uniknąć, czego dowodem, że na tysiące wstrzykiwań raz tylko spostrzegał w klinice przypadek lekkiego zatoru płucnego, którego objawy bardzo szybko minęły. Kol. Boczar zwraca uwagę na szczegół, aby po wbiciu igły nie zmieniać bez potrzeby raz obranej głębokości.

III. Kol. Reiss przedstawia dwóch żołnierzy, u których niemal równocześnie wystąpiła względnie rzadka postać chorobowa skóry w formie t. wz. zrogowacenia mieszkowego (Keratosis follicularis). Sprawa chorobowa zajmuje przedewszystkiem kończyny dolne (w większym stopniu uda, aniżeli podudzia), okolicę kości krzyżowej, boczne ściany brzucha i barki. Sprawa chorobowa przedstawia w niektórych miejscach pewne podobieństwo do »Acanthosis nigricans«. Zmiany charakterystyczne polegają na wybitnem zrogowaceniu znacznie rozszerzonych uchyłków skórnych, w których tkwi cała masa zrogowaciałego przyskórka w postaci czopa, wystającego na zewnątrz ponad powierzchnię skóry prawidłowej. Jest to typ »hyperkeratosis disseminata«, ograniczającej się li tylko do »folliculi cutis«. Gdzieniegdzie rogowe czopy te wypełniają bardzo szczelnie uchyłek włosowy, w innych miejscach czopy tkwią tylko dosyć luźnie i dają się łatwo wyjąć, pozostawiając stożkowatej formy zagłębienia. Odmianę tę, zwaną przez Leloira i Vidala »acné cornée«, identyfikuje Brooke ze swoją »Keratosis follicularis contagiosa«. zwaną tak przez niego dlatego. ponieważ spostrzegał ją raz u kilku członków tejsamej rodziny. Przeszczepianie tej formy chorobowej nie zostało jednak nigdy naukowo udowodnione. Dalej omawia prelegent różnice kliniczne tej formy od formy podobnej, opisanej przez Dariera, jako »Psorospermosis follicularis cutanea vegetans«, której typowy przypadek sam spostrzegał przed trzema laty w tutejszej klinice (opisany następnie w »Pamiętniku jubileuszowym prof. Korczyńskiego«). Badania histologiczne w ostatnich latach wykazały jednak, że w formie Darierowskiej nie możemy bynajmniej owych »corps grains«, opisywanych i znachodzonych w sieci Malpighiusza uważać za pasorzyty w znaczeniu koocydyów, ale naiprawdopodobniej za zrogowaciałe komórki warstwy kolczastej. Odmiana »Keratosis follicularis«, opisana przez James White'a, okazała się identyczną z odmianą Dariera. Nie jest jednak wykluczonem i bardzo być może, że dalsze badania, poparte spostrzeganiem liczniejszych przypadków, wykażą, że forma Dariera i forma Brooka są niczem innem, jak tylko różnymi okresami jednej i tej samej formy chorobowej.

W dyskusyi zabiera głos kol. Krzyształowicz podnosząc, że najmniej są znane sprawy chorobowe w torebkach włosowych, a zdają się być bardzo proste, bo jedne i te same przyczyny wytwarzają jedne i te same zmiany, czyto w samych torebkach, czy około nich. Z postępem nauki będą to w przyszłości sprawy najlepiej poznane, bo już dotąd wiemy, że wszystkie t. zw. mylnie trądziki, jak dziegciowy, rtęciowy i jodowy są anatomicznie jednakowemi sprawami (Folliculitis staphylogenes). Kol. Borzęcki zgadza się w zupełności z wywodami kol. Krzyształowicza. Jasną jest rzeczą, że różni autorowie dla tych samych nieraz chorób tworzyli nowe nazwy, mącąc tym sposobem słownictwo dermatologiczne. Takie zmiany, jak »acne« i »folliculitis« są przecież znane i częste, ale zachodzi pytanie, czy tu zakażenie zewnętrzne odgrywa jaką rolę i czy ono zmienia charakter samej choroby. Kol. Krzyształowicz dodaje, że obecny przypadek przedstawia coś swoistego, to nie ulega wątpliwości. Sprawa rozpoczęła się prawdopodobnie od »lichen pilaris«, następnie zaś przyszło do zakażenia i zapalenia śród i okołomieszkowego. Kol. Reiss podnosi jeszcze podobieństwo bardzo licznych guzków z guzkami »lichen ruber accumin«.

IV. Kol. Borzęcki przedstawia pacyenta, który od 15 lat cierpiał na wyprysk przewlekły ograniczony blizną. U chorego tego zastosował raz metodę Spieglera; chory potem znikł mu na dłuższy czas z oczu; obecnie okazuje tylko bliznę na miejscu dawnego ogniska chorobowego.

Kol. Reiss nadmienia, że znana metoda leczenia wyprysku przewlekłego sposobem Spieglera nie powinna się kończyć bynajmniej blizną, bo byłby to wynik wcale niekorzystny, kończący się zniszczeniem miazdry (corium), do czego przecież nie dążymy. Widoczną więc jest rzeczą, że chory sobie ranę zanieczyścił i wystąpiło ropienie głębokie z następową blizną.

Kol. Borzęcki zaznacza, że przy takiem leczeniu nie może chodzić o wzgląd kosmetyczny. Jeżeli się używa leków tak energicznie działających, to trudno sobie wyobrazić, aby one nie zniszczyły choćby częściowo miazdry; blizna zatem może być nieuniknioną. Kol. Steuermark nazywa tę metodę »therapia crudelis« i nie wykonuje jej nigdy. Tu wyprysk musiał być poprzednio źle leczony, a niejednokrotnie przy tego rodzaju wypryskach ograniczonych nie wystarcza leczenie miejscowe, trzeba się uciekać równocześnie do środków wewnętrznych, jak sól karlsbadzka, po których spostrzegał w podobnych przypadkach bardzo dobre wyniki. Kol. Sokołowski przytacza przypadek przez siebie leczony, gdzie u robotnika w fabryce betonów wystąpił na palcach rąk wyprysk, którego gdy niczem nie można było wyleczyć, zastosował metodę Spieglera, zmodyfikowaną o tyle, że nacierał czystym rozczynem potażu żrącego i przylapisował laseczką azotanu srebrowego. Potem utworzył się strup, po odpadnięciu którego okazała się skóra zupełnie prawidłowa bez śladu blizny. Kol. Krzyształowicz twierdzi stanowczo, że po zastosowaniu metody Spieglera nie powinno się mieć nigdy blizny; bezpośrednio po potażu żrącym stosowany azotan srebrowy powoduje wytworzenie się strupa, pod którym regeneruje naskórek, a warstwa brodawkowa nie zostaje naruszona.

V. Kol. Boczar przedstawia dwa przypadki niejasne pod względem rozpoznawczym. Lekarz powiatowy przysłał całą rodzinę z 5 osób złożoną, podejrzaną o zakażenie kiłowe. Badanie wykazało, że ojciec i dwoje dzieci zmian nie okazują żadnych, u matki zaś gruczoły szyjne i pachwinowe nieznacznie powiększone, na migdałkach naloty bardzo do kłykcin płaskich zbliżone; podobne zmiany na wargach ust; na skórze tułowia zaś osutka, należąca do grupy »erythema toxicum«. Zmiany w błonach śluzowych uważać należy za rtęcicze zapalenie jamy ustnej. U chłopca również rozległe zmiany w gardle i na skórze charakteru rumieniowego. Matka dostała od lekarza 5 wstrzyknięć rtęciowych i 5 wcierań.

Kol. Reiss zwraca uwagę, że on rozpoznałby tu tylko zatrucie rtęciowe, a »erythema« uważałby za »erythema mercuriale«.

Kol. Mayzel jest również tego zdania, że samo powiększenie gruczołów rozpoznania kiły usprawiedliwić nie może i przychyla się do wywodów kol. Reissa.

VI. Kol Krzyształowicz przedstawia hodowle grzyba zwanego »microsporon furfur« (Robin), odkrytego w r. 1846 przez Eichstedta. Pierwszy wyhodował go na sztucznych pożywkach Spietschka (1896), chociaż wielu autorów nie uznaje dotąd otrzymanego przez niego grzyba. W przeszłym roku otrzymał Matzenauer hodowle na agarze podanym przez Fingera (Epidermin-Agar) a w bieżącym roku pokazywał Gaston w Paryżu hodowle wyrosłe na agarze zmieszanym z cieczą, otrzymaną z maceracyi łożyska. Prelegent otrzymał, chociaż dosyć trudno, hodowle na zwykłych pożywkach: bulionie, agarze, agarze glicerynowym, piwnym i żelatynie; nie było jednak wzrostu na ziemniaku, na którym obaj poprzedni autorowie widzieli bardzo charakterystyczne hodowle. Na pożywkach stałych postać hodowli była podobną do powstałej z przeszczepienia grzyba »microsporon Gruby-Sabourand«, gdyż przedstawiała się w postaci tarczki wielkości soczewicy płaskiej, z dośrodkowo ułożonych kół złożonej. Wzrost w głębi pożywki był widoczny w postaci cienkich nitek (Wykład ilustrowany był przytem preparatami grzyba w łuskach i z hodowli na różnych pożywkach).

W dyskusyi brali udział wszyscy członkowie Towarzystwa.

VII. Nawiązując do demonstracyi przypadku »folliclis«, przedstawionego na poprzedniem posiedzeniu, wygłasza kolega Steuermark odczyt p. t. »Obecny stan nauki o t. zw. tuberkulidach skóry«.

Szkoła francuska dzieli wszystkie choroby skóry, pozostające w związku z gruźlicą, na dwie grupy: 1) »tuberculides bacillaires«, do których należą: »lupus vulgaris«, »scrophuloderma«, »tuberculosis cutis miliaris ulcerosa«, »tuberculosis cutis verrucosa«, oraz pewne formy nowotworowe, jak gruzełki trupie (Tubercula anatomica). Wszystkie te choroby cechują się swoistą budową anatomiczną w formie gruzełka, zawierającego komórki olbrzymie Langhansa; powstają niewątpliwie pod wpływem prątka Kocha; chorobowe ich produkty przeszczepialne są na zwierzęta, wreszcie okazują swoisty odczyn po wstrzyknięciu tuberkuliny Kocha. 2) Do drugiej grupy należą »toxituberculides«, powstające nie wskutek działania prątka Kocha, lecz jego toksyn. Do tej grupy zaliczają Boeck oraz autorowie francuscy następujące choroby: »folliclis«, czyli »lupus erythematosus disseminatus« forma Boeck, »lichen scrophulosorum«, »eczema scrophulosorum Boeck«, »erythema induratum« Bazin, »gangraena cachectica infantum« Oscar Simon, czyli »ecthyma térebrant de l'enfance« francuskich autorów, »lupus erythematodes« i »lupus pernio« Besnier. W ogólności jest sprawą sporną, czy wszystkie te choroby można i należy zaliczyć do grupy tuberkulidów, w szczególności sprzeciwia się temu szkoła niemiecka. Choroby należące do tej grupy nie posiadają cech patognomonicznych dla gruźlicy, pomimo to jednak istnieją pewne dane, że pozostają one w jakimś, jak na dzisiaj bliżej nie dającym się określić związku, z gruźlicą. A mianowicie za podstawy w tym kierunku służą: *a)* spostrzeganie kliniczne, według którego choroby wspomniane występują stale, lub prawie stale u osób, które już to poprzednio, już też następowo okazywały objawy gruźlicy płuc, kości, gruczołów, lub skóry; *b)* stała lub prawie stała koincydencya tych chorób z »lichen scrophulosorum«, co do natury gruźliczej którego obecnie w dermatologii nie ma nikt wątpliwości; *c)* w niektórych przypadkach po wstrzyknięciu starej tuberkuliny Kocha występował wybitny odczyn dookoła zmian chorobowych; *d)* spostrzegano pojedyncze przypadki dodatniego wyniku przeszczepienia niektórych z tych chorób na zwierzęta. Prelegent opisuje pojedyncze choroby z grupy tuberkulidów, zatrzymując się dłużej nad piśmiennictwem,

opisem klinicznym i mikroskopowym »folliclis«, przyczem podaje historyę chorób dwóch przypadków przez siebie spostrzeganych.

Po odczycie podnosi kol. Schwarz, że jego zdaniem podział chorób skórnych, będących z gruźlicą w styczności, na liczne poddziały, nie ma racyi; słuszny jest tylko podział na gruźlicę i t. zw. »toxituberculides«. Kol. Reiss zaznacza, że wprawdzie »lupus erythematosus« zaliczają ogólnie do grupy »toxituberculides«, śmiało jednak usunąłby go z tej grupy, bo w żadnym jeszcze przypadku nie udało mu się wykazać gruźlicy, chyba tylko »lupus erythematosus disseminatus« mógłby przedstawiać pewne wątpliwości. Kol. Sokołowski podnosi, że w przypadku »lupus erythematosus disseminatus« widział ogólne objawy, gorączkę i niewątpliwie gruźlicze zapalenie opon mózgowych. Kol. Krzyształowicz uważa nazwę »toxituberculides« za bardzo naciągniętą. Wszystkie choroby skórne, do tego działu zaliczone, dają naciek jednakowy w obrazie mikroskopowym. Naciek ten w jednych przypadkach prowadzi do rozpadu, w innych nie; wszystkie te jednak zmiany uważałby histologicznie za analogiczne ze zmianami, spotykanemi w wilku. Że zaś nie zawsze powiedzie się staranie co do wykazania prątków, z tego jeszcze nie wynika, aby ich tam nie było i żeby te przypadki koniecznie trzeba było zaliczyć do działu gruźlicy toksycznej. W odpowiedzi stwierdza kol. Steuermark, że niewątpliwie szkoła francuska i Boeck w Christyanii idą, jak na dzisiaj, za daleko, przyjmując pewne działanie toksyn za przyczynę powstania tuberkulidów. W obecnym stanie nauki możemy stwierdzić tylko, że istnieje rzeczywiście jakiś bliżej nieznany związek tych chorób z gruźlicą, być może nawet, że rzeczywiście toksyny są ich przyczyną, ale jak długo doświadczalnie nie zdołamy wywołać tych chorób za pomocą toksyn prątka Kocha, tak długo pozostanie to tylko hipotezą. Jakie dane przemawiają jednak za niewątpliwm związkiem z gruźlicą, wspomniał prelegent wyżej. Co do sprawy związku z gruźlicą rzekomą, to jest to tylko przypuszczeniem jak długo w chorobach tych (lupus erythematodes i lupus pernio Besnier) prątków gruźlicy rzekomej nie znajdziemy. O ile szkoła francuska i Boeck mają słuszność, rozstrzygnie przyszłość. Nakoniec zabiera głos sekretarz, wzywając wszystkich członków Towarzystwa, aby ordynując prywatnym pacyentom mydło lecznicze, polecali wyłącznie mydła lwowskiej fabryki »Tlen« i tym sposobem przyczyniali się do wyrugowania z aptek fabrykatów niemieckich, co zostało jednogłośnie przyjętem.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Dr. Pacyna, sekretarz.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 28 sierpnia.

* Stowarzyszenie lekarzy zakładu kąpielowego w Krynicy zastanawiało się na jednem z swych posiedzeń nad potrzebą powiększenia i ulepszenia łazienek mineralnych i borowinowych w tem zdrojowisku. Sprawozdawca Dr. F. Kmietowicz wykazywał iż po każdem ulepszeniu łazienek, budowie tychże lub pomnożeniu gabinetów łaziebnych wzrastała liczba gości kąpielowych; dostateczna ilość wody mineralnej w źródłach już ujętych pozwala na podwójenie ilości kąpieli dotychczas wydawanych. Zebrani podjęli uchwałę w tej sprawie zgodną z wnioskami sprawozdawcy, a uchwała ta nie będzie zapewne bez wpływu na opinią odnośnych władz.

* Zarząd m. Halli postanowił dla zapobieżenia śmiertelności osesków sprzedawać za niską cenę, na ulicach mleko wyjałowione, ubogim dawać je bezpłatnie a gdy te próby dadzą dobre wyniki, rozwinąć w tym kierunku szersze działanie.

* Kierownictwo nowo utworzonej kliniki chorób gardła w Heidelberdze powierzono Profesorowi Dr. Juraszowi, mianując go równocześnie rzeczywistym nadzwyczajnym profesorem laryngologii w tymże uniwersytecie.

Mianowania i odznaczenia. Dr. G. Riehl z Lipska mian. zwyczajnym profesorem dermatologii w Wiedniu (jako następca Kaposiego).

Nekrologia. Dr. Wojciech Stankiewicz sekundaryusz szpitala powszechnego w Przemyślu. Dr. B. Milliot rodem z Wołynia uczeń uniw. Kijowskiego zmarł dnia 30 lipca w Herbillon (Algier.). Dr. Dyonizy Markiewicz lek. miejski w Krośnie, wzięty lekarz, dzielny obywatel kraju.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 34. Fryszman: O mięsaku gruczołu krokowego. Szymański: Przypadek 8-mio miesięcznej ciąży brzusznej.

— *Gazeta lekarska* Nr. 34. Brudziński: Przyczynek do badań nad enteritis streptococcica u niemowląt. Puławski: Zesztywnienie kręgosłupa. Piltz: O parodoksalnem oddziaływaniu źrenic na światło, Niezwykły przypadek zwężania się źrenic przy usuwaniu oświetlenia oka.

— *Przegląd hygieniczny* Nr. 8. Szpilman: Rząd austryacki wobec gruźlicy. Gorecki: Nowa rzeźnia miejska we Lwowie.

— *Przegląd felczerski* Nr. 16. Z dziedziny fizyki i chemii. O trudnem ząbkowaniu.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 7. Krakowski: Wartość terapeutyczna nowozalecanych środków hemostatycznych stosowanych w dentystyce. Ziemeus: Nowe zgryzadło bezgipsowe.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 34. Brabec: O aktinomykomu. Brejtman: O přijičných onemocněnich srdce.

— *Sbornik klinický* Z. 6. Vitek: Chorea hysterica arythmica. Vaňýsek: O poměru jazyka při obmě nervu licnicho. Cisler: Sluchové ústroji u případu akutni leukaemie. Polák: O stavu alkoholizmu k chirurgii. Kozlovský: Kysličnik vodičitý a dułežitosť jeho pro praksi chirurgickou.

— *La Présse médicale* Nr. 66. Decloux, Ribadeau-Dumas i Sabaréanu: Rzadkie umiejscowienie choroby Raynauda. Anglade i Chocreaux: Stolce suchotników nie są mniej niebezpieczne jak ich plwociny. Labbé: Wyskok i odporność ustroju w chorobach.

— Nr. 67. Moureau i Lavrand: Położnictwo a moralność chrześciańska.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 33. Leopold: W sprawie zapobiegania zapaleniu ócz u noworodków przez zastosowanie sposobu Credego. Freund: O stosunku wyleczonych gruźlic do wytworzenia się stawu na pierwszej chrząstce żebrowej. Senger: Przypadek pyometra, wyleczony drogą operacyjną. Schrank: Przypadek surowiczej osteomyelitis tyłogłowia naśladujący meningocele. Brunn: W sprawie ciał obcych w pęcherzu. Scholer: O operacyi zéza przy wrodzonem porażeniu m prost. zewn.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 33. Reiche: Trwałe wyniki leczenia suchotników w sanatoryach. Schröder i Brühl: O wzajemnym stosunku ruchów, ciepłoty ciała i albumozuryi do siebie i do gorączki w gruźlicy. Sticker: O rozpoznawaniu wrodzonego usposobienia do gruźlicy. Schmorl: Przyczynek do zagadnienia o powstawaniu gruźlicy płuc. Engel: O wpływie gruźlicy płuc na umysł i nerwy. Kobert: O trudnościach w wyborze chorych do sanatoryów gruźliczych; o sposobie tegoż wyboru. Meissen: Przyczynek do leczenia gruźlicy w zakładach. Katzenstein: Doświadczenia z zastosowaniem hetolu w praktyce. Cybulski: Podskórne zastrzykiwania arszeniku w leczeniu gruźlicy.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 34. Pupovac: O wykonywaniu neartroz w stawach unieruchomionych. Damianos: Zapalenie wyrostka robaczkowego przy lewostronnem umieszczeniu jelita ślepego. Fleger: Przyczynek do kazuistyki syringomyelii i o zdarzających się przy tej chorobie zaburzeniach skórnych. Lohnstein: O oddziaływaniu wydzieliny gruczołu krokowego przy przewlekłem zapaleniu tegoż.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 34. Grummach i Wiedemann: Oznaczanie granic serca za pomocą przyrządu aktinoskopicznego. Mühlens: O obecnem rozszerzeniu zimnicy w północno-zachodnich Niemczech. Bannes: Przyczynek do kazuistyki zwichnięcia śródręcza. Marek: O sposobie powstawania szmerów oddechowych. Levy-Dorn: Mostek, aorta i kręgosłup w obrazie Rentgenowskim.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 6 Września 1902. Nr. 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej c. k. Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.

W sprawie doszczętnego operowania raka wargi dolnej*).

Podał
Dr. M. W. Herman,
Asystent kliniki.

Dla mistrzów chirurgii ściśle opracowane metody, a więc szablony, są zbyteczne. Natomiast konieczne, a raczej bardzo pożądane są one dla „przeciętnych wykonawców chirurgii“. Lepiej na tem wyjdą chorzy, lepiej i chirurdzy. Pierwsi, — bo otrzymali pomoc najlepszą, jaka tylko jest możliwą w obecnym okresie rozwoju naszej sztuki i nauki; drudzy — gdyż w razie niepowodzenia, przynajmniej w sumieniu swojem mogą być spokojni. Odnosi się to zwłaszcza do operacyjnego leczenia nowotworów złośliwych w ogólności, a raka wargi dolnej w szczególności.

Operując raka wargi dolnej, powinno się zawsze operować doszczętnie, a zatem usunąć nietylko ognisko pierwotne na wardze, ale i przerzuty w gruczołach chłonnych. W jakim okresie choroby przerzuty się zjawiają? Nie na podstawie znanego mi piśmiennictwa, lecz opierając się na tem, co spostrzegałem u chorych w naszej klinice, twierdzę — na razie *ad usum proprium,* — że chyba bardzo wcześnie. Zgłaszali się do nas chorzy z guzami pod żuchwą; rozpoznawaliśmy raka gruczołów chłonnych, a dopiero po specyalnem zwróceniu uwagi na wargę dolną, znachodziliśmy maluśką, zaledwie zauważyć się dającą blizenkę. Trzeba było pomagać pamięci chorych, aby się dowiedzieć, że temu półtora lub dwa lata mieli jakiś wrzodzik na wardze, że zgłaszali się z tem o poradę do lekarza, a ten „chrostę“ wyciął. Wystarczył jeden szew, aby ranę zaszyć. Aż potem, dopiero w kilka czy kilkanaście miesięcy, zaczęły pod brodą nabrzmiewać gruczoły, a w klinice stwierdzaliśmy: na wardze dolnej prócz kilkumilimetrowej blizny, zachodzącej na czerwień, żadnych zmian niema, a pod brodą *„carcinoma metastaticum glandularum lymphaticarum submentalium inoperabile“*.

Następnie u kilku chorych, operowanych w naszej klinice „d o s z c z ę t n i e“, których niestety mieliśmy sposobność oglądać u nas poraz wtóry w kilka czy kilkanaście miesięcy po operacyi, widzieliśmy zwykle wargę (bez względu na to, czy z niej wycięto tylko „piątkę rzymską“, czy też odciąć ją trzeba było całkowicie i stworzyć nową. na drodze operacyi plastycznej B r u n s a), nie zajętą, a w okolicy podżuchwowej rozrosłe, nie nadające się do operacyi przerzuty, najprawdopodobniej w gruczołach [1]).

*) Według wykładu na XII Zjeździe chir. pol. w Krakowie.

[1]) Podobne spostrzeżenia ogłosili: G u s s e n b a u e r, F r i c k e C. N. D o w d.

Po takich spostrzeżeniach zapytać się wolno, co gorsze? czy pierwotny nowotwór wargi, czy następowe przerzuty w gruczołach? Zdaniem mojem niema tu miejsca dla dwóch odpowiedzi. I konsekwentnie wyciągając wnioski logiczne ze znanych premis faktycznych należy twierdzić stanowczo, że w k a ż d y m p r z y p a d k u r a k a w a r g i d o l n e j, b e z w z g l ę d u n a c z a s j e g o t r w a n i a i r o z m i a r y, o p e r a c y ę p o w i n n o s i ę r o z p o c z ą ć o d w y c z y s z c z e n i a o k o l i c y p o d ż u c h w o w e j, a r a c z e j d n a j a m y u s t n e j, o d i s t n i e j ą c y c h t a m p r z e r z u t ó w r a k o w y c h. Zapatrywanie takie spotka się pewno z niejednej strony z zaprzeczeniem, a może z więcej jeszcze mówiącem wzruszeniem ramion. Taksamo jednak wzruszano ramionami nad propozycyą, aby np. w każdym przypadku raka sutka anatomicznie wypreparować jamę pachy, — a przecież dziś każdy chirurg, — o ile tylko naprawdę jest chirurgiem, — robi to, chociaż przed operacyą gruczołów wyczuć nie może.

Kiedy jednak w przypadkach raka wargi dolnej wydalać powinniśmy gruczoły, już w t y m o k r e s i e, k i e d y i c h j e s z c z e n i e w y c z u w a m y, musimy wiedzieć dokładnie, gdzie ich szukać i jak to zrobić? Bez oglądania się nawet na anatomiczne preparaty z nastrzykanemi naczyniami chłonnemi wiemy, — że gruczoły chłonne wraz ze swemi naczyniami znajdują się w tkance łącznej, leżącej głównie na mięśniach dna jamy ustnej, a częściowo zachodzącej w szczeliny międzymięśniowe. Na licznych zaś przypadkach raków dalej posuniętych stwierdzono klinicznie, że gruczoły, w których z pewną predylekcyą sadowią się przerzuty, znajdujemy 1) „w okolicy środkowej pod szczęką dolną pomiędzy skórą a mięśniem żuchwo-gnykowym, lub głębiej pod tym mięśniem, a mięśniem bródko-gnykowym; 2) następnie gruczoły, leżące poniżej kąta żuchwy na gruczole podżuchwowym..... Gruczoły te układają się zwykle wzdłuż tętnicy szczękowej zewnętrznej, tuż obok rowka, w którym wije się tętnica w gruczole podżuchwowym, dążąc ku górze“ [2]).

Samo przez się rozumie się, że gruczoły te wyczuwa się, acz nie w równym stopniu, po prawej i lewej stronie, i że prócz nich istnieje mnóstwo mniejszych, niewyczuwalnych, które w chwili operacyi znachodzą się w tym okresie zajęcia, w jakim wyczuć się dające znachodziły się kiedyś przed operacyą. A równocześnie z poprzedniemi uwagami czytamy w podręcznikach, że wszystkie te powiększone gruczoły wydalić należy [3]). A co się ma stać z tymi, które

[2]) Podręcznik chirurgii szczegółowej T. I, L. R y d y g i e r a.

[3]) W najbardziej rozpowszechnionych u nas podręcznikach chirurgii czytamy takie wskazówki: L. R y d y g i e r (1886). „Drugą niemniej główną zasadą wobec wycinania raka wargi jest jak n a j d o k ł a d n i e j-

w czasie operacyi były jeszcze niedostępne dla naszego zmysłu dotyku? Niedostateczność tych wskazówek odczuwaliśmy oddawna w klinice. Od roku 1896, od czasu ogłoszenia przez Prof. Rydygiera krótkiego artykuliku p. t. „Przyczynek do techniki wycinania raków [4]), w którym między innemi zwrócono także uwagę i na raka wargi dolnej, zmieniliśmy nawet nieco technikę wyłuszczania gruczołów, starając się wyjmować je w ciągłości z otaczającą je i łączącą tkanką łączną, usilując wycinać pasma tej ostatniej aż w pobliże pierwotnego ogniska. Lecz i wówczas, zwłaszcza my młodzi i niewprawni jeszcze do noża, mieliśmy do walczenia z wieloma trudnościami. Z głębokich ran krwawiło obficie, duży gruczoł podżuchwowy, z którym się w każdym przypadku miało do czynienia, dziwnie zawadzał — i w rezultacie mieliśmy złe wyniki co do trwałych wyleczeń. Za często i po takich operacyach widywaliśmy nawroty w gruczołach podżuchwowych, byśmy mogli przejść nad tą sprawą do porządku dziennego. Trzeba było obmyśleć jakiś plan, czy metodę, któraby umożliwiała głównie „tym przeciętnym wykonawcom chirurgii“ doszczętne oczyszczenie okolicy dna jamy ustnej.

Opracowałem tedy odpowiedni plan, przedstawiłem go szefowi memu i nauczycielowi p. Radcy Dworu Prof. Rydygierowi, i uzyskawszy zatwierdzenie, w dodatku zaś życzliwą zachętę, wykonałem go sam, lub przez młodszych kolegów na trzech chorych. I tak przekonawszy się, że oczyszczenie dna jamy ustnej ze znajdujących się tam przerzutów nowotworowych może być metodycznie wykonane

sze wyszukanie zajętych gruczołów, mianowicie na miejscach powyżej już podanych, a następnie wycięcie wszelkich dostrzeganych gruczołów. Nawet tam, gdzie przez skórę niewyraźnie tylko wyczuwamy, radzimy skórę naciąć, pomni na to, że zwykle znajdą się większe i liczniejsze gruczoły po przecięciu, aniżeli czucie dozwalało się domniemywać“... Hueter-Lossen (1892) „Besonders leicht ist die Entfernung der Submentallymphdrüsen.... Dagegen führen die Exstirpationen der submaxillar gelegenen Drüsen fast immer in die nächste Nachbarschaft der A. maxillaris ext. In dem Bogen, welchen diese Arterie bei ihrem Verlaufe durch die Furche der Submaxillarspeicheldrüse macht, liegt fast regelmässig bei Carcinom der Unterlippe eine angeschwollene Lymphdrüse und zwar oft, obgleich das primäre Carcinom nur der einen Seite angehört, auf beiden Seiten.... Trotz dieser Schwierigkeit muss die Exstirpation erfolgen“...

König (1898). „Wie beginnen die Operation mit der Exstirpation der regionären Drüsen in ihrer Fettcapsel. Handelt es sich um median gelegene Carcinome, so braucht man in der Regel nur die hinter dem Rand des Kinnes gelegenen Drüsen freizulegen und zu entfernen. Man führt einen Bogenschnitt hinter dem Kinntheil des Kiefers, durchschneidet das Platysma und entfernt das zwischen den Biventermuskeln gelegene Fett sammt Drüsen. Liegen die Carcinome mehr auf einer Seite, so muss der Schnitt längs des Unterkieferastes unter demselben geführt, und hier müssen die oberflächlichen und die tiefen in der Kapsel der Submaxillaris gelegenen Drüsen entfernt werden. Am sichersten ist es, wenn man die Submaxillardrüse mit fortnimmt. Bei ausgedehnten Erkrankungen wird ein hinter dem Unterkiefer von einem Masseter bis zum anderen verlaufender Schnitt geführt beide Submaxillardrüsen sammt der Fettkapsel und den submentalen Drüsen durch die Operation beseitigt“.

W innych podręcznikach znalazłem tylko bardzo ogólnikowe wzmianki.

Jak z przytoczeń tych wynika, — najdokładniejszy opis spotykamy w podręczniku Königa. Postępowanie jego jest bardzo zbliżone do metody, którą poniżej opisujemy.

Te ogólne uwagi mogą być wystarczające dla chirurgów wprawnych, — stanowczo jednak, z własnego doświadczenia mówię, uważam je za niedostateczne, o ile chodzi o chirurgów mniej wytrawnych.

[4]) „Przegląd lekarski“ z roku 1896, str. 31.

nawet przez mniej wprawnych chirurgów, ośmielam się przedstawić szczegółowo plan operacyi raka wargi dolnej, jak go obecnie w klinice Rydygiera wykonywamy.

Po uczynieniu zadość wymaganiom aseptyki, w każdym przypadku, choćby początkującego nabłoniaka wargi dolnej, rozpoczynamy operacyę od wyjęcia gruczołów chłonnych z okolicy podbródkowej. Ten bowiem akt operacyi, z powodów poprzednio wyłuszczonych, uważamy za najważniejszy i operować możemy rękoma dokładnie wyjałowionemi, nie zwalanemi jeszcze wydzieliną jamy ustnej. Poprzez podbródek prowadzimy cięcie poprzeczne, nieco łukowate, wypukłością ku bródce zwrócone i przebiegające na 1—$1\frac{1}{2}$ palca powyżej fałdu pomiędzy podbródkiem a szyją [5]). Na prawo i na lewo zachodzimy nożem ponad mięśnie mostko-obojczyko-sutkowe. Przecinamy tylko skórę i podpreparowujemy ją z jednej strony w górę aż poza krawędź żuchwy, z drugiej zaś ku dołowi aż po kość gnykową. Następnie częściowo nożem i nożyczkami, częściowo zaś na tępo podważamy ślinianke podżuchwową i na jej zewnętrznej krawędzi odszukujemy tętnicę szczękową zewnętrzną, którą niedaleko od miejsca wyjścia z tętnicy dogłowowej zewnętrznej podwiązujemy podwójnie i przecinamy. Ten akt wstępny powtarzamy i po drugiej stronie. Następnie pociągając za wyważoną i uruchomioną śliniankę, wypreparowujemy ten gruczoł całkowicie (przecinając przewód jego naciągnięty możliwie wysoko), a wraz z nim całą tętnicę podszczękową z gruczołami obok niej usadowionymi. Następnie nożem odpreparowujemy tkankę łączną otaczającą mięśnie, zabierając naturalnie mięsień szeroki *(platysma myoides)* wraz z tkanką tłuszczową, zwykle ponad tym mięśniem się znajdującą. Zbliżamy się ku linii środkowej szyi, pozostawiając za sobą czysto wypreparowane mięśnie. W środku podbródka, ze szczeliny między mięśniami dwubrzuścowymi szyi, a podbródko-gnykowymi, wyłaniają się zwykle same gruczoły rakowato zwyrodniałe, lub też łatwo wydostajemy je nożem i nożyczkami. W końcu przechodzimy na drugą stronę poza linię środkową i tęsamą czynność powtarzamy tu, ale w porządku odwrotnym.

Tak w jednym kawale wydostajemy z dna jamy ustnej płat złożony ze ślinianek podżuchwowych, gruczołów chłonnych i naczyń limfatycznych je łączących, mięśnia szerokiego szyi, tkanki łącznej i tłuszczowej. Gdy się potem spojrzy na preparat anatomiczny podbródka, demonstrujący przebieg mięśni, i gdy prócz mięśni widzi się jeszcze tylko pętlę nerwu podjęzykowego i obok niej przebiegającą żyłę językową, ma się to wrażenie, że ta część operacyi została chyba doszczętnie wykonaną.

Dzięki wstępnemu podwiązaniu obu tętnic podszczękowych zewnętrznych krwawienie znacznie mniejsze i nigdy tak gwałtowne, jak bez tego podwiązania; dzięki zaś usunięciu ślinianek podżuchwowych — niekoniecznych dla człowieka zdrowego, zbędnych dla dotkniętego rakiem, — dostęp swobodny i przegląd pola operacyjnego doskonały.

Po opatrzeniu naczyń krwawiących i zaszyciu rany

[5]) Podobne cięcie zaleca A. Stieda, o ile chodzi o przecięcie skóry i wytworzenie płatów, a przed nim König i H. Teske chwalili również cięcie płatowe (jedno cięcie przebiega wzdłuż krawędzi żuchwy, drugie zaś od kolca podbródkowego środkiem do kości gnykowej).

podbródkowej, przystępujemy dopiero do wycięcia nowotworu na wardze.

Takie metodyczne oczyszczanie dna jamy ustnej nadałoby się może także przy operacyi raka języka — (trójkąt Huetera w polu operacyjnem jest bardzo łatwo dostępny) i przy innych nowotworach złośliwych w zakresie jamy ustnej, przy których gruczoły chłonne pod żuchwą bywają zajęte.

Szefowi memu dziękuję i na tem miejscu za pozwolenie wypróbowania tej metody na chorych klinicznych

---

II. Podskórne zastrzykiwania arsenu w terapii gruźlicy.*)

Podał

H. Cybulski,

I asystent zakładu Dra Brehmera w Görbersdorfie.

Już w starożytności stosowano arsen w leczeniu suchot płucnych. Dioscorides podawał go chorym na gruźlicę wewnętrznie lub w postaci wdychiwań pary arszenikowej. Antyllus, który żył w III wieku ery chrześciańskiej, Marcellus Empyricus i Galen chwalą jego użycie i nawet opisują przypadki wyleczenia za pomocą wdychania pary tego metalu. Następnie atoli przez długi czas arsen został zapomniany, dopóki Buchner i inni nie wprowadzili go do ftyseoterapii. Przypisywano mu własności pobudzające energię życiową tkanek; spostrzegano, że przy użyciu wewnętrznem wzmagało się łaknienie, podnosiła się waga ciała, zmniejszała się duszność, i ustępowały poty nocne; jednocześnie poprawiał się stan płuc. W obecnej chwili odgrywa arsen znaczną rolę wśród leków farmaceutycznych, używanych w terapii gruźlicy. Niema prawdopodobnie suchotnika, któryby choć raz go nie używał. Wdychiwania arsenu zostały obecnie zapomniane, aczkolwiek w swoim czasie były bardzo zalecane. Pozostaje więc jeszcze tylko jedna droga stosowania tego środka, to jest droga podskórna. Początek tej metodzie dały prawdopodobnie dodatnie wyniki, otrzymane w gorączkach zimniczych. W celu sprawdzenia działania arsenu w gruźlicy płucnej przedsięwziąłem szereg prób, których wyniki poniżej podaję.

Ogółem stosowano metodę tę w 10 przypadkach; wybór padł na chorych z niezbyt daleko posuniętą gruźlicą płucną tak, że poprawa wogóle co do stanu płuc była jeszcze możliwa. Wybierano również tylko chorych ze stanem podgorączkowym, by jednocześnie sprawdzić działanie na ciepłotę.

Do zastrzykiwań używano mięszaniny następującej:

Natri arsenici 0.2

Sol. ac. carbolici $^1/_2$% — *20,0*

Zastrzykiwania rozpoczynano od 0,1 Pravaza, postępując początkowo codziennie o 0,1, następnie co 2 dni o 0,1 tak, że około 14-go dnia zastrzykiwano całą strzykawkę Pravaza wyżej podanego roztworu; ogółem robiono 20 zastrzykiwań; w razie wyniku pomyślnego po 2—3 tygodniach powtarzano ten zabieg w tym samym porządku. Zastrzykiwania, wogóle biorąc, mało są bolesne; trzeba tylko baczyć, by roztwór był ciepły; w niektórych przypadkach widziałem lekkie podskórne wynaczynienie po wstrzyknięciu większych dawek Innych nieprzyjemnych powikłań nie spostrzegałem.

*) Rękopis tej pracy Redakcya otrzymała d 30 lipca.

Wśród naszych dziesięciu chorych można było stwierdzić dodatni wynik u 4; bez widocznego zaś wyniku pozostały zastrzykiwania w 6 przypadkach.

1. P. *K.*, lat 22, przybył do zakładu z ciepłotą od 37°—37.8°. — Stan ogólny dobry; chory nieco niedokrewny, neurastenik; łaknienie i sen dobre, kaszel nie wielki i umiarkowana ilość śluzoworopnej plwociny. W płucach rozpad na znacznej przestrzeni w szczycie prawym i poczynający się rozpad w lewym. Gdy po upływie 6 tygodni ciepłota pozostała bez żadnej zmiany i z wielką regularnością podnosiła się codziennie do 37.8., postanowiono poddać chorego zastrzykiwaniom arsenu. Po upływie 10 dni ciepłota spadła do 37·1 - 37·0 i na tym poziomie trzymała się przez następne dni 10 i jeszcze przez dni 8 po przerwaniu zastrzykiwań, następnie podniosła się znowu, lecz tylko do 37,5. Wobec tego po upływie miesiąca powtórzono to samo leczenie i znowu po upływie 10 dni ciepłota spadła do 37·0 i trzymała się na tej wysokości przez dni 10, — gdy chory z powodu innej przyczyny (opróżnienie się nagłe jamy (kawerny)) stracił gorączkę na zawsze.

W przytoczonym przypadku działanie arsenu na ciepłotę było bardzo wyraźne. Na stan płuc nie wywarły zastrzykiwania widocznego wpływu; samopoczucie poprawiło się, łaknienie się wzmogło i chory przybrał na wadze około $1^1/_2$ kilo. Na stolec, kaszel, plwocinę i mocz arsen pozostał bez widocznego wpływu.

2. P. *H.* lat 33. przybył do zakładu z ciepłotą 38,5—39.°, która atoli po upływie kilku tygodni spadła do 37.8 i na tej wysokości z niesłychaną stałością utrzymywała się przez 5 miesięcy. W płucach naciek szczytu prawego i nieznaczny stosunkowo rozpad w szczycie lewym. Oprócz tego porozrzucane ogniska w płucu lewem. Stan ogólny niezły; łaknienie umiarkowane, sen dobry, działalność serca prawidłowa. Oddawanie stolca i moczu prawidłowe. Po upływie 5 miesięcy, gdy ciepłota pozostawała bez wszelkiej zmiany. przedsięwzięto powtórne stosowanie arsenu. Po upływie kilku dni ciepłota spadła do 37,3, a po następnych kilku do 37.1 i na tej wysokości utrzymywała się przez cały czas wstrzykiwań i kilka dni następnych, po upływie których podniosła się znowu prawie do poprzedniej wysokości.

Tętno pozostało mniej więcej na poprzedniej wysokości. Liczba oddechów nieco się zmniejszyła, łaknienie się poprawiło, na wadze choremu przybyło 1 kilo. Natomiast na stan płuc, kaszel, plwocinę, stolec i mocz arsen nie wywarł żadnego wpływu.

3. P. *W.* lat 23. Cierpi na gruźlicę od lat 3, początkowo z przebiegiem powolnym, od ostatnich zaś miesięcy z ciepłotą podniesioną do 38°. Obfite poty, pużo plwociny, duszność, wielokrotne krwotoki. W tym stanie przybył do zakładu. W płucach można było wykazać dosyć obszerną jamę w prawym górnym płacie i świeże ognisko w średnim; lewa strona względnie mało zajęta. Stan ogólny marny. Łaknienie słabe. Samopoczucie złe. Silna niedokrewność. Przez przeciąg 2 miesięcy stan ten trwał bez zmiany, — ciepłota z wielką prawidłowością podnosiła się do 37,8—38.°. Wobec tego poddano chorego leczeniu arsenem. Po upływie 14 dni ciepłota zaczęła się obniżać i doszła do 37,1—37.°. Stan taki trwał w czasie dalszych wstrzykiwań i mniej więcej tydzień po ich ukończeniu; po upływie tego czasu ciepłota wróciła do poprzedniej wysokości. Tętno, poprzednio bardzo szybkie, zwolniało; duszność się zmniejszyła, łaknienie poprawiło; przybytek na wadze 1 kilo. Samopoczucie o wiele lepsze. Poza tem na inne objawy chorobowe arsen nie miał widocznego wpływu.

Po upływie $1^1/_2$ miesiąca powtórzono u tego chorego też samą terapię z identycznym wynikiem.

4. P. *S*, lat 45. Chory od lat 4-ch miewał krwotoki i stany podgorączkowe. W płucach częściowy rozpad w szczycie lewym i nieznaczne zajęcie szczytu prawego. Ciepłota dochodzi stale do 37,5; umiarkowana niedokrewność, łaknienie słabe, stolec prawidłowy, mocz białka nie zawiera Stan serca bez widocznych zmian patologicznych, nieznaczne zwapnienie naczyń obwodowych. Gdy po upływie $1^1/_2$ miesiąca ciepłota nie spadała, poddano chorego leczeniu arsenem. Po upływie kilku dni ciepłota spadła do 37° — i więcej się nie podniosła. Tętno i oddech pozostały bez zmiany; łaknienie, samopoczucie i wejrzenie poprawiły się. Przybytek na wadze około $^1/_2$ kilo. Stan płuc uległ lekkiej poprawie.

5. P. *T.* lat 30.; sprawa rozpadowa w obydwóch szczytach,

owrzodzenia w krtani. Ciepłota do 37,8. Stan ogólny marny; brak łaknienia, nocne poty. Zastrzykiwania nie wywarły żadnego wpływu ani na ciepłotę, ani na poty nocne. Tylko łaknienie nieco się poprawiło. Sprawa w płucach i krtani postępowała szybkim krokiem w dalszym ciągu.

6. P. *S.* lat 23. Ciężka sprawa rozpadowa w obydwóch szczytach; ciepłota dosyć nieregularna, dochodzi do 38·0°. Zastrzykiwania arsenu spowodowały lekkie obniżenie ciepłoty; ponieważ ciepłota u chorej wogóle przedstawiała długotrwałe wahania, nie można więc tego uważać z pewnością za wynik dodatni. Osiągnięto nieznaczne polepszenie łaknienia, a pozatem pod każdym względem wynik ujemny.

7. P. *W.*, lat 18. Szybko postępująca sprawa płucna bez wyraźnego rozpadu; natomiast zajęcie lewego płuca na znacznej przestrzeni. Gorączka dosyć nieregularna, przeciętnie 37.2 —, często podnosi się do 38·0°. W czasie zastrzykiwań ciepłota utrzymuje się stale na 37.2° — bez podwyższeń; przybytek na wadze 1 kilo. Wejrzenie lepsze. Pozatem wynik ujemny.

8. P. *A.* Ciężka sprawa płucna. Gruźlicze zajęcie krtani. Ciepłota stale do 38.0°. — Łaknienie słabe; stan ogólny zły. Po zastrzykiwaniach łaknienie się poprawiło, poty się zmniejszyły. Waga podniosła się o 1½ kilo. Ciepłota nieco niższa (o 0.2°). Pozatem inne objawy chorobowe bez zmiany.

9. P. *W.* Sprawa rozpadowa w szczycie lewym; poprawa następuje bardzo powoli. Zastrzyknięcie arsenu wywołało podniesienie ciepłoty do 39°, wobec czego natychmiast je przerwano.

10. P. *S.* Naciek szczytu lewego. Poprzednio poprawiał się nieźle; po krwotoku nastąpiło pogorszenie. Ciepłota do 37.6. — Wstrzykiwania arsenu nie wywołały żadnego wpływu na proces chorobowy, ani na jego objawy. Nieco tylko poprawiło się łaknienie.

Na podstawie powyższych 10 przypadków można streścić wyniki, otrzymane przy podskórnem stosowaniu arsenu w gruźlicy płuc jak następuje:

1. Na gorączkę arsen, stosowany w wyżej opisany sposób, posiada często niewątpliwie wpływ dodatni, aczkolwiek działanie to nie jest trwałe. Dodatek fenolu nie mógł spowodować tego obniżenia, ponieważ dawka jest za mała, a obniżenie nastąpiłoby natychmiast.

2 Na wagę ciała działa w sposób dodatni, aczkolwiek nie wybitnie, lecz prawie zawsze niezawodnie w dodatnim kierunku.

3. Na wzmożenie łaknienia wpływa prawie zawsze dodatnio, aczkolwiek działanie może jest słabsze, niż przy wewnętrznem stosowaniu, prawdopodobnie dlatego, że niema bezpośredniego drażnienia błony śluzowej żołądka.

4. Na samopoczucie działa prawie zawsze dodatnio.

5. Na czynność kiszek pozostaje bez wpływu, przynajmniej nigdy nie zauważono biegunek, łatwo powstających przy wewnętrznem stosowaniu tego środka.

6. Często arsen działał dodatnio na poty nocne.

7. Na czynność nerek w kierunku zjawiania się białkomoczu nie można było stwierdzić wpływu ujemnego.

8. Na działalność serca wprost nie posiadał arsen wybitniejszego wpływu; lekkie obniżenie częstości tętna należy sprowadzić do obniżenia ciepłoty.

9. Natomiast na proces w płucach arsen zdaje się zupełnie nie wywierać wyraźniejszego wpływu.

III. Oko a ucho, wzajemny ich stosunek i zależność pod względem anatomicznym i klinicznym.

Podał
Dr. R. Spira.

(Ciąg dalszy).

B. Zmiany i objawy wywołane drogą odruchową w oku skutkiem drażnienia i zmian chorobowych w uchu — i odwrotnie — mogą być 1) zmysłowe, 2) ruchowe, 3) czuciowe, 4) odżywcze i 5) naczynioruchowe. Najznamienniejszą i najwięcej uderzającą wzajemność tych narządów stwierdzamy w zakresie neuropatologicznych zaburzeń czynności zmysłowych. Obfitość narządu słuchowego w nerwy, wpływ n.n. naczynioruchowych, błędnego i spółczulnego, liczne zwoje i ich połączenia z gałązkami ruchowemi i czuciowemi n.n. troistego, twarzowego, językogardłowego, zależność wzajemna ośrodków odruchowych słuchowego i wzrokowego, spólny i ścisły wpływ obu n.n. zmysłowych na zmysł statyczny, — nam tłómaczą uderzająco częste spółdziałanie, synergię ich w stanie fizyologicznym i patologicznym [1]) Kazuistyka, tycząca się objawów odruchowych, wywołanych w oku przez zmiany w uchu, w mniejszym zaś stopniu odwrotnie, urosła dzięki licznym przyczynkom autorów do takiej obfitości, że nie łatwo ją przeglądnąć i całkowicie przytoczyć. Przeto niechcąc nużyć czytelnika, ograniczymy się na przytoczeniu tylko najciekawszych i najwięcej cechujących spostrzeżeń.

a) Odruchy zmysłowe. Już w stanie fizyologicznym zauważono ciekawe zjawisko występowania podmiotowych wrażeń wzrokowych przy zadziałaniu pewnych bodźców głosowych (wrażenia podwójne, *audition colorée, Schallphotysmen, Colour hearing).* Wysokie tony wywołują u pewnych odpowiednio usposobionych osobników wrażenia barw jasnych; tony nizkie — poczucie barw ciemnych. Objaw ten nazwano fotyzmami głosowymi w przeciwieństwie do fonizmów świetlnych (wzrokowych), t. j. do wrażeń głosowych, wywołanych u pewnych osobników wskutek zadziałania bodźca świetlnego, t. j. barw. Objawy te nazywano także akusmami świetlnymi, zdarzają się jednak one znacznie rzadziej, niż poprzednie. Już w roku 1786 Hoffmann przypisywał różnym tonom instrumentalnym objawy kolorowe. W przeszłym wieku Castel utrzymywał o istnieniu związku między tonami a barwami. Gautier w r. 1843 omawia spostrzeżenia poczynione na własnej osobie widzenia barwy wywołanego wrażeniami słuchowemi. W nowszym czasie zwracali uwagę na ten objaw Nussbaum[31]), Bleuler i Lehmann,[32]) którzy zauważali podmiotowe wrażenia barw, występujące przy drażnieniu smaku, węchu, dotyku, jakoteż odwrotnie, — podmiotowe wrażenia słuchowe, wywołane przez zadziałanie światła. Później wielu innych autorów objaw ten badało i usiłowało wytłómaczyć (Steinbrügge, Baratoux, Verga i in.).

Steinbrügge[33]) sądzi, że podrażnienie słuchowe, doszedłszy do ośrodka słuchowego w substancyi szarej mózgu, nie zostaje tu wyosobnione, lecz wskutek niedostatecznego rozwoju narządów hamujących lub nadmiernej drażliwości pierwiastków nerwowych przekracza granicę swoją i drogą przewodników kojarzennych dostaje się do ośrodka wzrokowego.

Snarez de Mendoza[34]) który zebrał 134 przypadków z piśmiennictwa, a 8 własnych, jest zdania, że tu idzie często o kojarzenie ideowe, które istnieje od dzieciństwa i rozwinęło się świadomie lub nieświadomie.

Poszukiwania Urbantschitscha[35]) wykazały, że skutkiem fizyologicznego działania wzajemnego różnych wrażeń zmysłowych, podniesienie zmysłu słuchowego pobudza inne zmysły i odwrotnie: można wpływać na słuch drogą innych narządów zmysłowych. Stąd pochodzi, że w chwili podrażnienia słuchowego występują zmiany w poczuciu

barw, w bystrości wzroku, smaku, węchu i dotyku. Zwykłe pobudzenie poczucia tonu wzmaga zmysł dla poczucia wszystkich, albo też wyłącznie lub przeważnie dla pewnych barw. Wpływ ten jest najczęściej przemijający. Wysokie i silne tony działają silniej niż, nizkie i słabe. Nieraz wrażenie słuchowe osłabia odruchowo zmysł dla barw, albo słaby ton obniża go, a silny wzmaga. Podobny wpływ wywierają tony na bystrość wzroku. Urbantschitsch uważa tę sprawę — wrażenia barw przy zadziałaniu na słuch — jako zjawisko fizyologiczne, łatwo wykazać się dające u wielu osób, jeżeli one podczas zadziałania tonów wysokich lub nizkich patrzą słabo akomodując na zmięty kawałek papieru białego lub szarego. Pojawiają im się wtedy często szare i różnokolorowe linie, pasemka, punkta lub plamy. Najczęściej uważał Urbantschitsch barwę żółtą lub czerwoną; Jako szczególność uważa on nie pojawienie się fotyzmów wogólności, lecz. uderzająco silne wystąpienie pewnej barwy pod wpływem pewnych tylko tonów.

Albertani znalazł, że osoby które są nieczułe na pewne barwy, są też niewrażliwe na pewne tony. Epstein przyszedł na podstawie szeregu oryginalnych doświadczeń w 164 przypadkach do wniosku, że wrażenia tonu wpływały w 60% przypadków nie tylko na zmianę bystrości wzroku, lecz także na zmysł barw, w 40% zaś — tylko na bystrość wzroku. Epstein szuka fizyologicznego wytłómaczenia tego zjawiska w przypuszczeniu, że podrażnienie akustyczne, dostawszy się do przodkowego ciała czworaczego, przenosi się drogą odruchową na odśrodkowo przewodzące włókna n. wzrokowego i tą drogą wywołują większą drażliwość siatkówki na wrażenia wzrokowe.

Do dziedziny odruchów fizyologicznych zmysłowych należy także wywołanie pozornych ruchów pola widzenia przez zadziałanie na narząd słuchowy. Urbantschitsch[36]) wykazał, że u osób zdrowych, jak również i chorych, występują pod wpływem różnych zabiegów, jak wpędzenia powietrza do przewodu ucha zewnętrznego albo do jamy bęb., zgęszczenia i rozrzedzenia powietrza, wystrzykiwania, zadziałania tonów, oraz pochy lenia lub potrząsania głową itd. — objawy przesunięcia pola widzenia w jednem albo w obu oczach, czasem z poczuciem zawrotu głowy i z drżeniem gałek lub bez niego. Osobom, wpatrującym się w tablicę, na której narysowane było koło z kilku różnie zabarwionemi i w różnych kątach przecinającemi się średnicami, wydawało się pod wpływem wymienionych wyżej rękoczynów, że raz jedna, raz inna linia była pionową. Kąt tych linij do rzeczywistej pionowej wynosił 1—4°. U innych wystąpiły ruchy wachlarzowate tych linij, które się do siebie zbliżały, albo od siebie oddalały, albo pojawiały się ruchy wahadłowe, faliste, drgawkowe, wężykowate i t. p. Różne odmiany tych ruchów występowały zależnie od tego, czy patrzano obuocznie, czy też jednem albo drugiem okiem. Różne tony wpływają zależnie od swej wysokości w sposób najróżnorodniejszy na te ruchy pozorne i zawrotowe. Wrażenia głosowe mogą też zmieniać istniejące już ruchy pozorne lub zaburzenia równowagi, albo znosić i wywołać widzenie podwójne. Zaburzenia równowagi i ruchy pozorne mogą także być wywołane albo zmodyfikowane przez to, że osoby badane trzymają szkło w różnych barwach, przed jednem lub drugiem, albo przed obu oczami

Ciekawym nadzwyczaj jest wpływ uderzający, wywarty przez choroby i zabiegi lecznicze uszne na zmysł wzroku i odwrotnie. Już Deleau[37]) znalazł w dwu przypadkach ropnego zapalenia jamy bęb. zmniejszenie bystrości wzroku, które ustąpiło po wyleczeniu cierpienia usznego. Przez usunięcie kostek słuchowych można wywierać korzystny wpływ na objawy astenopijne. Urbantschitsch i Eitelberg spostrzegali często poprawę wzroku po zgłębikowaniu i mięsieniu trąbki. Według Urbantschitscha można wpływać na wszystkie narządy zmysłowe drogą jamy bęb., trąbki usznej, przewodu usznego zewn. i wogóle drogą czuciowych gałązek n. troistego. Na 25 przypadków z ropnem zapaleniem jamy bęb. widział U. 14 razy osłabienie bystrości wzroku, który po przejściu choroby usznej znowu się poprawił. Podrażnienie gałązek czuciowych n. troistego ucha zewn. i środkowego sprowadza nieraz zmianę w sprawności widzenia, zwykle podwyższenie jej, czasem nawet bardzo wysokiego stopnia. Poprawa taka wzroku może być tylko chwilową, trwać przez kilka minut, albo też okazać się trwałą. W zakresie tego nerwu Urbantschitsch wykazał, że różne bodźce, jak dmuchanie na policzki, drażnienie błony śluzowej nosa, wdmuchiwanie do ucha, zgłębnikowanie trąbki, pocieranie przewodu usznego zewn. i t. d. pociągają często za sobą poprawę wzroku, a nieraz też i słuchu, przyczem badanie dna oka nie wykazuje żadnej zmiany. Nieraz tę zmianę wzroku uważano na oku strony przeciwnej. Wpływ ten leczenia ucha na siłę widzenia należy, jak to podnosi Urbantschitsch, odnieść do działania odruchowego n. troistego, a nie do wpływu poprawionego słuchu na narząd wzrokowy; albowiem, jak to słusznie Politzer zauważył, gdyby schorzenie słuchu miało jakiś wpływ na wzrok, wtedy zaburzenia wzrokowe musiałyby znacznie częściej towarzyszyć chorobom usznym, niż to w rzeczywistości ma miejsce. Tymczasem powszechnie wiadomo, że właśnie jest odwrotnie, że większa część głuchoniemych odznacza się bardzo bystrym wzrokiem, a większa część ślepych — bystrym słuchem. Nawet poprawę słuchu, występującą czasem po zgłębnikowaniu trąbki bez wdmuchiwania powietrza tłómaczy Urbantschitsch odruchowym wpływem na ośrodki słuchowe drogą n. V-ej pary. Knapp widział po napadzie zawrotu Ménièrea przemijające zaciemnienie pola widzenia; Moos — rozszerzenie źrenicy, przemijające widzenie połowicze z poziomą linią graniczną i mroczki *(mouches volantes)*. Rohrer spostrzegał zaburzenia równowagi wysokiego stopnia, połączone z zaburzeniami wzroku (zwężenie pola widzenia), ustępujące po nakłóciu galwanicznem w okolicy wyrostka sutkowego. Według tego autora we wszystkich podobnych przypadkach ważną rolę odgrywa histerya, neurostenia, poddawanie i samopoddawanie.

Odwrotnie pobudzenie i schorzenie innych zmysłów, a zwłaszcza wzroku, wpływa często na zmysł słuchowy, jak to badania i spostrzeżenia Urbantschitscha i wielu innych autorow wykazały. Silne zadziałanie światła może stać się przyczyną wzmożenia się słuchu, a zmniejszenie światła, — jego osłabienia. Zadziałanie różnych barw wpływa różnie na czynność słuchową i może powodować przesunięcie podmiotowego pola słuchowego i podmiotowe zmiany w wysokości tonu słyszanego, przyczem ta sama barwa odmiennie oddziaływa na wysokie, niż na nizkie tony. Wpływ barw i światła może także zmienić nasilenie i ton podmiotowych wrażeń słuchowych; zwykle zasłonięcie oczu działa uspoka-

jająco na szmery podmiotowe. Według Urbantschitscha zmiany te odnieść należy do sprawy odruchowej w ośrodku, być może drogą n. naczynioruchowych.

D'Arsonval zauważył zaburzenie słuchu, przemijające pod wpływem działania światła elektrycznego. Spojrzawszy w ciągu kilku chwil na światło łukowe Volty, ogłuchł na 1—1½ godziny. Dalsze doświadczenia przekonały go, że tylko to światło tak działa. Głuchota pojawiała się zawsze w obu uszach, nawet jeżeli światło łukowe tylko na jedno ucho działało. W kilku przypadkach głuchota utrzymywała się przez 17 dni, co, zdaniem D'Arsonvala przypisać należy hamującemu działaniu promieni fioletowych. Brown-Séquard sądzi, że nie podrażnienie n. wzrokowego, lecz pobudzenie n. troistego jest przyczyną zaburzenia słuchowego w podobnych przypadkach. Stevens[38]) widział chorą cierpiącą wskutek wzmożonej pobudliwości nerwowej na silne wrażenia słuchowe podmiotowe i przytępienie słuchu bez zmian przedmiotowych w uszach, u której kilka dni po przecięciu ścięgna mięśnia prostego wewnętrznego, wykonanego z powodu lekkiej niewydolności mm. prostych zewnętrznych, szum w uszach ustał i słuch stał się znowu prawidłowym. Moos spostrzegał chorą, u której występowało dzwonienie w uchu za każdym razem, gdy sobie zakładała okulary lub „pince-nez", a ustępowało po ich usunięciu. Przedmiotowe badanie ucha wykazało stosunki prawidłowe. M. sądzi, że objaw ten ma swoją przyczynę w ujemnem wahaniu parcia w błędniku, spowodowanem przez współruch m. strzemiączkowego, powstający skutkiem akcyi mm. ocznych przy każdorazowem nakładaniu okularów. Knies[41]) wspomina o poprawie bystrości słuchu po wycięciu kawałka tęczówki przy jaskrze i przy bielmie rogówki Rampoldi, Davidson i Dransart (ibidem) spostrzegali poprawę słuchu po iridektomii, wykonanej dla względów optycznych i z powodu jaskry. Wystąpienie podmiotowych wrażeń słuchowych pod wpływem jaskry ostrej widział Wolf[42]). Theobald[43]) twierdzi, że spostrzegał u siebie samego przepuszczający szum w uszach, który zależał od niezborności i krótkiego wzroku, na które cierpiał; szum ten ustąpił po zastosowaniu odpowiednich okularów. Wedle spostrzeżeń Urbantschitscha tuszowanie spojówki wywiera znaczny wpływ odruchowy na zmysł słuchowy.

b) Odruchy ruchowe tłómaczą się również po części przez połączenie anatomiczne i fizyologiczne, zachodzące między tymi narządami. Gałęzie bowiem nerwu słuchowego pozostają w związku z nn. ocznymi. Nerw przedsionkowy przedstawia szlak dośrodkowy ośrodka koordynacyjnego, którego odśrodkowemi drogami ruchowemi są nerwy mm. ocznych. Że n. przedsionkowy wywiera wpływ na ośrodek ruchowy kojarzenny mm. ocznych i że przez drażnienie tego nerwu lub jego zakończeń w bańkach i przewodach półkolistych można wywołać zaburzenia ruchowe w zakresie mm. okoruchowego, odwodzącego i bloczkowego, które się wyrażają drżeniem gałek, porażeniem mm. ocznych i zboczeniami w oddziaływaniu źrenicy, udowodnione zostało przez liczne doświadczenia fizyologiczne nad zaburzeniami równowagi wskutek uszkodzenia błędnika. Tem tłómaczą się też spostrzegane klinicznie nieprawidłowości w ruchach ócz przy zajęciu chorobowem błędnika i brak tego odruchowego drżenia ocznego przy zniszczenin albo porażeniu przyrządu łukowatego. Co do nerwu ślimakowego, to badania Helda wykazały istnienie łuku odruchowego, przez które bodźce słuchowe mogą się przenosić na przyrząd ruchowy oka i to w ten sposób, że na odruchowym torze wspólnym dla n. słuchowego i n. wzrokowego, wychodzącym z przedniego wzgórka czworaczego, wrażenia słuchowe mogą się udzielić nerwom okoruchowemu, odwodzącemu i bloczkowemu.

W tych stosunkach znajdujemy wytłómaczenie wielu różnych objawów odruchowych; do nich odnieść należy ruchy odruchowe, objawiające się zwróceniem głowy i oczu w kierunku, zkąd głos pochodzi przy wrażeniach słuchowych, jako też nieprawidłowe ruchy mięśni ocznych przy podrażnieniu gałązek n. słuchowego.

Uwaga. Drgnięcie całego ciała i mimowolne ruchy głowy przy nagłem powstaniu głosu, huku, hałasu itp. tłómaczy Benedikt połączeniem n. słuchowego. wychodzącego z jąder, z ośrodkiem odruchowym rdzenia przedłużonego.

Najczęstszymi odruchami ocznymi są ruchy gałki ocznej, wywołane chorobami usznemi lub podrażnieniem nerwów usznych. Wilbrand przyjmuje, że drzenie gałek ocznych przychodzi do skutku, jeżeli czynność dowolnych ośrodków ruchowych ocznych w korze mózgowia zostaje upośledzoną na korzyść czynności odruchowo-motorycznej móżdżka i śródmózgowia przy niedotkniętych drogach odśrodkowych, a ztąd do mięśni ocznych. W zaburzeniach na tle przymiotu i w uszkodzeniach urazowych błędnika, w głuchocie udarowej z zbiorem objawów Ménièrea, w zropieniu i próchnieniu przewodów półkolistych itp. spostrzegano drżenie gałek. Ruchy te mogą wystąpić w początku, albo w przebiegu choroby usznej, a ustąpić równocześnie z tą chorobą, albo przetrwać lata całe po zgaśnięciu cierpienia błędnika.

Nieraz zauważono odruchowe drżenie gałek ocznych *(nystagmus)* w łączności z innymi dowolnymi ruchami mięśniowymi jak n. p. zamknięcie powiek, patrzenie na prawo lub lewo, albo podczas próby słuchowej. Drżenie gałek ocznych może być wywołane z ucha zewnętrznego, środkowego i wewnętrznego, z pnia n. słuchowego, jako też przez podrażnienie głosowe; występuje ono zazwyczaj obustronnie i to jako drżenie wahadłowe *(nyst. oscillatorius)* albo kołujące *(n. rotatorius)*. Przy odpowiedniej uwadze można się przekonać, że ruchy te znacznie częściej bywają wywołane z narządu usznego, niż się powszechnie przypuszcza. Już bardzo nieznaczne zabiegi, jak słabe zgęszczenie powietrza w jamie bęb., przedewszystkiem zaś przy jej przestrzykiwaniu, dalej ucisk wywarty na ucho zewnętrzne i środkowe, szarpanie ścian jamy bęb, dotknięcie zgłębnikiem strzemiączka itp. mogą je wywołać.

Bardzo obfita statystyka notuje występowanie drżenia gałek, wywołane drogą odruchu przez różne stany i sprawy chorobowe w narządzie usznym. Już w r. 1840 opisał Deleau[37]) przypadek drzenia gałek ocznych, wywołanego przez uklej w uchu środkowem, które ustąpiło po jego wyleczeniu. Przy wdmuchiwaniu powietrza do ucha środkowego, przy ucisku powstającym w jamie bębenk. w zapaleniu tego narządu, przy wprowadzeniu lejka usznego, przestrzykiwaniu ucha, zwłaszcza zimną wodą, przy wyjęciu ukleja usznego, ropieniu usznem i przy różnych innych zajęciach chorobowych, opisali te ruchy Schwabach[44]), Kipp[45]), Bürkner[46]), Pflüger[47]), Magnan[48]), Cohn[49]), Jansen[50]), Geranzi[51]), Urbantschitsch i in. Urbantschitsch

często widział drżenie gałek ocznych, wywołane przez zadziałanie akustyczne, nieraz przez pewne głosy albo tony. W przypadku Bürknera natężone słuchanie jednem uchem, zajętem zapaleniem ropnem, wywoływało drżenie gałek ocznych.

Przyczyna powstania tego objawu jest przeważnie przyrody odruchowej. Według Friedricha[52]) w przypadkach różnej bystrości słuchu w obu uszach, bezład mm. ocznych, wywołany zadziałaniem głosowem, łatwo tłómaczyć można zaburzeniem równowagi w kojarzennych ruchach tych mięśni, spowodowanem przez to, że ośrodek koordynacyjny dla ruchów mm. ocznych dostaje przy zadziałaniu głosowem silniejszy bodziec z jednego ucha, niż ze strony drugiej, ucha chorego. Ostman[53]) uważa objawy oczne, występujące w przebiegu ropnych zapaleń usznych, jako wywołane następowemi chorobami środczaszkowemi albo przez napięcie błędnikowe *(Labyrinttonus)*. Zdaniem Jansena[50]) można w powikłanych chorobach usznych wywołać drżenie gałek ocznych przez bezpośrednie zadziałanie na płat potyliczny.

Według tego autora drżenie gałek ocznych w chorobach usznych przemawia za zajęciem błędnika, albo za zapaleniem zatoki w sąsiedztwie kości skroniowej. W ropniach poza oponą twardą może ucisk wywarty na płat potyliczny i tam znajdujące się ośrodki korowe dla ruchów mm. ocznych, spowodować nieprawidłowe ruchy oczu.

Zwykle ruchy te szybko przemijają. W jednym przypadku Urbantschitscha drżenie gałek ocznych po zapaleniu usznem pozostało trwałem, a w innym przypadku Jansena *(l. c.)* trwało przez kilka tygodni.

Objaw ten częściej napotyka się w chorobach i uszkodzeniach błędnika, a przedewszystkiem przewodów półkolistych. Bardzo częstym objawem towarzyszącym jest drżenie gałek przy zawrocie usznym *(vertigo ab aure laesa)*. Objaw ten niektórzy odnoszą do zaburzeń mózgowych, sądząc, że wahania uciskowe, przenoszące się z płynem błędnikowym przez wodociągi błędnikowe na przestwory podpajęcze, powodują tu podrażnienie leżących na podstawie mózgu nn. słuchowego, wzrokowego i odwodzącego, na czem ma także polegać równoczesne drżenie gałek i zaburzenia wzroku. Jeżeli się jednak uwzględni, że przez tak ciasne wodociągi bardzo mała tylko ilość płynu mogłaby się dostać do jamy czaszkowej, znajdującej się pod wysokiem parciem, wydaje się nieprawdopodobnem, ażeby powiększenie o kilka kropli znacznej wogóle ilości płynu mózgordzeniowego mogło sprowadzić wybitne zaburzenia równowagi. Zresztą liczne doświadczenia i spostrzeżenia pouczają, że zawrót głowy często w chorobach usznych pochodzi z błędnika i polega na przeniesieniu podrażnienia z nerwu przedsionkowego na móżdżek[54]). Wszakże już nieznaczne podrażnienie ucha, jak wstrzykiwanie, przedmuchiwanie, dotknięcie strzemiączka zgłębnikiem, podniety dźwiękowe i t. p. może pociągać za sobą silne objawy zawrotowe, połączone z drżeniem gałek, zaciemnieniem pola widzenia i wymiotami.

Badania doświadczalne Cyona[55]) wykazały ścisły związek fizyologiczny między przewodami półkolistymi a ośrodkiem inerwacyjnym mm. ocznych. Przecinając te przewody, stwierdził on ruchy gałek przyrody „niekompensacyjnej“ a mianowicie przy podrażnieniu przewodu poziomego i pionowego przedniego następuje odwrócenie oka tej samej strony ku dołowi, przy drażnieniu zaś przewodu pionowego tylnego — ku górze; równocześnie drugie oko obraca się ku stronie przeciwnej. Pobudzenie n. słuchowego wywołuje silne kołowanie obu ócz. Przecięcie tego nerwu wywołuje silne odchylenie się oka tej samej strony ku dołowi, drugiego zaś oka ku górze. Po przecięciu i drugiego n. słuchowego odchylenie to ustępuje. (C. d. n.)

IV. Wyciągi.

Friedmann. **Jeszcze kilka doświadczeń z wycięciem przysadki mózgowej, przeszczepieniem raka i gruczołu tarczykowego na przysadkę.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 19, 1902). Autor robił w dalszym ciągu doświadczenia z wycięciem przysadki mózgowej, i potwierdza zdanie, wypowiedziane przed rokiem, że przysadka nie jest napewno żadnym do życia koniecznym narządem, i jeżeli wogóle posiada jakieś ważne zadanie czynnościowe, to po jej usunięciu musi inny narząd zastępczo tę czynność pełnić. Doświadczenia te wykonywał autor na bardzo młodych zwierzętach, przypuszczając, że brak przysadki wywoła jakieś zaburzenie w rozwoju zwierzęcia i doszedł do niewątpliwego wyniku, zadającego kłam temu przypuszczeniu. Przeszczepianie zaś nowotworu (w próbach autora — raka), jest możliwe; — rak rozwija się na zwierzęciu zaszczepionem i można ślady jego przez kilka miesięcy wykazać w miejscu zaszczepienia, jednakże bez szkody dla zwierzęcia, gdyż dalej się nie rozrasta. Także gruczoł tarczykowy daje się przeszczepić na przysadkę i utrzymuje się bez zacierania się budowy gruczołowej. *B. Żmigród.*

Hermann. **Ciała obce w macicy.** (*Münchener medizinische Wochenschrift* Nr. 19, 1902). Ciała obce w macicy nie należą do rzadkości; dostają się one tam często z pochwy, gdzie bywają wprowadzane, 1) w celach samogwałtu, 2) dla zapobieżenia zastąpieniu, 3) w celach zbrodniczych dla spędzenia płodu, i 4) jako pozostałości po rękoczynach lekarskich. Obce te ciała dostają się do macicy albo wprost przez pochwę, albo też z otoczenia, n. p. z pęcherza moczowego; mogą one także z macicy następowo przejść w okolicę pachwinową, w sieć, jajniki itd. Autor zebrał z piśmiennictwa 23 przypadków (wraz ze swoimi dwoma) i sądzi, że ciała obce mogą znajdować się dość długi czas w macicy bez wywołania znacznych uciążliwości. Uderzającem jest to, że narzędzia używane w celach spędzenia płodu i inne ciała obce, które przecież nie są czyszczone, ani odkażane, dają bardzo rzadko powód do spraw ropnych lub posokowatych. Dla wybadania tych ciał trzeba się dość często uciec do ostrej łyżeczki, stosowanej ostrożnie w takich razach, gdyż badanie palcem, lub zgłębnikiem macicznym nierzadko zawodzi. Ze stanowiska społecznego i sądowo-lekarskiego wielkie ma znaczenie ta okoliczność, że kobiety mogą bez wielkiej trudności dla różnych celów rozmaite ciała wprowadzać do macicy, a w przypadkach spędzenia płodu niepotrzebną im jest nawet pomoc drugiej osoby. *B. Żmigród.*

Dr. Ernest Moro. **Badania aleksyn w mleku i surowicy krwi osesków.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* Tom 55, zeszyt 4, 5, 1902). Doświadczeniem stwierdzono, iż oseski karmione piersią, o wiele rzadziej zapadają na choroby przyrody ropnej, względnie choroby te mają u nich o wiele łagodniejszy przebieg, aniżeli u osesków karmionych sztucznie — czyli należy przyjąć, iż zdrowiu osesków karmionych piersią brakuje usposobienia do zakażenia bakteryjnego. Pierwszy Escherich na XIII międzynarodowym kongresie w Paryżu wyraził twierdzenie, że w mleku kobiecem istnieją pewne naturalne istoty ochronne i bakteryobójcze. Przejście substancyj rozmaitej przyrody z lekarstw podawanych, toksyn, antytoksyn, aglutyninów i t. d. z krwi macierzyńskiej do pokarmu było wielokrotnie stwierdzone. Dr. Moro dokonał doświadczenia nad bakteryobójczemi własnościami mleka krowiego, pokarmu kobiecego i surowicy mleka kobiecego, jakoteż wyjałowionego mleka kobiecego tak w hodowlach płytkowych, jak i w kropli wiszącej, i przekonał się, że tak mleko krowie, jak i kobiece nie zawiera dających się wykazać istot bakteryobójczych.

Aleksyny, nazwa nadana przez Buchnera, stanowią ciało ochronne surowicy krwi pewnego ustroju, znajdują się w każdej prawidłowej surowicy krwi, a przestają działać przy ogrzaniu do 55°. Czy te aleksyny działają chemicznie, czy mechanicznie, a więc czy działają jako fermenty, tak jak proteolityczne enzymy

teoryi Buchnera, czy też działanie ich polega na prawach osmotycznych w myśl teoryi Baumgartena, odpowiedź na to pytanie wymaga jeszcze dużo pracy i badań. Aleksyny są bardzo rozpowszechnione w ustroju. Wedle teoryi Buchnera do aleksyn należy zaliczyć nietylko substancye bakteryobójcze, ale także i te, które na ciałka krwi czerwone, na leukocyty i inne komórki działają niszcząco, a zwane globulicydy.

Autor nie poprzestał na wykazaniu istnienia istot bakteryobójczych w mleku, przeprowadził badania z surowicą krwi noworodków, osesków i starszych dzieci, jakoteż z surowicą krwi łożyskowej i wykazał, że surowica krwi dzieci karmionych piersią ma o wiele większą siłę bakteryobójczą, niż surowica, krwi osesków sztucznie karmionych. Doświadczenia hemolityczne wykazują analogicznie, iż surowica krwi oseska karmionego piersią działa silniej hemolitycznie, niż surowica krwi osesków sztucznie żywionych; zatem 1) aleksyny surowicy krwi osesków karmionych piersią działają o wiele silniej, niż pochodzące z surowicy dzieci sztucznie karmionych; tem się tłómaczy zwiększona odporność osesków karmionych piersią na pyogenetyczne procesy nawet w najsłabszych ustrojach, okazujących wątłość życiową w ścisłem słowa znaczeniu. Badania Moro wykazały nadto, że 2) aleksyn w mleku niema, 3) że aleksyny w surowicy noworodków ilościowo są jednakie z aleksynami krwi łożyskowej macierzyńskiej; 4) że ilość aleksyn surowicy noworodków jest mniejsza, niż surowicy osesków karmionych piersią, a więc nadmiar ich wytwarza się później, w miarę przyjmowanych pokarmów, a zatem 5) pokarm kobiecy dostarcza materyału dla zwiększonych aleksyn surowicy oseska. Okoliczność, że aleksyn w mleku jako takich nie wykazano, nie dowodzi, że ich w mleku niema; one mogą być połączone w mleku w pewnym charakterystycznym stosunku z drobinami sernika i nie dadzą się wykazać, odszczepiają się dopiero podczas trawienia i drogą chłonienia dostają się do krwi. Możebnem jest nawet, że substancye aleksynotwórcze mleka kobiecego pochodzą z macierzyńskiej surowicy krwi i połączenie prawidłowych aleksyn krwi z sernikiem mleka jest funkcyą komórek gruczołów sutkowych. *Dr. Komorowski.*

Kernig. **Dodatnie działanie chininy w durze brzusznym, oraz kilka uwag o zastosowaniu chininy w niektórych innych chorobach.** *(Russkij Archiw patołogii, kliniczeskoj mediciny* i *bakteriołogii* 1902, Tom 13, Zeszyt 3). Autor wyprowadza wnioski ze swoich spostrzeżeń, dokonanych w szpitalu Obuchowskim (Petersburg) w ciągu 37 lat, na materyale wynoszącym kilkanaście tysięcy chorych na dur brzuszny, dur osutkowy, gorączkę powrotną, zapalenie płuc i różę. Zgodnie z Erbem jest on zwolennikiem leczenia duru brzusznego chininą, którą stosuje już oddawna. Na oddziale jego leczenie duru brzusznego prowadzi się w sposób następujący: pod względem pielęgnowania i dyety (wyłącznie pokarmy płynne, mleko) przestrzega się ogólnie przyjętych przepisów; zasada leczenia polega na stosowaniu codziennie przeciętnie 2 kąpieli o ciepłocie 32,5° C.; jeśli ciepłota pod pachą o godzinie 5—6 wieczorem wynosi 39—39,5° C. i wyżej, zażywanie między 6 a 8 godziną wieczorem 1,0 chlorku chininy. Rzecz prosta, że każdy przypadek należy indywidualizować. Oprócz kąpieli i chininy K. zaleca prawie wszystkim chorym okłady na brzuch; a w razie ciężkiego nieżytu oskrzelowego, lub zapalenie płuc stosuje się okłady tak szerokie, ażeby górny brzeg ich sięgał do linii pachowej. Dodatkowo zaleca K. kwas solny w naparze korzenia kozłkowego, następnie w razie wiadomych wskazań kamforę; wino zaś tylko w ilości umiarkowanej. Piżmo K. zaleca wyłącznie w przypadkach, jeśli chory przedstawia obraz, który dawniejsza patologia nazywała *febris nervosa versatilis;* cechuje go, oprócz osłabienia, zamącenie przytomności, bredzenie, drżączka, przebieranie palcami i podrywanie ścięgien; K. poleca w podobnym stanie piżmo 3 razy dziennie po 0,2. Biegunkę zwalcza okładami, podazotanem bizmutowym lub zawiesiną olejną, która ma działać w durze brzusznym bardzo skutecznie. Stanu oskrzeli i płuc nie puszcza się z oka, możliwie wcześnie stosuje się bańki suche na klatkę piersiową, ipekakuana i szerokie okłady na dolną część klatki piersiowej. W ostatnich latach, w razie powikłania z zapaleniem płuc zaleca K. z dobrym skutkiem naparstnicę. Przy takiem leczeniu na 3704 chorych na dur brzuszny w ciągu 10 lat (od r. 1891 do r. 1900) było tylko 283 przypadków z zejściem śmiertelnem, zatem zaledwie 7,6%, gdy Curschmann podaje przeciętny odsetek śmiertelności w durze brzusznym 9,12 do 14%, a Liebermeister 8,8%. Wynik ten uważa K. jako bardzo pomyślny, zwłaszcza wobec warunków szpitalnych, pozostawiających dużo do życzenia. Według K., ogromny wpływ na tę niższą śmiertelność należy przypisać chininie. Obserwując chorych z dnia na dzień w ciągu wielu lat, przekonał się on, że po zażyciu chininy z wieczora ciepłota nazajutrz obniża się mniejwięcej wyraźnie, tętno staje się rzadszem i pełniejszem, sensoryum wyjaśnia się i ogólny stan polepsza się w porównaniu ze stanem poprzednim; działanie to powtarza się wielokrotnie i daje się stwierdzić nawet po trzech dniach po zażyciu chininy. Krzywa ciepłoty pod wpływem chininy nieraz zmienia się, przybiera cechy gorączki typu zwalniającego, lub obniżywszy się o 1° C., pozostaje na tym niższym poziomie przez cały czas. Oprócz dodatniego wpływu na stan gorączki, chinina poprawia i tętno; pod tym względem K. zalicza chininę do najskuteczniejszych środków i stawia ją znacznie wyżej od kamfory, której wpływ szybko przemija. To dodatnie działanie chininy na serce wyróżnia ją korzystnie w szeregu innych leków przeciwgorączkowych, mianowicie: antypiryny, antyfebryny, salicylanu sodowego i t. d.

Dodatni wpływ chininy na gorączkę i tętno, powtarzając się wciąż przy ponownych jej dawkach, tłómaczy według K. skuteczne działanie tego leku na przebieg duru brzusznego: działanie dawek pojedynczych gromadzi się i daje zbiorowo dobre wyniki. Na tej zasadzie polega również zastosowanie w durze brzusznym kąpieli. Kąpiele i chinina mają więc znaczenie zapobiegawcze, chroniąc ustrój od powikłań ze strony serca, płuc itd. Pod tym względem K. zgadza się zupełnie z Erbem, natomiast przeczy mu, ażeby chinina miała skracać przebieg samej choroby.

Chinina najsilniej obniża ciepłotę w durze brzusznym w okresie najwyższej gorączki, mianowicie w drugiej połowie drugiego tygodnia i w tygodniu trzecim, jak również w początku okresu ustępowania w tygodniu czwartym. W początku choroby (pierwszym tygodniu i pierwszej połowie drugiego) wpływ jej jest nieznaczny. W niektórych jednak razach chinina wcale nie obniża ciepłoty; przeważna część podobnych przypadków kończy się w trzecim tygodniu zejściem śmiertelnem, nawet w przypadkach o niezbyt wysokiej ciepłocie.

Codzienne zażywanie chininy w stałej oznaczonej dawce nic przynosi wyraźnej korzyści, ponieważ ustrój przyzwyczaja się do niej i przestaje oddziaływać w tym stopniu, jak to ma miejsce, gdy przetwór ten stosuje się co drugi dzień. Jeśli chinina wywołuje uczucie pełności w dołku podsercowym, lub pogarsza znacznie upośledzone już i przedtem łaknienie, oraz jeśli lekarzowi nie wiadomo, czy chory znosi dobrze chininę, to we wszystkich tych razach K radzi przed i po zażyciu chininy podawać kawałeczki lodu.

Chinina jest w durze brzusznym przeciwwskazaną, jeśli mamy do czynienia 1) z idyosynkrazyą (osutka chininowa), 2) jeśli wystąpił krwotok jelitowy, lub 3) przedziurawienie jelita, 4) jeśli stwierdzamy objawy zapalenia otrzewnej bez przedziurawienia, wreszcie 5) podczas ciąży, 6) silnych wymiotów, i 7) ciężkiej biegunki.

Leczenie duru osutkowego K. przeprowadza tym samym sposobem, jak i duru brzusznego; pod wpływem kąpieli i chininy choroba przebiega najczęściej bez ciężkich powikłań; znacznego jednak obniżenia ciepłoty pod wpływem chininy w durze osutkowym K. nie spostrzegał; natomiast wpływ na tętno i tu jest dodatni. Podobneż działanie ma chinina i w durze powrotnym, jakkolwiek stosowanie jej napotyka często przeszkody wobec wymiotów, wydarzających się często w tej chorobie.

W zapaleniu płuc K. używa naparstnicy i chininy, ostatniej w dawce 1,0 codziennie wieczorem; według jego zdania chinina jest najlepszym środkiem, podtrzymującym tętno; wpływu atoli na ciepłotę w tej chorobie ona nie ma; chorzy na zapalenie płuc znoszą ją bardzo dobrze; kąpieli w zapaleniu płuc K. nie stosuje.

Witold Orłowski.

Sevestre. **Zapobieganie zakażeniu błonicą zapomocą ochronnych wstrzykiwań surowicy.** *(Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1902, czerwiec). Autor zestawia wyniki doświadczeń podjętych na szeroką skalę ostatnimi laty w szpitalach paryskich, poczem streszcza poglądy swoje w następujących wywodach:

1) Skuteczność wstrzykiwań ochronnych surowicy jest niewątpliwa; dzieci narażone na stykanie się z zarazkiem błoniczym nabywają wskutek wstrzyknięcia odporności przeciw zakażeniu. Wstrzyknięcia ochronne nie powodują nigdy w ustroju poważniejszych zaburzeń; co najwyżej wywołują w nielicznej liczbie przypadków przemijającą wysypkę, lub jeszcze rzadziej nieznaczne bóle w stawach. Okres uodpornienia rozpoczyna się w 24 godzin po wstrzyknięciu i trwa trzy do czterech tygodni. W przypadkach, w których pomimo wstrzyknięcia błonica wystąpiła, przebieg jej jest niezwykle łagodny.

2) Wstrzykiwania ochronne surowicy są przedewszystkiem wskazane w rodzinach, w których zdarzył się jeden przypadek błonicy, ażeby uchronić resztę dzieci od zakażenia. Jeżeli dzieci były od początku odosobnione, a w dodatku znajdują się w ciągłej kontroli lekarza, wtedy można wstrzyknięcia ochronnego zaniechać. W tych przypadkach jednak badanie bakteryologiczne śluzu z nosa

i połyku, jakoteż próby otrzymania hodowli bezwarunkowo należy uskutecznić.

3) Wstrzykiwania ochronne również należy wykonać u dzieci w szkołach, ochronkach, przytułkach. salach szpitalnych, — jeżeli stwierdzonym zostanie jeden przypadek błonicy.

4) Nawet w razie niestwierdzenia przypadku błonicy wstrzyknięcie ochronne bardzo jest wskazane w pewnych szczególnych warunkach (na oddziałach odry, płonicy itd.); w przypadkach odry działanie uodporniające surowicy przeciwbłoniczej jest słabsze; dawki powinny być większe i częściej powtarzane.

5) Wstrzykiwania ochronne nie uwalniają bynajmniej od innych czynności zapobiegawczych (odkażanie i odosobnienie), dzięki jednak wstrzykiwaniom czynności te stają się łatwiejszemi i bardziej skutecznemi zarazem.

6) Wstrzykiwania ochronne nie są wskazane u osób dorosłych, o wiele mniej skłonnych do zakażenia błoniczego, niż dzieci. Wstrzykiwania w tych przypadkach są mało skuteczne; natomiast odczyn po surowicy jest częstszy i żywszy i jakkolwiek nie grozi niebezpieczeństwem, może spowodować czasową niezdolność do pracy.

7) Co się tyczy dawek, wystarczających do wstrzyknięcia ochronnego, to są one niższe od dawek, używanych do samego leczenia błonicy, jednakowoż nie powinny być zbyt małe. Dawniej stosowano 60 do 100 jednostek antytoksycznych; ilość ta jest o wiele za niską. Obecnie Heubner wstrzykuje 250 jednostek (500 dla odry); lekarze włoscy i amerykańscy 300—500. Netter, na którego badaniach autor się głównie opierał, używał około 1000 jednostek.

Dr. T. Żeleński.

Vergely. **O zwidywaniach we dnie u dzieci.** (*Revue mensuelle de mal. de l'enfance* — 1902. Lipiec). Zwidywania nocne u dzieci, zwłaszcza wskutek zaburzeń w trawieniu, niejednokrotnie były omawiane; nie spotkaliśmy natomiast dotąd wzmianki o zwidywaniach we dnie, jakim podlegają dzieci po pewnych cierpieniach w jamie brzusznej w okresie zdrowienia. Autor opisuje przez siebie spostrzegane dwa przypadki tego rodzaju; prawdopodobnie zdarzają się one częściej, tylko uwaga rodziców i lekarzy nie była dotąd w tym kierunku zwrócona. Przypadek pierwszy dotyczy 7-letniego chłopca. Obciążenia neuropatycznego niema. Ojciec przebywał kiłę, która jednak na żadnem z dzieci śladów nie pozostawiła. Dziecko nigdy nie okazywało zaburzeń mózgowych, ani też zwidywań w przebiegu poprzednio przebywanych chorób zakaźnych. Po przebyciu ciężkiego zapalenia wyrostka robaczkowego, w okresie zdrowienia dziecko poczęło nagle objawiać bardzo znaczne przeczulenie słuchowe; słyszało np. wyraźnie rozmowę prowadzoną w odległym pokoju, która nawet jako szmer głosowy do uszu innych osób nie dochodziła. Później zaczęły się bardzo wyraźne widywania treści przeważnie przykrej: najczęściej był to murzyn lub wilk. Zwidywania te stopniowo stawały się coraz rzadsze, w końcu zupełnie ustały. Od tego czasu upłynęło lat pięć; dziecko żadnych zaburzeń układu nerwowego nie okazuje; przebyło ciężkie zapalenie płuc z wysoką gorączką, podczas którego zwidywania nie wystąpiły. W przypadku drugim mamy do czynienia z sześcioletnią dziewczynką. Matka jej w czwartym miesiącu ciąży została przez męża zakażona kiłą; przeprowadzono energiczne leczenie i dziecko przyszło na świat bez śladu obciążenia kiłowego. Obciążenia nerwowego w rodzinie niema. Dziewczynka przebyła ostre zapalenie wyrostka robaczkowego; w okresie zdrowienia, kiedy nie podawano już żadnych leków, rozpoczęły się zwidywania, przeważnie osób rzekomo przechadzających się po pokoju. Dziecko wyzdrowiało i na razie o zwidywaniach mowy nie było. Odtąd w różnych odstępach czasu dziewczynka nieraz zatrzymywała matkę na ulicy, pokazując jej idące za niemi osoby, jakkolwiek naokoło nikogo nie było. Wieczorem dziecka nie można było samego pozostawić w pokoju, gdyż natychmiast podlegało zwidywaniom wzrokowym i słuchowym. Stany te obecnie rzadsze powtarzają się w pewnych odstępach czasu od lat kilku, częściej gdy dziecko jest chore lub znużone; pozatem żadnych zboczeń układu nerwowego dostrzedz nie można. Dziecko jest wesołe, umysłowo rozwinięte, czułe w stosunku do rodziców i siostry, nie podlega napadom gniewu lub zazdrości i nigdy nie miało drgawek. Zebranie większej liczby podobnych spostrzeżeń umożliwi prawdopodobnie w przyszłości wyjaśnienie istoty tych objawów; obecnie musimy zadowolnić się banalnem określeniem „samozatrucia“.

Dr. T. Żeleński.

Dr. Balacescu. **Całkowite obustronne wycięcie nerwu spółczulnego szyjnego w chorobie Basedowa.** (*Langenbecka Archiv* T. 67, Z. I, 1902). Wychodząc z założenia, że wszystkie objawy, cechujące chorobę Basedowa, objaśnić się dadzą podrażnieniem nerwu spółczulnego, sądzi B., że jedynie zabiegi lecznicze na tym nerwie mogą dać dobry wynik. Następnie przedstawia autor w historycznym zarysie operacye, wykonywane na tym nerwie, a więc: zwykłe przecięcie, wyrywanie nerwu, naciąganie, częściowe wycinanie, wreszcie całkowite wycięcie po obu stronach. Ostatnia metoda wypracowaną została przez Prof. Jonnesco i ta też daje najlepsze wyniki. Technika operacyjna w zarysie przedstawia się, jak następuje: cięcie skórne na tylnym brzegu wyrostka sutkowego od jego podstawy na 3—4 ctm. w dół. Rozszczepienie na tępo włókien mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego i oddzielenie go od podstawy z jednej strony, aż do podstawy czaszki, — z drugiej — w dół, o ile palcem sięgnąć można. Odszukuje się zwój szyjny górny i nożyczkami przecina gałązki anastomotyczne, poczem za zwój ten pociąga się ku dołowi i oddziela pień nerwowy. Po zatamponowaniu rany nacina się skórę na tylnym brzegu mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego, zaczynając 1 ctm. powyżej obojczyka i idąc ztąd na 3—4 ctm. w górę. Przez ranę tę odsuwa się na tępo naczynia na bok i wytwarza się przestrzeń pod mięśniem mostko-obojczyko-sutkowym w górę. Oryentując się według guzka Chassaignaca, odszukujemy tętnicę tarczykową dolną, a w jej łuku zwój szyjny średni, w dalszym zaś ciągu pień nerwu spółczulnego. Oddzielamy go w górę tak daleko, abyśmy mogli przez dolną ranę wydostać oswobodzony już od góry nerw. Chcąc go wyzwolić także z pod tętnicy tarczykowej dolnej, trzeba zwykle przeciąć nerw sercowy średni i pętlę Vieusena. W dalszym ciągu wypreparowujemy nerw ku dołowi. Poza obojczykiem między mięśniem dźwigaczem żeber przednim i długim szyi wyszukujemy zwój szyjny dolny; ten ostatni uprzystępniamy sobie, pociągając pień nerwu ku górze i odsuwając żyłę i tętnicę na zewnątrz; odosobniamy palcem — i odsłaniamy nawet górny zwój piersiowy, który wyrywamy szczypczykami.

Takiem rozległem obustronnem wycięciem nerwu spółczulnego było leczonych 17 przypadków. W 10-ciu osiągnięto szybkie i całkowite wyleczenie; w 5-ciu znakomitą poprawę, w dwóch tylko nastąpił nawrót cierpienia. Żadnym innym sposobem (inne zabiegi na nerwie spółczulnym, lub na gruczole tarczykowem) nie osiągnięto takich wyników, — nie mówiąc już o tem, że np. po częściowem wycięciu gruczołu tarczykowego wcale nierzadko następowało zejście śmiertelne.

Herman.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Zeuner. **Przyczynek do leczenia wrzodów podudzia.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 20, 1902). W przeszło 100 przypadkach stosował autor w dużych, głębokich a zaniedbanych wrzodach podudzia ze znakomitym skutkiem lek, coprawda stary, ale mało znany i rzadko używany. Jest nim *solut. calcar. hypochlor.* w stosunku 3: 300,0, ktory autor stosuje w postaci okładów na wrzody, mianowicie macza białą gazę w wymienionym rozczynie i kładzie tak, by cała powierzchnia wrzodu była w zetknięciu z okładem; na okład daje kawałek papieru gumowego i opaskę trykotową, 10. ctm. szeroką, którą zakłada od palców stopy aż do kolana. Wielką zaletą tego rozczynu ma być szybkość oczyszczenia się wrzodu z części obumarłych i tworzenia zdrowej ziarniny, która w dalszym ciągu stosowania tworzy ładną, zdrową bliznę. Znakomite wyniki pobudziły autora do stosowania tego rozczynu także i w innych sprawach chorobowych kości goleniowej; przypisuje on mu silne własności przeciwgnilne i radzi go także stosować i w sprawach zapalnych innych części ciała, mianowicie w zapaleniach tkanki łącznej podskórnej, a także w ginekologii i dermatologii. Z powodu zaś szybkiego usuwania cuchnienia wydzielin, proponuje autor stosować go przy wilku i rozpadających się nowotworach.

B. Żmigród.

VI. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

II.

Anatomia i fizyologia narządu płciowego żeńskiego.

Zacznijmy nasz przegląd od tego, co stanowi najsilniejszą stronę i podstawę nauki Galena, t. j. od anatomii. Tutaj powinnoby nas przedewszystkiem zająć największe jego dzieło anatomiczne i najwięcej rzucić światła na jego

badania, przedsięwzięte i przeprowadzone na bardzo szeroki zakrój. Niestety jednak zaginęła ta jego część, która obejmowała narząd rodny i z konieczności musimy się zadowolnić anatomią macicy, której opis znajdujemy w jego rozprawie *„de uteri dissectione“* i *„de ossibus ad Tirones“* (K. II.).

W opisie kośćca nie możemy naturalnie nic znaleźć, coby z punktu widzenia położniczego nas zająć mogło, gdyż Galen opisuje kościec małpy afrykańskiej „magota“. Tu i owdzie zwraca on wprawdzie uwagę na korzyści wynikające z opisu kośćca ludzkiego i poleca studya w Aleksandryi, gdzie tego rodzaju badania robić można, ale sam zadowalnia się kośćcem małpim. Jestto pierwsza uderzająca różnica pomiędzy nim a znakomitymi jego poprzednikami. Hipokrates opisuje wprawdzie również miednicę zwierzęcą, czyni jednakowoż tu i owdzie studya porównawcze, a zastanawia się nawet nad nią z punktu widzenia położniczego, zwracając np. uwagę na wygięcie kości krzyżowej. (Hippocr. *„de ossium natura.“* K. I.). Szkoła aleksandryjska zaznacza nam pewien postęp w porównaniu z Hipokratesem. Nie dziwnego wobec dokonywania sekcyj anatomicznych, zalecanych i przeprowadzanych przez tę szkołę. Jeden z jej najznakomitszych przedstawicieli, mianowicie Herofil, wie już, że kobiety ze zboczeniami kręgosłupa ciężko rodzą, a Demetryusz z Apamei twierdzi, że wązkie biodra utrudniają znacznie poród. Celsus posuwa tę sprawę znacznie naprzód On się najwyraźniej ze wszystkich autorów starożytnych zastanawia nad różnicą pomiędzy miednicą męzką a żeńską, twierdząc, że u mężczyzn kość łonowa jest bardziej prostą, a u kobiet bardziej wygiętą, by nie utrudniała porodu: *„rectius in viris, recurvatum magis in exteriora in feminis ne partum prohibeat.“* (Celsus *„medicina“ lib. VIII. cap. II*). Idzie więc tu najwidoczniej o wielkość krzywizny, która przecież inną jest u mężczyzn a inną u kobiet, fakt którego nigdzie zresztą u starożytnych autorów nie znajdujemy tak wyraźnie stwierdzonego. Uwaga ta wraz z całą książką Celsusa poszła jednak w zapomnienie, a u Soranusa nie znajdujemy już żadnej notatki, którąby nam coś w tym kierunku do myślenia dała. Niektórzy wprawdzie przypuszczają, że Soranus, mówiąc o wygięciach kręgosłupa, miał na myśli ścieśnienia miednicy, lecz na to możnaby się tylko z trudnością zgodzić wobec tego, że on nie wykonywał sekcyj anatomicznych. Galen wykonywał je wprawdzie już na wielką skalę, — jakkolwiek tylko na zwierzętach — i znał budowę kośćca ludzkiego; zajmował się jednakowoż zbyt mało praktycznem położnictwem, by mógł nam znaczniejsze w tym kierunku pozostawić uwagi. Z punktu zaś widzenia anatoma wystarcza mu opis pojedynczych kości miednicy *„ossa ilium“*, rozmaicie się zachowujących pod względem kształtu i wielkości, a łączących się między sobą zapomocą chrząstki i tworzących łuk ochraniający części miękkie. (*de usu p. corp. humani lib. XIV. cap. XIII.*). Tylna ich część łączy się również zapomocą chrząstek z bocznemi stronami kości krzyżowej, którą podobnie jak i ogonową Galen dokładniej nieco opisuje. Każda z tych dwóch ostatnich kości składa się z trzech części. *„id (os sacrum) autem ex tribus partibus tanquam ex propriis quibusdam vertebris constructum est“. (de ossibus ad Tirones. cap. XI.). „in extremo lati aliud os est, quod coccyx vocatur; ex tribus et ipsum propriis partibus constat.“ (ibid. cap. XII.)*. Co się zaś tyczy powierzchni kości krzyżowej, powtarza za Hipokratesem, że jest wygiętą *„sinuatur enim aliquo modo hac in parte intrinsecus spina dorsi, ut extrinsecus gibba videatur, ut de ipsa loquitur Hippocrates“ (de ut. dissectione. cap. I.)*. Dziwić się i żałować należy, że teleologiczny sposób traktowania anatomii nie pobudził Galena do poszukiwania celowości tam, gdzieby się jej mógł najprędzej dopatrzeć, a z czegoby i nauka wielkie korzyści osiągnąć mogła.

Przypatrzmy się teraz częściom rodnym miękkim, które są według Galena z powodu mniejszej doskonałości w budowie kobiety, przeszkadzającej ich wydostaniu się na zewnątrz, ukryte wewnątrz. (*de semine. lib. II. cap. V.).*

Przez srom kobiecy (αἰδοῖον) rozumie on tę część narządu płciowego, która się znajduje na zewnątrz od części rodnych, na przestrzeni utworzonej przez kości łonowe, a stanowiącą wyrostek skóry na wzór napletka męzkiego. *„ipsum autem muliebre pudendum amplitudo est inter ossa pubis, quae ad externas partes cuticularem processum habet, ei quod maribus inest praeputio analogum“. (de ut. dissectione. cap. II.)*. Nie rozróżnia Galen jak widzimy dwojakiego rodzaju warg sromowych, ale tylko jeden ich rodzaj i to najprawdopodobniej większe, gdyż te jako właśnie większe najłatwiej w oko wpadają i one najprędzej jeszcze, jeżeli tylko są cokolwiek większe i obwisłe, przypominają wyrostki skóry, które służą jużto jako ozdoba, już też mają na celu ochronę macicy przed zbytniem jej oziębieniem *(de usu p. corp. humani. lib. XV. cap. III.)*. Pod względem anatomii warg nie pozostaje Galen w tyle ani za Hipokratesem, ani za Celsusem lub Soranusem. Podczas gdy jednak Soranus znajduje w górze pomiędzy wargami, ponad ujściem cewki moczowej, łechtaczkę, nie wspomina o niej Galen wcale, ale stwierdza tutuj jedynie obecność cewki, która jest szerszą i krótszą od męzkiej.

Srom łączy się z macicą za pośrednictwem pochwy. (γυναικεῖος κόλπος). U wejścia do pochwy znajdują się dwa gruczoły, których zadaniem jest przez wydzielanie odpowiedniej treści powiększać chuć. O gruczołach tych nie wspomina żaden z poprzedników Galena i gdyby nie okoliczność, że on je umieszcza po obydwóch stronach szyjki pęcherza, mogłoby się nasunąć przypuszczenie, że ma na myśli gruczoły później przez Bartoliniego odkryte.

Co się tyczy błony dziewiczej, to nie mógł Galen na podstawie tego, co u małp lub u zwierząt czworonożnych znalazł, żadnego przynieść wyjaśnienia. Musimy więc w tej sprawie zadowolnić się jedynie tem, co znajdujemy u Hippokratesa, Celsusa, Soranusa i Moschiona; z tych uważają dwaj pierwsi błonę dziewiczą za twór patologiczny, a Soranus, a za nim i Moschion, wprost zaprzeczają jej istnienia.

Sama pochwa stanowi kanał rozmaitej szerokości i długości, który łączy srom z macicą, stanowiąc pod względem anatomicznym utwór od macicy odrębny. Poprzednio łączono bardzo chętnie obydwa te narządy w jeden, dopiero Soranus wyjednał pochwie samoistne stanowisko, podczas gdy jeszcze Celsus uważał macicę za dalszy ciąg tamtej. Galen wprawdzie uważa pochwę, idąc za Soranusem, za narząd odrębny, podobnie jak tyle innych, czasem jednak przecież jeszcze idzie w ślad za innymi, łącząc ją z macicą. I tak n. p. określając wymiary macicy, nie oznacza wymiarów samej macicy, ale wraz z pochwą. *(de ut. dissectione cap. II.).*

Z tego, cośmy powyżej o badaniach anatomicznych Galena powiedzieli, jasnem jest, że nie mógł on nam i na punkcie anatomii macicy wiele nowego przynieść. Przeciwnie musimy przyznać, że jego anatomia macicy nie przedstawia żadnego postępu w porównaniu z anatomią Hippokratesa, a odnośnie do Celsusa i do Soranusa przedstawia ona znaczny krok wstecz.

Podług niego stanowi ona narząd mięsisty kształtu pęcherza, wewnątrz wydrążony, znajdujący się poza spojeniem łonowem, graniczący ku przodowi z pęcherzem moczowym, a ku tyłowi z odbytnicą. Już z tego powierzchownego opisu wynika, że Galen wcale nie uwzględniał poprzednich opisów macicy, z których wiele było lepszych od jego własnego. Z samego porównania bowiem kształtu macicy, a zwłaszcza jej dna z pęcherzem moczowym, które za nim i Oribasius*) powtarza, (*„figuram habet ipse uterus reliquo quidem toto corpore potissimumque fundo vesicae similem“; de ut. dissectione cap. III.*), wynika zapoznawanie Soranusa, którego porównanie z bańką lekarską przecież o tyle bardziej zbliżone do rzeczywistości. Wielkość macicy różna, zależnie

*) Oribasii anatomica ex libris Galeni, curante Gulielmo Dundass Lugduni Batavorum MDCCXXV. cap. »de vulva«.

od wieku, zajęcia, od okoliczności, czy kobieta zastępowała, oraz od tego czy spółkowanie się odbywało, czy też nie Co się tyczy długości macicy, podaje Galen największy jej wymiar na jedenaście palców, a szerokość jest taką, że dotyka obydwoma swoimi rogami bioder. Długość macicy, jaką podał, wydawałaby się nam przesadzoną, gdyby nie powyżej wzmiankowana okoliczność, że Galen ma na myśli przy jej określeniu odległość dna macicy od samego sromu.

Na samym mięśniu macicy rozróżnia Galen trzon (σῶμα), dno (πυμήν) znajdujące się w górnej jej części na wysokości pępka i kark (αὐχήν). Co on przez ten ostatni rozumie, pod tym względem nie pozostawia nam żadnej wątpliwości. Jestto część pochwowa *(portio vaginalis)*, a wynika to z określenia jej stosunku do pochwy i do reszty macicy, jakoteż niemniej z okoliczności, że opisuje w tej części kanał i ujście zewnętrzne *„cervix autem haec ad muliebrem sinum non recta neque statim in omnibus pervenit, sed modo ad dextram, modo ad sinistram modo sursum, modo deorsum declinat ac deflectit“ (de ut. diss. cap. VII.)*. Zbitość części pochwowej określa bardzo dokładnie, powiadając, że bywa twardą, a nawet i chrząstkowatą. To ostatnie określenie znajdujemy już wprawdzie w szkole aleksandryjskiej, a mianowicie u Herofila; lecz Soranus, nie studyujący anatomii, nie zadowalnia się tem porównaniem, ale szuka nowych, a jako najodpowiedniejsze znajduje miąższowatość płuc. (Soranus *lib. I. cap. III. 10.)*. W części pochwowej rozróżnia ujście zewnętrzne, które w stanie prawidłowym jest tak małe, że zaledwie główka zgłębnika chirurgicznego przez nie przejść może i kanał łączący się z jamą, objętą trzonem macicy.

Trzon składa się z dwóch warstw, zewnętrznej — bardziej unerwionej i wewnętrznej — obficiej zaopatrzonej w żyły, — w której również wykazać można dwie pod względem wejrzenia różne warstwy. Warstwy te jednakowoż nie są ze sobą zrośnięte, ale przylegają jedynie do siebie dosyć silnie. W każdym razie można je łatwo od siebie oddzielić tak, że się wtedy otrzymuje dwie macice. *„si igitur eas per excoriationem separare velis, duo tibi uteri esse videbuntur, sub una et eadem tunica siti“. (de ut. diss. cap. VI.)*. Warstwy te macicy, — jakkolwiek tylko dwie, — rozróżniał już Soranus *(lib. I. cap. III. 13)*, lecz u niego nie przylegają one jedynie do siebie tak, jak to Galen podaje, ale łączą się ze sobą ściśle za pomocą włókien, a otaczają jamę macicy, której pojemność jest różną, zależnie od stanu. W jamie rozróżnia Galen dwie zatoki, przenosząc w ten sposób spostrzeżenia przez siebie na zwierzętach dokonane wprost na macicę ludzką. U zwierząt bowiem zauważył, że ilość jam odpowiada ilości sutków. *„et certe hoc opus naturae admirabile; omnem tamen certo scio, superabit admirationem sinuum numerus, quem natura mammillis fecit aequalem“. (de usu partium corporis humani lib. XIV cap. IV.)*. W ten sposób stanął znowu Galen na stanowisku szkoły Hipokratesa, niszcząc zdobycze szkoły aleksandryjskiej i piękny opis macicy u Soranusa.

U szczytu macicy znajduje się dno, które, jak z tego, cośmy dotychczas o niej powiedzieli, wynika, będzie dwurożne, tak jak już Hipokrates u zwierząt znalazł i jak to za nim powtarzali Diokles, Filotinus, Praxagoras, Rufus z Efezu i wielu innych. Głos Soranusa, który stanowczo się temu sprzeciwiał, był głosem wołającego na puszczy (Soranus: *lib. I. cap. III.)*.

Na miąższ macicy składają się jeszcze nerwy, tętnice i żyły. Tętnice i żyły są gałęziami aorty, względnie żyły głównej *(v. cava)*, wchodzą do macicy po każdej stronie po jednej, rozdzieliwszy się poprzednio na drobne gałązki. Naczynia te zaopatrują jednakowoż jedynie trzon macicy, gdyż część pochwowa otrzymuje inne. Pod względem unaczynienia macicy zachodzi zupełna zgoda pomiędzy Galenem i Soranusem, a w stosunku do Hipokratesa jest to, co Galen podaje, bez porównania dokładniejszem. Obydwaj jednakowoż powtarzają twierdzenie o łączeniu się między sobą naczyń macicy z naczyniami sutek. Co zaś Galen o nerwach tego narządu mówi, to nas musi wprost dziwić. Wiadomo przecież, że znał on zadanie nerwów, które zresztą już i przed nim znano, że dokładnie odróżniał nerwy czuciowe miękkie, od ruchowych twardszych, z których pierwsze wywodził z mózgu, a ostatnie z rdzenia *(de usu part. corp. hum. lib. XIV cap. III i lib. XV cap. II.)*, i że nikt przed nim tak dużo nie wykonał z nimi doświadczeń, niż on, a jednak i on wspomina o nich, jako o narządach służących do umocowania macicy *„nervis autem et annectitur, et coalescit, et contexitur“. (de ut. dissectione cap. IV)*. Gdyby nie liczne doświadczenia, które wykonał, możnaby przypuszczać, że stoi jeszcze na stanowisku Hipokratesa *(„de locis in homine“. K. II.)*, przypisując nerwom zadanie ścięgien. Wogóle nie obfituje macica w nerwy. Najwięcej znajduje się ich w okolicy ujścia zewnętrznego, a wszystkie wychodzą z rdzenia, unerwiając macicę na wzór moszen.

(c. d. n.).

VII. Wiadomości bieżące.

† Dr. Ludwik Świtalski,

docent położnictwa i ginekologii w U. J., zakończył życie d. 28 sierpnia we Lwowie, licząc lat 37. Ocenę działalności naukowej przedwcześnie dla wiedzy i społeczeństwa zmarłego kolegi podamy w jednym z następnych numerów „Przegl. lekarskarskiego“.

Kraków, dnia 4 sierpnia.

* Niejednokrotnie i z niezbitymi dowodami w ręku wykazywało dziennikarstwo nasze, w jak wysokim stopniu fiskalne władze austryackie tamują rozwój ekonomiczny społeczeństwa. Lecz ta ujemna strona ustawy nie ogranicza się tylko do stosunków materyalnych: dosięga ona często rozwoju sił moralnych i działalności naukowej społeczeństwa, jak to świadczą dwa następujące fakty, które w ostatnim czasie miały miejsce w Krakowie.

1) Grono ludzi, którzy ukończyli nauki gimnazyalne przed 25 laty, zamierzyło obchodzić wspólnie tę pamiętną dla siebie rocznicę: w celu porozumienia się trzeba było dowiedzieć się o miejscu zamieszkania niektórych z dawnych kolegów. Prof. X. wysłał w tym celu zapytanie do dyrekcyi policyi w X. i otrzymał odpowiedź (wprawdzie w parę tygodni po obchodzie), lecz jednocześnie i nakaz ściągnięcia kwoty za nieostemplowane podanie.

2) W krakowskim szpitalu św. Łazarza leczył się chory I. K., którego choroba budziła szczególnie ważny interes naukowy. Gdy jednak chory nie mógł dłużej pozostać w szpitalu, postanowił sekundaryusz tego szpitala, Dr. L. Berger, dowiedzieć się drogą listowną o szczegółach dalszego przebiegu choroby i zażądał od c. k. policyi w Przemyślu udzielenia adresu p. I K., najwyraźniej zaznaczając, że czyni to z pobudek ściśle naukowych. Dr. Berger otrzymał w tych dniach nakaz płatniczy (L. 3852) z wymiarem kary za nieostemplowane podanie.

Wiemy, że najsprawiedliwsze skargi ustawy tej nie zmienią: pod tym względem władze nasze są już od dawna zupełnie nie wrażliwe. Poczuwamy się jednak do obowiązku przestrzeżenia Kolegów, chcących obchodzić rocznice ukończonych studyów, ażeby swoje wywiadywanie się w policyach zamiejscowych o miejscu zamieszkania uważnie ostemplowywali, jeśli nie chcą narazić się na płacenie kary. Co się zaś tyczy okładania podatkiem stemplowym korespondencyi, niezbędnej do celów ściśle naukowych, to ufajmy, że sprawą tą zajmą się Izby lekarskie i na drodze urzędowej spowodują uwolnienie od stempla korespondencyi z władzami, podejmowanej wyłącznie w celu naukowym. Uwolnienie takie jest w interesie nietylko wyższych zagadnień w życiu umysłowem społeczeństwa i posiada szersze znaczenie, lecz jest sprawą godności państwa, mieniącego się europejskiem i należącego do państw cywilizowanych. Rząd przecież wiedzieć powinien, że na kartach dziejów zapiszą się złotemi zgłoskami nie te państwa, które prześcigają się w wynajdywaniu coraz bezwzględniejszych kategoryj podatków, lecz te, które rozumnym, sprawiedliwym i celowym rozkładem ciężarów umoże-

bnią i ułatwią rozwój sztuk i nauk, wypracują mądre i sprawiedliwe prawa, które się przyczynią nie tyle do gromadzenia zapasów kasowych, ile do wzmożenia duchowej dzielności narodu.

* Ministeryum spraw wewnętrznych wydało świeżo (31 lipca) rozporządzenie, zmierzające do zapobiegania i zwalczania zimnicy. Z przepisów tych podajemy kilka punktów:

1. Choroba (zimnica) udziela się człowiekowi przez ukłócie pewnych gatunków komarów, zakażonych poprzednio zimnicą.

2. Błędnem jest mniemanie, że choroba ta szerzy się przez unoszenie się z ziemi oparów, zwłaszcza w okolicach bagnistych.

3. Kto się chroni przed ukłóciem od komara, chroni się także od zimnicy.

* Przy szpitalu izraelickim w Krakowie otwarte zostało ambulatoryum otyatryczne, pod kierownictwem Dr. Rafała Spiry.

* Wiec austryackich Izb lekarskich odbędzie się w Czerniowcach d. 7 i 8 września.

* Wydziały lekarskie w Austryi liczyły w ubiegłem półroczu letniem słuchaczów: w Wiedniu 1278, w Insbruku 194, w Gracu 231, w Pradze 231 w wydziale niemieckim i 290 w czeskim, w Krakowie 130, we Lwowie 90.

* Obok pojedynczych przypadków moru, grasuje w Egipcie mordercza cholera, której zwalczanie na wschodzie muzułmańskim natrafia na nieznane gdzieindziej trudności z powodu niedostępnych dla władz sanitarnych haremów. Epidemia ta zapewne będzie miała ten jeszcze skutek, że komitet urządzający I-szy Zjazd lekarski w Egipcie prawdopodobnie będzie zmuszony przełożyć grudniowy termin kongresu na czas późniejszy.

* Między 20 a 26 sierpnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego: we Lwowie 1 przypadek, oraz w powiatach: bohorodczańskim (1 gm.), horodeńskim (2 gm.), jaworowskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), mościskim (1 gm.), myślenickim (1 gm.), nadworniańskim (1 gm), niskim (1 gm.). podhajeckim (2 gm.), rawskim (2 gm.), skałackim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.).

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 42.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa Tydzień XXXIII (10—16—VIII). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 11, urodziło się dzieci 53, zmarło osób 42, mianowicie: z gruźlicy 8 (1 zam.), z zapalenia płuc 8 (2 zam.), z płonicy 1, z cholery dziecięcej 6.

Mianowania i odznaczenia. Prof. M. Gruber mianowany został prof. higieny w Mnichowie; Dr. Ed. Jacobi mianowany prof. dermatologii w Freiburgu; Dr. Weiland — profesorem farmakologii w Tybindze; Dr. Agabarow — profesorem okulistyki w Kazaniu; Dr. Korsakow — prof. nadzwyczajnym ginekologii i pedyatryi w Moskwie; Dr. Zoth — prof. fizyologii w Insbruku.

Nekrologia. Dr. Teodor Pasternacki, profesor kliniki lekarskiej w Petersburgu, zmarł w gubernii mińskiej, licząc lat 59. Dr. Paweł Ploss. prof. chemii lekarskiej, zmarł w Peszcie w wieku 57 lat. Emerytowany prof. embryologii, Dr. Schenk, którego teorya oznaczania płci u płodu narobiła więcej rozgłosu, niż przyniosła chwały autorowi, zmarł 18—VIII.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 35. Fryszman: O mięsaku gruczołu krokowego. Batawia: O elektropsychroforze.

— *Gazeta lekarska* Nr. 35. Moraczewski: Przebieg gorączki u człowieka z wyciętą śledzioną. Zembrzuski: Przypadek zgorzeli moszny pochodzenia zagadkowego u czterotygodniowego dziecka. Tumpowski: Dwa przypadki drgawek ogólnych po zaszczepieniu ospy.

— *Kronika lekarska* Nr 18. Zawadzki: Przyczynek do kazuistyki ran postrzałowych żołądka. Otto: Kryoskopia i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 35. Brabec: O aktinomykomu (dok.). Brejtmann: O přijičných onemocněních srdce (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 68. Villemin: Ortopedya. Thoyer Rozat: Położnictwo a moralność chrześciańska.

Nr. 69. Laignel-Lavastine: Niedomoga wątrobowa ostra. Cocher: Leczenie gorączek zimniczych »arrhenalem«. Fontoynont: »Arrhenal« stosowany w ciąży powikłanej z zakażeniem zimniczem.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 35. Elschnig: Diagram sposobu działania mięśni ruchowych gałki ocznej. Harmer: Kliniczne zastosowanie wziernikowania gardła (oesophagoscopia). Haberer: Rzadki przypadek późnego nawrotu raka.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 34. Orth: Niektóre będące na czasie sprawy sporne z zakresu gruźlicy. II Co jest perlica? Strauss W sprawie stosunku między złośliwą niedokrewnością a przewodem pokarmowym. Mirkoli i Solesi: Przemiana materyi u suchotników. Tausch: Dwa przypadki zatrucia lysolem. Klopstock: Przyczynek do odróżnienia prątków duru od okrężnicowych i czerwonki.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 34: Ascoli: Przyczynek do znajomości działania strątów i ciał białkowatych w surowicy krwi. Stachelin: O ciele białkowatem wysięków i moczu, dającem się strącić kw. octowym. Bade: O wczesnem rozpoznaniu wrodzonych zwichnięć w stawie biodrowym. Herz: Budowa nogi u murzynów. Schröder i Brühl: O wzajemnym stosunku ruchów, ciepłoty ciała i albumozuryi do siebie i do gorączki w gruźlicy. (Dokończenie). Schmorl: Przyczynek do zagadnienia o powstawaniu gruźlicy płuc. (Dokończenie). Engel: O wpływie gruźlicy płuc na umysł i nerwy. (Dokończenie).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 35. Baisch: O niebezpieczeństwie podskórnego zastosowania słono-sodowego rozczynu Taveta. Weichardt: Badania doświadczalne nad drgawkami (eklampsia). Blumenthal: Dur brzuszny bez objawów ze strony przewodu pokarmowego. Neumann: Uwagi o chorobie Barlowa. Fischer: Ciała obce w ścianie serca i próchnienie kości kręgosłupa u 13-letniego chłopca. Marek: O powstawaniu szmerów oddechowych. (Dokończenie). Zangemeister i Wagner: O ilości ciałek białych we krwi ciężarnych, rodzących i położnic.

Redakcya otrzymała. Józef Jaworski i Stanisław Iwanicki: O związku pewnych objawów ze strony nosa z narządami płciowymi kobiecymi. St. Serkowski: O badaniu przez lekarzy produktów spożywczych, dostarczanych do szpitali. Spira: Die durch den Beruf gezeugten Ohrenkrankheiten.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 13 Września 1902. Nr. 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Ze szpitala starozakonnych w Warszawie.**

Przyczynek do chirurgii przymiotu mózgu oraz do znaczenia rozpoznawczego padaczki Jacksona.

Napisali

Ludwik Bregman i Hipolit Oderfeld,

ordynatorzy szpitala.

W cierpieniach organicznych układu nerwowego jesteśmy zazwyczaj zadowoleni, gdy się uda wykryć przymiot, jako czynnik przyczynowy. Wobec smutnego najczęściej rokowania w cierpieniach tych, przypadki na tle przymiotu jedyne niemal budzą nadzieję powodzenia naszych zabiegów leczniczych. Niestety jednak i tu jeszcze rokowanie nie jest bynajmniej zupełnie pomyślnem. Nie mówiąc już o t. zw. cierpieniach „parasyfilitycznych“, — wiądzie rdzenia, porażeniu postępującem, — których związek z przymiotem nie ulega, zdaniem naszem, zaprzeczeniu, a w których leczenie przeciwprzymiotowe nie odnosi prawie nigdy żadnego skutku, to nawet w cierpieniach czysto-przymiotowych mózgu i rdzenia wyleczenie jest o wiele rzadszem, aniżeli się zwykle przypuszcza. Co się tyczy specyalnie przymiotu mózgu, który nas w pracy tej szczegółowiej zajmie, to według statystyki Fourniera np. zostaje wyleczoną zaledwie $^1/_3$ chorych, $^1/_2$ doznaje poprawy, $^1/_6$ zaś umiera, 37% pozostaje z ciężkiemi zaburzeniami, porażeniami itp. Hjelmann podaje liczbę uleczeń w $^1/_4$ przypadków, $^1/_2$ przebiega niepomyślnie z zejściem śmiertelnem lub kalectwem. Naunyn, który sprawę tę szczegółowo rozebrał, znajduje 48% wyleczonych, 52% niewyleczonych, przyznaje jednak sam, że liczby te są niewątpliwie jeszcze zbyt pomyślne, ponieważ 1) w większości przypadków wyleczonych chorzy nie dość długo pozostawali w obserwacyi, a zatem niema pewności, że poprawa była trwałą, — 2) lekarze ogłaszają najchętniej przypadki z zejściem pomyślnem.

Fakt ten, bezskuteczność w wielu razach leczenia, skierowanego przeciw przymiotowi, skłonił niektórych autorów do podjęcia kwestyi, czy nie należałoby w niektórych takich przypadkach po wypróbowaniu leczenia swoistego uciec się do leczenia chirurgicznego, operacyjnego. Horsley [1]), Macewen [2]) i Bramwell — pierwsi je zastosowali, wyłuszczając błonki (Schwarten) pozostałe po przymiotowem zapaleniu opon na wypukłości mózgu. Barton, Clarke Diller, Harrison, Lampiasi, Parker, Rannic [3]), Rybałkin [4]), Sands, a u nas Gajkiewicz [5]) opisali przypadki, w których dokonano operacyi. Jak widzimy, liczba ich jest dość szczupłą i już dla tego powodu przypadek, którego historyę poniżej podajemy, na uwagę zasłużyć powinien. Podobnie, jak w większości przytoczonych przypadków, mieliśmy również padaczkę Jacksonowską, która uprawniała do przypuszczenia, iż cierpienie jest powierzchownem i dla noża dostępnem. Przymiot z wywiadów był niemal pewny, chory miał wyraźne cierpienie okostnej i to w okolicy, która przypuszczalnie odpowiadać musiała ośrodkom korowym najbardziej dotkniętym, pomimo to leczenie swoiste, prowadzone kilkakrotnie i energicznie, skutku nie odniosło i nie zapobiegło nawet rozprzestrzenieniu i mnożeniu się napadów padaczkowych. Trepanacya, dokonana w „stanie padaczkowym“ *(status epilepticus)*, niestety chorego nie uratowała, a oględziny pośmiertne wykazały taką lokalizacyę przymiotu, która przypadek ten i pod względem rozpoznawczym czyni niezwykle ciekawym.

M. F., lat 34, wstąpił dnia 19 sierpnia 1899 r. na oddział Dra Frejdensona; dnia 22 sierpnia przeniesiony został na oddział Dra Bregmana.

Chory narzeka na silne bóle głowy. Z tego powodu leczył się już w szpitalu w r. 1898: bóle wtedy zmniejszyły się, ale nie ustały, a od miesiąca znowu się wzmogły. Obecnie są one prawie stałe, napadowo się powiększają, a umiejscowiają się głównie w czole i w prawej okolicy ciemieniowo-skroniowej, a w mniejszym stopniu w okolicy potylicznej w karku. W nocy ból wzmaga się, chory nie może spać. Niekiedy występuje zawrót głowy, parę razy wymioty.

Przed 15 laty chory miał wrzód twardy, potem cierpienie gardła, wysypki nie było. Leczył się pigułkami (rtęciowemi?), wcierań, zastrzykiwań nie robiono. Żonaty, miał 6 dzieci. Wszystkie żyją i są zdrowe. Żona nigdy nie roniła. Chory pracował ciężko na maszynie, trunków nie nadużywał; chorób zakaźnych nie przebywał.

---

[1]) Horsley: British med. Journal. 1893. tom II.

[2]) Macewen: Lancet May 1885.

[3]) Przytoczeni według Oppenheima: Die syphilistichen Erkrankungen des Gehirns. Wien 1896.

[4]) Rybalkin; Ueber einen Fall von Jackson'scher Epilepsie auf syphilitischer Basis mit operativem Eingriff (Deutsche Zeitschrift für Nervenh. Tom XIX. Zeszyt 5 i 6).

[5]) Przypadek, opisany przez kol. Gajkiewicza, był następujący: chory miewał napady padaczki Jacksonowskiej, zaczynającej się od lewej kończyny górnej. Po napadzie niedowład kończyn lewych. Napad ograniczał się niekiedy do zwiastunów (aury), w postaci bólu, zimna lub palenia w kończynie górnej (*epilepsia partialis sensitiva*). Bóle głowy w okolicy prawej skroniowej, wzmagające się przy jej uciskaniu i opukiwaniu. Przed paroma miesiącami wystąpił na głowie nowotwór, który znikł bez leczenia po paru tygodniach. Przed 2-ma laty było cierpienie gardła, po którem pozostały powiększone gruczoły szyjne. Przed 10-ma laty uraz prawej okolicy czołowej, przed kilkoma miesiącami to samo w okolicy skroniowej. Brodawka nerwu wzrokowego nieco zmętniała, z rozszerzonemi żyłami.

Pomimo braku wyraźnych objawów przymiotu zalecono leczenie swoiste, które z początku dało pewną poprawę, lecz wkrótce potem nastąpiło znaczne pogorszenie. Wskutek tego dokonano trepanacyi i wyłuszczono nowotwór, którego przyrodę przymiotową stwierdzono badaniem drobnowidowem. Po operacyi zastosowano znowuż leczenie swoiste i osiągnięto zupełne uzdrowienie. Operacyę wykonał Dr. Oderfeld w naszym szpitalu.

Badanie przedmiotowe wykazało: ogólne osłabienie, chory nie może się na nogach utrzymać. Budowa ciała wątła, stan odżywiania zły. Ciepłota prawidłowa, tętno 60, tętnica promieniowa miękka.

Czaszka przy opukiwaniu ze strony prawej wrażliwa, w przejściu z okolicy ciemieniowej w skroniową po stronie prawej wielka bolesność. Miejsce to, 4—5 ctm nad uchem, jest nieco wyniosłe, przy obmacowywaniu twarde. Przytomność zachowana, usposobienie apatyczne. Żrenice równe, nieco rozszerzone, oddziaływują dobrze przy świetleniu i przystosowaniu. Tarcza zastoinowa na obu oczach. Podwójne widzenie pray patrzeniu w górę i w obie strony, przytem odległość obrazów dość znaczna, ale bez stałego stosunku do kierunku przedmiotu. Siła wzroku zachowana. Znaczny niedowład lewego nerwu twarzowego, najbardziej w części dolnej, ale i górna niewątpliwie zajęta. Oddziaływanie elektryczne prawidłowe. Język prosty, porusza się dobrze. Uścisk lewej ręki nieco słabszy, pozatem obie kończyny lewe prawidłowe. Odruchy kolanowe bardzo wzmożone *clonus pedis* brak. Czucie zachowane. Narządy wewnętrzne niezmienione.

Zaordynowaliśmy jodek potasowy (2,0—4,0 dziennie), salicylan rtęciowy (8 zastrzyknięć po 0,1 na dawkę), maść jodoformową na głowę Prócz tego podawaliśmy choremu bromek potasowy, kilkakrotnie morfinę. Wkrótce stan chorego się poprawił: wyniosłość w okolicy ciemieniowo-skroniowej zmniejszyła się i przestała być bolesną przy opukiwaniu, bóle głowy ustały, chory mógł chodzić bez oparcia. Niedowład nerwu twarzowego zmniejszył się nieco, podwójne widzenie ustąpiło. Raz jeden przy podnoszeniu chorego nastąpiło krótkie zemdlenie przy tętnie 54.

Dnia 5 października 1899 chory wypisał się ze szpitala. Leczył się potem ambulatoryjnie, zażywając jodek potasowy bez przerwy. W lutym 1900 dostał pierwszego napadu padaczkowego. Napady powtarzały się kilka razy w tygodniu. Po kilkunastu wcieraniach napady stały się rzadsze (raz na miesiąc lub jeszcze rzadziej). Jesienią 1900 r. zaczęły się powtarzać znacznie częściej i przytem prócz napadów padaczki Jacksonowskiej, które poniżej opiszemy, pojawiły się napady ogólne z nagłą utratą przytomności, bez zwiastunów. Chory parę razy upadł na ulicy i mocno się potłukł. Dnia 29 października 1900 wpisał się ponownie na oddział chorób nerwowych.

Napady Jacksonowskie powtarzały się po kilka razy dziennie, Poprzedzały je zwykle zwiastuny *(aura)*: ból i zaburzenia czucia (parestezye) w języku i w ustach po stronie lewej, zgrzytanie zębami, niekiedy drętwienie w kończynie górnej lewej. Potem występowały drgawki w lewej połowie twarzy, które trwały 1—2 minut, a po nich takież same zaburzenia czucia (parestezye), jak i przedtem. Przytomność w czasie napadu zachowana, ból głowy się wzmagał. Dość często drgawek nie było wcale, napad ograniczał się do zaburzeń czucia i jakby unieruchomienia języka, które zmuszało chorego do przerywania rozmowy *(petit mal)*. Parę razy tylko (w ciągu dwumiesięcznej obserwacyi szpitalnej) napady rozprzestrzeniły się na całe ciało i przebiegały z utratą przytomności.

Przedmiotowo znaleźliśmy przy ponownem wstąpieniu do szpitala tak samo jak przedtem wyniosłość w okolicy ciemieniowo-skroniowej prawej, niedowład lewego nerwu twarzowego, wzmożenie odruchów kolanowych, a prócz tego lekki niedowład kończyny górnej lewej, oraz niemożność poruszania języka w stronę lewą.

Do dnia 18 grudnia 1900, (w którym na własne żądanie zosta wypisany) chory dostał 30 wcierań po 4,0 i przez cały czas zażywał duże dawki jodku potasowego i bromek potasowy. Wyniosłość na czaszce znikła, bóle głowy się zmniejszyły, stan ogólny się poprawił. Napady stały się lżejsze i rzadsze (co klika dni). Porażenie twarzy i języka pozostało bez zmiany.

Po wypisaniu się ze szpitala chory dalej zażywał jod i brom, pomimo to jednak napady nie ustawały, a po pewnym czasie stały się znowuż znacznie częstsze i w natężeniu swem cięższe.

Już w czasie powtórnego pobytu chorego w szpitalu, widząc stosunkowo niewielką skuteczność leczenia swoistego, zastanawialiśmy się poważnie nad kwestyą leczenia operacyjnego. Rozpoznanie wydawało się dość pewnem. Na podstawie wywiadów chory niewątpliwie był zarażony przymiotem i był b. mało leczony. Na czaszce w okolicy ciemieniowo-skroniowej rozwinęło się ograniczone cierpienie okostnej *(periostitis syphilitica)*. Objawy mózgowe, porażenie nerwu twarzowego, o charakterze ośrodkowym, bez zmian dobudliwości elektrycznej, z udziałem w słabszym stopniu gałązki górnej, później porażenia języka i kończyny górnej, napady padaczkowe, zaczynające się od zaburzeń czucia (parestezyj) i drgawek w lewej połowie twarzy — wskazywały na ognisko w prawej półkuli mózgowej, powierzchownie położone i zajmujące wzgl. uciskające głównie ośrodek twarzowy w zwojach środkowych Rolanda, a rozprzestrzeniające się na sąsiednie ośrodki języka i kończyny górnej. Punktem wyjścia sprawy były prawdopodobnie opony mózgowe, a to dla następujących powodów: 1) cierpienie okostnej odpowiadało (choć niezupełnie) przypuszczalnemu ognisku korowemu; 2) objawy uciskowe ogólne były słabo wyrażone: wymiotów nie było prawie wcale, zawroty głowy rzadko, bóle głowy miały przeważnie charakter miejscowy, ograniczony, tarcza zastoinowa spostrzegana była przez pewien czas, potem znikła. Sprawa miała charakter jawnie postępujący. Przebieg jej był o tyle nieprawidłowy, że naprzód spostrzegano porażenie twarzy, a znacznie później dopiero wystąpiły drgawki Jacksonowskie, biorące również początek z ośrodka twarzowego. Zwykła kolej objawów jest w sprawach uciskowych kory ruchowej, jak wiadomo, wręcz przeciwna: najpierw ognisko, zajmujące jeden z ośrodków korowych, lub rozwijające się w jego sąsiedztwie, wywołuje drgawki w odpowiedniej części ciała, potem dopiero przyłącza się porażenie tej części, z początku przelotne, ponapadowe, później stałe, od napadów niezależne: w tym okresie część porażona bardzo często przestaje nawet przyjmować w drgawkach udział. Tak bywa zwykle, ale nie zawsze: nie brak spostrzeżeń, w których ognisko nowotworowe w ośrodkach korowych powodowało li tylko porażenie — przelotne i często się powtarzające lub stałe —, drgawek zaś nie było wcale, albo też, jak w naszym przypadku, padaczka Jacksonowska była objawem późniejszym [6]). W każdym razie udział twarzy w napadach drgawkowych dowodził, że porażenie jej nie było następstwem zniszczenia odnośnych ośrodków.

Rozpoznanie nasze brzmiało: przymiotniak na powierzchni prawej półkuli mózgowej, mający punkt wyjścia prawdopodobnie w okolicy zwojów środkowych, a mianowicie w okolicy ośrodka twarzowego. Stosowanie środków swoistych nietylko nie zapobiegło pojawieniu się padaczki Jacksonowskiej, ale i stosunkowo mały okazywało wpływ na napady; objawy porażenne również nie ustępowały, a raczej coraz dalej się rozprzestrzeniały (porażenie języka, niedowład kończyny górnej). Prócz tego napady padaczkowe ogólne (z nagłą utratą przytomności) były wskazówką wzmagania się oddziaływania ogniska na całe mózgowie.

W tych warunkach uważaliśmy już w grudniu 1900 r. wkroczenie chirurgiczne za zupełnie usprawiedliwione, ale niestety chory wówczas na operacyę zgodzić się nie chciał. Zdecydował się dopiero w lutym 1901 r., widząc ciągły po-

[6]) Por. Oppenheim: Die Geschwülste des Gehirns in Nothnagel Specielle. Pathologie und Theraphie T. IX., I część, III rozdział. str. 69.

stęp cierpienia. Dnia 8 lutego zapisany został na oddział Dra Oderfelda. Ponieważ chory miał na głowie silny strupień woszczynowaty, który pragnęliśmy usunąć przed przystąpieniem do operacyi, zmuszeni byliśmy odłożyć ją na dni kilka. Tymczasem pomimo znacznych dawek bromku potasu (do 8,0 dziennie) i jodku potasu, napady stawały się coraz częstsze; 14 lutego chory miał 19 napadów; 16 lutego rozwinął się prawdziwy stan padaczkowy *(status epilepticus)*. Napady powtarzały się co kilka minut. Napad zaczynał się od tego, że głowa i oczy zwracały się w stronę lewą, gałki oczne drgały jak w *„nystagmus“*, potem twarz wykrzywiała się ku stronie lewej, lewa ręka podnosiła się, a następnie zaczynały się kurcze drgawkowe w lewej połowie twarzy i lewych kończynach. W tych ostatnich trwały one dłużej, niż w twarzy. Prawa strona w drgawkach udziału nie przyjmowała.

W krótkich przerwach między napadami przytomność nie była zniesiona, ale chory na pytania odpowiadał niechętnie i niezrozumiale.

Lewa połowa twarzy i lewe kończyny były zupełnie porażone. Języka chory nie wysuwał. Na ukłócie oddziaływał. Odruchy kolanowe były z obu stron wzmożone, na lewej nodze słaby *clonus*. Źrenice oddziaływały na światło leniwo. Tętno było napięte, 84. Opukiwanie czaszki po prawej połowie było bardzo bolesne, wszakże bez wyraźnego umiejscowienia.

Dnia 18 lutego wykonano trepanacyę. Chorego poddano narkozie chloroformowej. Podczas usypiania chory dostał napadu padaczkowego. Sposobem Thana określono położenie bruzdy Rolanda. Duże, półokrągłe przecięcie skóry, tak żeby bruzda Rolanda znajdowała się w środku pola operacyjnego. Trepanacya czaszki sposobem Wagnera. U podstawy cięcia skórnego zrobiono trepanem dwa większe otwory, a pomiędzy nimi trzy mniejsze, następnie połączono te otwory wzdłuż cięcia skórnego przy pomocy przyrządu Dahlgrena, a w części dłutem. Potem, podnosząc nieco oddzieloną kość elewatorami, odłamano ją u podstawy. Wyraźne tętnienie mózgu. Opona twarda na zewnętrznej powierzchni niezmieniona, po przecięciu okazuje się nieco zgrubiałą i pokrytą na powierzchni wewnętrznej nalotem włóknistym. Opona miękka również zmętniała, pokryta miejscami wydzieliną włóknistą. Zbitość mózgu w całym obrębie dużego pola operacyjnego prawidłowa, również stosunek wzajemny bruzd i zwojów. Wobec tego ograniczono się do wycięcia kawałków opony twardej sposobem Berezowskiego, następnie odłamaną kość włożono w otwór trepanacyjny i między nią a mózgiem włożono 2 burdonety.

Wkrótce po operacyi chory dostał napadu padaczkowego, który się w niczem nie różnił od poprzednich. Potem napady powtarzały się równie często jak przedtem.

Ciepłota 18 lutego wieczorem 35,6°, 19 lutego zrana 36°, tętno 108. Chory nieprzytomny, nie przyjmuje ani jadła, ani lekarstw. Źrenice oddziaływają na światło. Stan padaczkowy *(status epilepticus)*. Chory zmarł 21 lutego.

Oględziny pośmiertne (kol. J. Steinhaus) ograniczyć się musiały do samej tylko czaszki. W okolicy zrazu czołowego prawego znaleziono 2 duże przymiotniaki, jeden obok drugiego. Jeden zaczyna się od przedniego końca mózgu (bieguna czołowego) i ciągnie się wzdłuż brzegu środkowego półkuli, zajmując 1 i 2-gi zwój czołowy mniej więcej do połowy ich długości, tak że tylny koniec jego znajduje się jeszcze w dość znacznej (około 3 ctm) odległości od zwojów środkowych. Drugi, położony bardziej bocznie i nieco ku tyłowi, na granicy 2-go i 3-go zwoju czołowego, w średniej $^1/_3$ ich długości, bezpośrednio obok tamtego, ma kształt okrągłej blaszki i tylnym końcem swym dosięga prawie otworu trepanacyjnego. Na przecięciu oba przymiotniaki mają wejrzenie masy zserowaciałej. Oba wrastają dość głęboko w istotę mózgową, kora mózgowa jest pod nimi zupełnie zniszczona.

W okolicy bruzdy Rolanda i w sąsiedztwie (odpowiednio do wielkiego otworu trepanacyjnego) opona twarda wycięta, opona miękka lekko nacieczona i nasiąknięta krwią. W okolicy 3-go zwoju czołowego opona twarda zrośnięta z powierzchnią mózgu, na przecięciu zgrubiała, nie zserowaciała.

Widzimy tedy, że rozpoznanie nasze przymiotniaka na powierzchni prawej półkuli mózgowej zostało przez obdukcyę potwierdzone, aliści umiejscowienie jego było niestety takie, że na podstawie danych z nauki o lokalizacyi mózgowej wykrytym być nie mógł. Zraz czołowy zajmuje w nauce tej miejsce bardzo skromne. Objawy podawane, jako właściwe dla cierpień tego zrazu, mają wogóle charakter wielce nieokreślony, a prócz tego nie były bynajmniej stale w nich spotykane i przez wielu autorów są w wątpliwość podawane. Są to:

1) osłabienie władz umysłowych jak przy porażeniu postępującem (zwłaszcza przy ogniskach obustronnych);

2) zmiana charakteru, — zmienność usposobienia, brak cierpliwości, wytrwałości, egoizm (charakter podobny do histerycznego); przytem nastrój wogóle wesoły, skłonność do wyśmiewania się z innych i do dowcipkowania, (*moria,* Witzelsucht [7]);

3) ogólny bezład ciała, podobny do ataksyi móżdżkowej.

Żadnego z tych objawów nie spostrzegaliśmy u naszego chorego, pomimo, że zajęta była dość znaczna część zrazu czołowego i że przymiotniaki dość głęboko w istotę mózgu wrastały[8]). Cały obraz kliniczny natomiast wskazy-

[7]) W wyszłej niedawno w »Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde« Tom XXI, Zeszyt 3 i 4 pracy E. Müller poddaje surowej krytyce spostrzeżenia zmian psychicznych w cierpieniach zrazu czołowego i przychodzi do wniosku następującego: niektóre oznaki zmian psychicznych przy nowotworach mózgowia mogą wprawdzie obudzić podejrzenie co do umiejscowienia w zrazie czołowym; aliści oznaki te są tak niepewne, że korzystać z nich należy w rozpoznaniu umiejscowienia z wielką ostrożnością. Znaczenie zaś praktyczne tych odznak doznaje jeszcze ogromnego ograniczenia z tego powodu, że w nowotworach mózgowia wszelkiego rodzaju zmiany psychiczne, nie wyłączając zmian charakteru i skłonności do dowcipkowania są prawdziwymi objawami ogólnymi, spowodowanemi przez rozlane oddziaływanie nowotworu na całą korę mózgową.

[8]) Na uwagę zasługuje też spostrzegane przez nas w ostatnim okresie rozpoczynanie się napadów drgawkowych od wykręcania się głowy i oczu w stronę lewą. Na podstawie tego objawu, którego z pewnością nie było w okresie poprzednim, można było względnie wnioskować, że nowotwór rozprzestrzenił się na tylny odcinek zwojów czołowych. Drgawki »nystagmowe« gałek ocznych mogły być również zależne od podrażnienia tego samego ośrodka. Znaczenie przelotnego widzenia podwójnego, spostrzeganego w I-ym okresie choroby, które było mniej więcej jednakowe we wszystkich kierunkach i któremu nie towarzyszyło wyraźne ograniczenie ruchów gałek ocznych, pozostaje

wał, jak się zdawało, z pewnością na ognisko w zwoju środkowym, a głównie w ośrodku twarzowym, z dalszem rozprzestrzenieniem się na ośrodki sąsiednie języka i kończyny górnej.

Powyżej wyłożyliśmy już dane, na których rozpoznanie to opieraliśmy. Prócz padaczki Jacksonowskiej mieliśmy porażenie odpowiednich ośrodków, które nadomiar chronologicznie wyprzedzało nawet wystąpienie padaczki. Prócz tego mieliśmy sprawę swoistą w okostnej czaszki, która umiejscowieniem swem odpowiadała prawie w zupełności zajętym przypuszczalnie ośrodkom.

Co się tyczy padaczki Jacksonowskiej, to uważana ona jest słusznie za objaw rozpoznawczy pierwszorzędnej wagi, a jednakże nie po raz pierwszy klinicyści przez nią w błąd wprowadzeni zostali (Putman, Bealh, Stocker-Nugent, Chipault, Dieulafoy i inni). Pod nazwą padaczki Jacksonowskiej (częściowej, korowej) rozumiemy, jak wiadomo. napad, kurcze tężcowe lub drgawkowe, rozpoczynające się w jakiejkolwiek części ciała i rozprzestrzeniające się na inne części w porządku, wskazanym przez lokalizacyę i sąsiedztwo ośrodków w korze mózgowej, napady przebiegające bez utraty przytomności lub z utratą jej w dalszym rozwoju napadu, przy rozprzestrzenieniu się drgawek na drugą połowę ciała. Już z samego sposobu rozprzestrzeniania się drgawek można było wywnioskować, że napady powstają przez podrażnienie ośrodków korowych, a doświadczenie kliniczne dowiodło istotnie, że spostrzega się je najczęściej w cierpieniach ogniskowych, umiejscowionych w zwojach środkowych, w t. zw. pasie ruchowym. Nie znaczy to jednakowoż, żeby je uważać za objaw patognomiczny dla ognisk tak położonych. Takież samo podrażnienie ośrodków korowych spowodowanem być może przez ogniska, sąsiadujące z pasem ruchowym, mieszczące się bądźto w zrazie czołowym, bądźto w ciemieniowym, a nawet, choć rzadziej znacznie, głębiej w warstwie podkorowej lub w zwojach środkowych i w pniu mózgowym [9]). Nie obala to bynajmniej, jak utrzymuje Dieulafoy [10]), nauki o lokalizacyi mózgowej, ani nie stoi w żadnej z nią sprzeczności, ale zmusza do wielkiej ostrożności w ocenie klinicznej każdego przypadku. Ważnym jest okres wystąpienia padaczki Jacksonowskiej: im objaw ten jest wcześniejszy, im bardziej wyprzedza inne objawy mózgowe, ogólne i miejscowe, tem więcej jest prawdopodobieństwa, że zajętą jest okolica samych ośrodków ruchowych.

Większe znaczenie jeszcze mają porażenia, towarzyszące napadom padaczkowym, a odpowiadające ośrodkom, z których te ostatnie biorą punkt wyjścia, oraz sąsiednim częściom kory mózgowej. Porażenia takie, jak już wyżej wspomnieliśmy, z początku zazwyczaj bywają przelotne, niekiedy zaś odrazu mają charakter stały. Porażenia ponapadowe wraz z postępem cierpienia przechodzą również w porażenie stałe. Obecność porażeń stałych o charakterze częściowym (przez zajęcie ośrodków pojedyńczych grup mięśniowych, — t. zw. dissocirte Lähmung") lub monoplegicznym dowodzi, że ośrodki korowe zajęte zostały w stopniu silniejszym, że zatem ognisko bardziej odległe i zdaleka je uciskające nie jest prawdopodobnem [11]). W naszym przypadku mieliśmy tego rodzaju porażenie i w miarę postępu choroby porażenie to rozprzestrzeniało się na sąsiednie ośrodki (języka,kończyny górnej), a jednakowoż ognisko znaleziono w dość znacznej od nich odległości [12]). Wspomnijmy nawiasem, że o przypisywaniu jakiegokolwiek w tym względzie znaczenia zmianom w oponach, znalezionym w okolicy zwojów środkowych, nie może być mowy, ponieważ były one zanadto świeże i zbyt nieznaczne

Przypadek nasz poucza:

1) że w przymiocie mózgu, gdy objawy kliniczne wskazują na obecność przymiotniaków na powierzchni mózgu, a leczenie swoiste nie odnosi skutku, należy, nie zwlekając długo, uciec się do leczenia operacyjnego;

2) że przymiotniak zrazu czołowego i to przeważnie przedniej jego części, dać może objawy podobne do ogniska zwojów środkowych.

3) że nawet obecność obok padaczki Jacksonowskiej porażenia o charakterze monoplegicznym z rozprzestrzenianiem się wzdłuż kory mózgowej nie może służyć za dowód, umiejscowienia sprawy w samym pasie ruchowym;

4) że ognisko zająć może wielką część zrazu czołowego, nie wywołując żadnych zmian, podawanych jako charakterystyczne dla cierpień tego zrazu.

niewyjaśnione. Być może, że były to przemijające zaburzenia w tym samym ośrodku. Pick (Neurologisches Centralblatt 1901 Nr. 2) w przypadku z objawów zbliżonym do naszego, spostrzegał porażenie nerwu odwodzącego (*n. abducens*), które tłómaczy uciskiem odwrotnym *(Gegendruck)* na podstawie czaszki.

[9]) Porównaj doskonałe opracowanie tej sprawy w artykule kol. A. Wizla i K. Rychlińskiego, p. t. »Przyczynek do nauki o padaczce Jacksona.« (Gazeta lekarska 1894, str. 923, 962, 1019, 1047, 1074).

[10]) Dieulafoy (»Sur un cas d'épilepsie Jacksonienne due à une lésion de la région frontale", odczyt na posiedzeniu »Académie de Médecine« 22 lutego 1901 r. »Semaine médicale« 1901 str. 343) opisuje przypadek następujący: 40-o letni drukarz dostaje nagle, bez żadnych zwiastunów napadu padaczkowego, zaczynającego się od lewej ręki i przechodzącego na lewą nogę i w słabszym stopniu na lewą połowę twarzy. Rozpoznano przymiotniak w pasie ruchowym. Pomimo wstrzykiwań rtęciowych napady stawały się coraz częstsze, chory zmarł po 5-u dniach w śpiączce. Sekcya wykazała przymiotniaka rozmiękczonego w przedniej części prawego zrazu czołowego. Na podstawie tego spostrzeżenia i 5-u podobnych, zebranych w piśmiennictwie, D. rozróżnia 2 odrębne postacie padaczki Jacksona: 1) padaczkę biorącą początek z »zone rolandique« i 2) znacznie rzadszą z okolicy czołowej; podaje wszakże sam, że rozpoznanie różniczkowe między temi dwiema postaciami jest zgoła niemożliwem.

[11]) Raymond ilustruje przewagę pod względem rozpoznawczym porażenia nad padaczką w przypadku następującym: chory miewał napady drgawkowe w jednej połowie ciała, kończyny zaś drugiej połowy były porażone. Trepanacyi dokonano po stronie odpowiadającej porażeniu, a jednoimiennej z drgającą i znaleziono istotnie ognisko w okolicy pasa ruchowego.

Porażenie nie stałe, lecz tylko ponapadowe, nie ma również jak padaczka Jacksona pod względem lokalizacyjnym znaczenia objawu pewnego. W praktyce jednak, jak słusznie zaznacza Luccas-Championnière (w dyskusyi nad odczytem Dieulafoy), chirurg często nie ma prawa czekać, aż porażenie stanie się stałem, i w przypadkach stosownych w obecności innych objawów mózgowych, przedtem już dla ocalenia chorego do trepanacyi przystąpi.

[12]) Przytem porażenie to wyprzedzało znacznie padaczkę Jacksona; oczywiście ognisko nowotworowe — według teoryi Löwenfelda — z samego początku wywierało wpływ tamujący na odnośne ośrodki, później zaś działało jako bodziec drażniący (por. w tej kwestyi pracę kol. Higiera »Kronika lekarska« 1897. Zeszyt 1)

II. Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jag.

Dwa przypadki otrucia arszenikiem, oraz kilka słów o jego działaniu miejscowem.

Podał
Dr. Stefan Horoszkiewicz,
asystent Zakładu.

W ciągu ostatnich kilku miesięcy wykonałem w tutejszym zakładzie sądowo-lekarskim dwie sekcye osób zmarłych w następstwie otrucia arszenikiem. Jedna z nich zmarła skutkiem otrucia arszenikiem białym, druga skutkiem otrucia jego solą miedziową, mianowicie zielenią szwainfurtską. Stwierdzone przy sekcyach zmiany anatomiczne różniły się wybitnie między sobą, każda zaś z osobna różną była od obrazu sekcyjnego, zazwyczaj spotykanego przy otruciu arszenikiem i opisywanego w poczytnych podręcznikach medycyny sądowej, oraz toksykologii. Te szczegóły, które pozwoliły nadto na pewne wnioski co do miejscowego działania arszeniku, skłaniają mnie do ogłoszenia wspomnianych przypadków.

Wynik sekcyi w pierwszym przypadku był następujący:

1) Zwłoki dziecka płci żeńskiej dobrze zbudowanego, dobrze odżywionego, 128 ctm. długie. Plamy pośmiertne wyraźne, dość rozległe. Stężenie utrzymane w kończynach dolnych. Wargi ust sine, powłoki skórne blade bez wybroczyn. Tkanka podskórna niezmieniona. 2) Na ciele nie znachodzi się żadnych śladów obrażenia. Wewnętrznie: 3) Powłoki czaszkowe po stronie wewnętrznej w krew obfite, nigdzie nie uszkodzone. Opona twarda gładka, lśniąca, łatwo od kości się oddziela. Zatoki żylne zawierają krew ciemną, płynną. Opony miękkie, gładkie, cienkie, lśniące; żyły ich znacznie rozszerzone, wypełnione krwią płynną. Mózg i móżdżek prócz wybitnego przekrwienia biernego zmian nie okazują. 4) Krtań i tchawica z przodu rozcięte — próżne; błona śluzowa wybitnie ciemno sina. 5) Oba płuca wolne, opłucne gładkie, lśniące, pod niemi liczne drobne wynaczynionki, a w kilku miejscach większe wybroczyny, dochodzące wielkości korony. W miąższu obu płuc nieregularnie rozrzucone ogniska, dochodzące wielkości orzecha laskowego, rozmaitego kształtu, usadowione głównie wzdłuż naczyń, mniej powietrzne, barwy ciemno-czerwonej, za uciskiem wydzielające czystą krew. Reszta miąższu poza temi ogniskami zabarwiona ciemno-różowo, na przekroju miąższ gładki, jędrny, za uciskiem wydzielający w dolnym płacie prawym obfitą ciecz pienistą, różową; zresztą miąższ dość suchy. Błona śluzowa oskrzeli zarówno grubszych, jak drobniejszych wybitnie ciemno-sina, nieco rozpulchniona. Błona śluzowa krtani i tchawicy z tyłu rozciętych, również rozpulchniona i sina. 6) Worek osierdziowy zawiera kilka kropel cieczy jasnej. Osierdzie gładkie, lśniące, pod niem brak wybroczyn. Serce pośmiertnie stężałe. W komorach i przedsionkach nieznaczna ilość skrzepów pośmiertnych. Grubość ścian serca prawidłowa. Wsierdzie cienkie, gładkie, pod niem tylko w obrębie jednego z mięśni brodawkowych komory lewej kilka punktowatych wybroczyn. Zastawki bez zmian. W wiotkiej tkance wzdłuż tętnicy głównej znajdują się dość liczne spore wybroczyny; naczynia wielkie bez zmian. Mięsień serca ogniskowo żółtawo zabarwiony, zresztą brunatno-czerwony, jędrny. 7) Śledziona prawidłowej wielkości, miąższ jasno-wiśniowy, zupełnie jędrny. 8) Wątroba wielkości kształtu i zbitości prawidłowej, torebka gładka, cienka, o miąższu wybitnie żółtym, podobna do gęsiej; woreczek żółciowy wypełniony żółcią gęstawą, ciemno-brunatną. 9) Obie nerki wielkości, kształtu i zbitości prawidłowej, torebka cienka, łatwo się oddziela; powierzchnia jej gładka, zabarwiona żółtawo; kora prawidłowo szeroka, jednostajnie żółta, o rysunku pasmowym utrzymanym; odgraniczenie kory od istoty rdzennej wyraźne, istota rdzenna barwy wiśniowej. Moczowody drożne, pęcherz moczowy skurczony, próżny; błona śluzowa miedniczek, moczowodów i pęcherza, gładka, blada. Części płciowe zewnętrzne i wewnętrzne bez zmian. 10) Język bez zmian, migdałki powiększone, sino-czerwone, soczyste; błona śluzowa gardła jednostajnie ciemno-sina, gładka. Błona śluzowa przełyku, rozciętego w całej długości, w górnej części bez zmian, w dolnej pośmiertnie rozmiękła. Żołądek po podwiązaniu wydobyty i otwarty zawiera około $^1/_2$ litra treści wodnistej, barwy kawowej, woni owocowej, kwaśnego odczynu; na błonie śluzowej tylnej ściany blizko wpustu widać płaską, nieregularną wyniosłość ciemno-szarą, w środku której znachodzi się ubytek mniej więcej trójkątny, wielkości korony, o dnie i brzegach gładkich, dość bladych. Granice tej wyniosłości szarawej są dość ostre; w dnie żołądka przeświecają rozszerzone żyły, wzdłuż których błona śluzowa pokrytą jest licznemi drobnemi wybroczynkami; zresztą błona śluzowa gładka, blada. W jelitach cienkich i grubych treść o prawidłowem wejrzeniu i woni, w błonie śluzowej powiększone gruczoły odosobnione i kępy Peyera, błona śluzowa blada; gruczoły krezkowe nieco powiększone, blade, dość twarde. Wśród mięśni tułowia i kończyn nie znaleziono nigdzie wybroczyn.

Z wywiadów, udzielonych przez lekarza miejskiego, który zwłoki do sekcyi nadesłał, dowiedziałem się, iż dziecię zmarło bez opieki lekarskiej w 12 godzin po zjedzeniu lodów wśród objawów nasuwających podejrzenie otrucia. Sekcyę tę wykonałem jako sekcyę policyjno-sanitarną; stwierdziwszy jednak zmiany, przemawiające za otruciem, uwiadomiłem o przypadku c. k prokuratoryę państwa, która zarządziła powtórzenie sekcyi, jako sekcyi sądowej. Wydane orzeczenie dla sądu opiewało:

Ogół zmian znalezionych przy sekcyi, a mianowicie rozległe wybroczyny wzdłuż naczyń płucnych i aorty, wynaczynionki podopłucnowe, stłuszczenie narządów wewnętrznych, oraz zmiany w żołądku, opisane *(pod 10)*, przemawiają przy braku obrzęku śledziony za tem, iż śmierć nastąpiła skutkiem otrucia. Na mocy wspomnianego obrazu sekcyjnego nie można jednak stanowczo rozstrzygnąć, czy w przypadku tym zachodzi rzeczywiście otrucie i jaką trucizną; z tego powodu koniecznem było poddanie badaniu chemicznemu treści żołądkowej, oraz przechowanych narządów. Badanie to, wykonane przez profesora Dra Stopczańskiego, oraz docenta Dra Seńkowskiego, wykazało w treści żołądka i przesłanych do badania narządach znaczną ilość arszeniku, (ilość ta odpowiadała 0·013 grm. arsenianu amonowo-magnowego) tak, iż nie mogło ulegać wątpliwości, że przyczyną śmierci i stwierdzonych w danym przypadku zmian anatomicznych stało się otrucie arszenikiem.

Otrucia arszenikiem nie można było rozpoznawać z samych tylko zmian, znalezionych przy sekcyi, gdyż obraz sekcyjny mógł raczej skłaniać do przypuszczenia otrucia fosforem, a to ze względu na liczne wynaczynionki i wybroczyny podopłucnowe, na ogniska wybroczynowe śród miąższu płucnego, w szczególności wzdłuż przebiegu naczyń, uważane przez Klebsa za cechę charakterystyczną dla otrucia fosforem — ze względu na wybroczyny śród tkanki śródpiersia tylnego, oraz na zwyrodnienie tłuszczowe narządów miąższowych, w piewszym rzędzie wątroby. Przeciwko rozpoznaniu otrucia fosforem przemawiał jednak znów cały szereg okoliczności, jak brak wybroczyn śródmięśniowych, brak żółtaczki, wyraźny niestosunek między pojedynczemi sekcyą stwierdzonemi zmianami, a co najważniejsza zmiany, jakie spotkałem w żołądku, oraz stan jelit i zawartej w nich treści. Błona śluzowa żołądka była pokrytą w dnie licznemi drobnemi czerwonemi wybroczynkami w przebiegu rozszerzonych żył; na tylnej zaś ścianie żołądka znachodził się trójkątny ubytek wielkości korony,

leżący w środku płaskiej nieregularnej ciemno-szarej wyniosłości, którą uważać należało za rozległą wybroczynę, względnie podbiegnięcie krwawe w błonie śluzowej, zmienione pod wpływem trawiącego działania soku żołądkowego; poza temi zmianami błona śluzowa żołądka była gładka i blada. Jakkolwiek w przypadkach otrucia fosforem spotyka się nader często wybroczyny i nadżerki w błonie śluzowej żołądka, to jednak przedewszystkiem błona śluzowa okazuje zmianę opisaną przez Virchowa, jako t. zw. *gastritis glandularis hypertrophica v. gastroadenitis phosphorica*, będąca następstwem zwyrodnienia tłuszczowego komórek gruczołowych, a cechująca się obrzękiem błony śluzowej żołądka i blado-żółtem ćmem jej wejrzeniem. Błona śluzowa jelit jest wtedy zazwyczaj blado-żółtą, a jelita zawierają kał papkowaty, gliniasty. Zmian tych w wyżej opisanym przypadku nie stwierdziłem, co obok braku już wymienionych zmian, oraz z uwagi na wywiady pozwalało z wszelkiem prawdopodobieństwem wykluczyć otrucie fosforem.

Nigdzie w piśmiennictwie nie spotkałem opisu podobnego przypadku ostrego otrucia arszenikiem, z wyjątkiem wzmianki u Hofmanna [1]). Wspomina on o sekcyi 12-letniego dziewczęcia, zmarłego skutkiem otrucia arszenikiem, u którego stwierdził lekką żółtaczkę, nieznaczne zwyrodnienie tłuszczowe serca, nieco dalej posunięte zwyrodnienie tłuszczowe wątroby, a najwybitniejsze nerek, obok wynaczynionek pod błoną śluzową przełyku, w podskórnej tkance szyjnej, wybroczyn wielkości bobu pod opłucną i w tkance śródpiersia po obu stronach kręgosłupa i obok rozległych wynaczynionek podwsierdziowych. Obraz ten, jak Hofmann nadmienia, był wielce podobny do obrazu otrucia fosforem, właściwe jednak rozpoznanie oparło się na wybitnych zmianach w przewodzie pokarmowym, zwłaszcza zaś w jelitach charakterystycznych dla otrucia arszenikiem. Nadmienić jeszcze wypada, że śmierć w przypadku Hofmanna nastąpiła w cztery dni od chwili zażycia trucizny, a zatem otrucie było podostrem.

Przejdźmy z kolei do zmian, jakie znalazłem w przewodzie pokarmowym. Ograniczały się one li tylko do żołądka, a przedstawiały się w postaci rozległej wybroczyny z ubytkiem w jej środkowej części, to jest zmiany dość często spotykanej w przypadkach otrucia arszenikiem; w tych jednak przypadkach i reszta błony śluzowej jest wybitnie zmienioną, chociażby tylko ta zmiana ograniczała się do ćmego wejrzenia błony śluzowej, jako wyrazu opisanej przez Virchowa *gastroadenitis parenchymatosa*. Jednak z reguły spotykamy wtedy wybitne zmiany w jelitach, charakterystyczne dla tego otrucia. Natomiast w moim przypadku była reszta błony śluzowej gładką i bladą, zaś błona śluzowa jelit, z wyjątkiem nieznacznego powiększenia gruczołów odosobnionych i kęp Peyera, nie przedstawiała zmian, co musi być tem dziwniejszem, ile że arszenik wywołał tak wybitne i rozległe zmiany w narządach odległych. Tak więc niezwykły obraz sekcyjny nie dozwalał stanowczo rozpoznać otrucia arszenikiem i dopiero badanie chemiczne wykazało istotny stan rzeczy.

Z kolei przystępuję do opisania przypadku otrucia zielenią szwainfurtską, rozpoczynając od protokołu sekcyi.

1) Zwłoki kobiety dobrze zbudowanej i odżywionej, 150 ctm. długie. Plamy pośmiertne rozległe i wyraźne. Stężenie wszędzie utrzymane 2) Na ciele prócz śladów po wkłóciu igły strzykawki, z których po nacięciu wydobywa się zapach kamfory (miejsca te są krwią podbiegnięte), brak innych śladów obrażenia. Wewnętrznie: 3) Powłoki, sklepienie, oraz podstawa czaszki nieuszkodzone. Opony twarde i miękkie miernie w krew zasobne, gładkie, lśniące. Mózg budowy prawidłowej, w krew miernie zasobny, nieco wilgotniejszy, zresztą bez zmian. W zatokach krew płynna. Naczynia podstawy bez zmian. 4) Krtań i tchawica otwarte z przodu, próżne, błona śluzowa blada. 5) Oba płuca złączone rozległymi i silnymi zrostami z opłucną żebrową, opłucne poza zrostami gładkie, bez wynaczynionek. Płuca w całości powietrzne, miąższ na rozkroju różowy, w krew miernie obfity, za uciskiem zalewa się skąpą ilością cieczy pienistej, jasnej. Wśród miąższu rozrzucone tu i owdzie zwapniałe ogniska serowate. Krtań, tchawica i oskrzela rozcięte z tyłu — bez zmian. 6) Osierdzie i przysierdzie bez zmian i wynaczynionek Serce niepowiększone, zawiera w swych komorach krew płynną. Zastawki, wsierdzie, błona wewnętrzna tętnic, oraz same tętnice — bez zmian. Mięsień sercowy jędrny, blady z odcieniem żółtawym. 7) Śledziona mała, blada, jędrna. 8) Wątroba prawidłowo wielka, w krew miernie zasobna, podobnie i obie nerki; moczowody drożne, pęcherz moczowy skurczony, próżny. Macica niepowiększona, bez zmian, podobnie jak i części dodatkowe. Wejście do pochwy okolone strzępami błony dziewiczej. 9) Język, gardło, przełyk bez zmian. Żołądek wypełniony dużą ilością treści zielonawo zabarwionej, płynnej; błona jego śluzowa pokryta większą ilością gęstego, ciągnącego się śluzu, miejscami zaś szarą wypociną włóknikową, dość łatwo dającą się oddzielić, po której zdjęciu błona śluzowa jest ciemnoczerwona, silnie nastrzykana. W dnie i na tylnej ścianie spotyka się liczne gwiazdkowate czerwone wybroczynki i drobne nadżerki. Jelita cienkie i grube wypełnione w całej swej rozciągłości treścią płynną, ryżową, błona śluzowa surowiczo obrzękła, silnie rozpulchniona, pokryta galaretowatym śluzem, na niej w dwunastnicy, górnej części jelita cienkiego, oraz w jelicie ślepem i grubem spostrzega się pokłady łatwo dającej się ściągnąć szarej wypociny włóknikowej; w miejscach tych błona śluzowa jest ciemno-czerwona, nastrzykana. Tak w żołądku, jak i w jelitach spotyka się zbity w grudki zielony proszek.

Rozpoznanie sekcyjne otrucia zielenią szwainfurtską zostało stwierdzone przedsięwziętem w zakładzie badaniem chemicznem.

Z przytoczonych protokołów widnieje wybitna różnica obrazów sekcyjnych w obu spostrzeganych przezemnie przypadkach. I tak gdy w przypadku pierwszym zmiany anatomiczne w przewodzie pokarmowym ograniczały się tylko do żołądka i nie dawały podstawy do rozpoznania otrucia arszenikiem, jako mało charakterystyczne i z uwagi na towarzyszące zmiany w innych narządach, to w przypadku drugim spotkano zmiany jedynie w przewodzie pokarmowym i to jako zapalenie z wypociną włóknikową nietylko w żołądku, lecz nawet w jelitach, a niezwykłość zmian anatomicznych polegała właśnie na obecności wypociny włóknikowej.

Jakkolwiek tego rodzaju zmiany pod wpływem działania arszeniku były opisywane, to jednak nie należą one wcale do częstych. Zapalenie z wypociną włóknikową na błonie śluzowej żołądka widział Strassmann [2]), Lesser [3]) i Schaitter [4]), na błonie śluzowej pochwy Haberda [5]), Ansiaux [6]), Mangor [7]) i Justow [8]). W przypadku Strassmanna stwierdził on u dziewczyny młodej, która otruła się arszenikiem, na błonie śluzowej żołądka wzdłuż krzywizny dużej liczne wybroczyny, z tych zaś niektóre pokryte były łatwo ściągnąć się dającą wypociną włókni-

[1]) Lehrbuch der gerichtlichen Medicin, 1898.

[2]) Lehrbuch der ger. Med., 1895.

[3]) Atlas der ger. Med. Z. 3.

[4]) Przegląd lek. 1883, Nr. 52.

[5]) Wiener klin. Wochenschrift 1897, Nr. 9.

[6]) Henkes Zeitschrift für Staatsarzneikunde, 1821.

[7]) Ibidem.

[8]) Justow (cytowany wedle Haberdy).

kową. Podobną zmianę zauważył trzykrotnie Lesser, dwa razy na błonie śluzowej żołądka w części odźwiernikowej, raz w górnym odcinku jelita cienkiego. Schaitter wykonał sekcyę dziewczyny, która w zamiarze samobójczym zażyła arszenik. Błona śluzowa żołądka była wszędzie rozpulchniona i pokryta licznemi wybroczynami; największe zmiany znachodziły się w odległości 2—3 ctm. od odźwiernika. Błona śluzowa była w tem miejscu na znaczniejszej przestrzeni pokryta złogami wypociny włóknikowej zbitej i dość silnie do niej przylegającej, była nadto znacznie rozpulchniona, jednostajnie krwią podbiegnięta i pokryta drobnemi, wielkości prosa, owrzodzeniami, o brzegach ostrych; owrzodzenia te przenikały całą grubość rozpulchnionej i krwią przesiąkniętej błony śluzowej. Z spostrzeganych czterech przypadków zapalenia włóknikowego pochwy, wywołanego miejscowem działaniem arszeniku, na szczególniejszą uwagę zasługuje przypadek Haberdy. Przypadek ten dotyczył dziewczyny, która również w zamiarze samobójczym wprowadziła do pochwy w papier owinięty sproszkowany arszenik biały. Badanie pochwy wśród sekcyi wykazało zamknięcie jej światła w górnej części przez blado-żółtą wypocinę włóknikową, która wypełniała także sklepienia. Wypocina ta przylegała dość silnie do obrzękłej, pofałdowanej i silnie zaczerwienionej błony śluzowej. Ściany pochwy były bardzo znacznie obrzękłe, przekrwione, pokryte wybroczynami; na przedniej ścianie kiszki stolcowej, na dłoń powyżej otworu stolcowego znachodziło się ognisko 5 ctm. długie, a 2 ctm. szerokie, ciemno-czerwone, w którem to miejscu błona śluzowa była obumarła, szaro-żółta. W przypadkach Ansiaux, Mangora, Justowa stwierdzono obecność podobnych zmian, lecz mniej rozległych.

Ponieważ w obu spostrzeganych przezemnie przypadkach otrucia arszenikiem znachodziły się zmiany, dające się wytłómaczyć w myśl badań, przemawiających przeciw żrącemu działaniu arszeniku, przeto na zakończenie poruszę w kilku słowach tę do dziś jeszcze sporną sprawę, chociaż w ostatnich czasach pojęcia w tym kierunku zaczynają się już ustalać na korzyść tylko silnie drażniącego działania tej trucizny.

Do bezwarunkowych zwolenników zapatrywania co do żrącego działania arszeniku należą między innymi Seidel [9]), który twierdzi, iż zmiany spotykane w żołądku w przypadkach otrucia arszenikiem są tylko następstwem miejscowego żrącego jego działania; tożsamo zapatrywanie podziela Dittrich [10]), który pisze w swym podręczniku: „die arsenige Säure zeigt eine bedeutende Aetzwirkung"; dalej Buchner [11]). Liman [12]), Weissenstein [13]), Kobert [14]), Ziegler [15]), Schmaus [16]), wreszcie Lesser [17]), zaliczający arszenik do trucizn żrących i popierający twierdzenie to rysunkami w swym atlasie. Hofmann [18]), zajmuje stanowisko niezdecydowane, podczas kiedy bowiem przyznaje, iż sam nie spotkał zmian, któreby dowodziły żrącego działania arszeniku, gdy powiada: „förmliche Corrosionen haben wir niemals gefunden", to mówi dalej: „doch befindet sich im hiesigen pathologisch-anatomischen Museum ein so zu deutendes Präparat und von Dr. Feckel wurde uns mitgetheilt, dass er bei einem Weibe, welches zu Fruchtabtreibungszwecken Arsenik genommen hatte ein deutliches Corrosionsgeschwür gefunden habe. Auch andere wollen solche beobachtet haben, wie z. B. Filehne bei Thieren, der jedoch die Destruction als eine peptische erklärt. Ueber die Ursache der giftigen Wirkung des Arseniks ist gegenwärtig nicht viel positives bekannt; bis in die neuere Zeit wurde das Gift als ein in erster Linie lokal irritirendes ja ätzendes angesehen".

Do obozu drugiego, nie przyznającego arszenikowi żrących własności, należą: Taylor [19]) i Tardieu [20]), Van Hasselt [21]) opierający swe twierdzenie na tej okoliczności, iż arszenik nie tworzy połączenia ani z białkiem, ani z innemi ciałami proteinowemi ustroju; dalej Strassmann [22]), Lewin [23]), Falck [24]), Wachholz [25]), Hermann [26]), Mittenzweig [27]), Haberda [28]) i wielu innych.

Z wymienionych przeciwników żrącego działania arszeniku, dwóch poruszyło tę sprawę w ostatnich czasach obszernie, mianowicie Mittenzweig i Haberda. Wywody Mittenzweiga oparte są tak na materyale sekcyjnym, jak i na doświadczeniach ze zwierzętami. Przyznaje on, iż przez długi przeciąg czasu nie mógł wystąpić przeciw zapatrywaniu, iż arszenik działa żrąco, a powodem tego były przypadki opisane przez Lessera, których rysunki Lesser w swym atlasie zamieszcza, oraz przypadek opisany przez Seidla w podręczniku Maschki. W przypadkach tych stwierdzili autorowie typowy obraz powierzchownego nadżarcia błony śluzowej w postaci szaro-białych, względnie białych nalotów. Mittenzweig, który szereg innych zmian, spotykanych w żołądku w przypadkach otrucia arszenikiem, a mających również dowodzić żrącego jego działania, np. owrzodzenia, nadżerki tłómaczy w sposób niżej podany, dla powyżej przytoczonych przypadków Lessera i Seidla nie mógł znaleźć wytłómaczenia i tak chcąc nie chcąc musiał się pogodzić ze zdaniem tych, którzy przypadki te opisali. Dopiero dwie sekcye, przez niego wykonane, osób zmarłych skutkiem otrucia arszenikiem, wytłómaczyły mu powstanie owych powierzchownych nadżarć błony śluzowej. Znalazł on mianowicie w obu przez siebie sekcyonowanych przypadkach taki sam obraz, jaki opisują Seidel i Lesser. Równocześnie stwierdził jednak w żołądku obecność znacznej ilości wodnika żelazowego [$Fe_2(OH)_6$], podanego jako odtrutkę, który zastosowano również w przypadkach Seidla i Lessera. Działaniu też żrącemu wodnika żelazowego przypisuje Mittenzweig obecność owych powierzchownych nadżarć błony śluzowej żołądka. Obecność wybroczyn, owrzodzeń, nadżerek tłómaczy Mittenzweig

[9]) Maschka's Handbuch der ger. Med., 1882.
[10]) Lehrbuch der ger. Med. 1897, str. 143.
[11]) Lehrbuch der ger. Med. 1867.
[12]) Casper-Liman, Handbuch der ger. Med., 7. Aufl., 1889.
[13]) Friedr. Bl. für ger. Med. 1898.
[14]) Lehrbuch der Intox. 1893.
[15]) Lehrbuch der allg. und spec. path. Anat., 1902.
[16]) Lehrbuch der path. Anat. 1897.
[17]) l. c.
[18]) l. c.
[19]) Die Gifte. Deutsch von Seydeler, 1863.
[20]) Die Vergiftungen, 1868.
[21]) (Cytowany wedle Mittenzweiga).
[22]) l. c.
[23]) Lehrbuch der Toxikologie, 1885.
[24]) Lehrbuch der praktischen Toxikologie, 1880.
[25]) Podr. med sąd. 1898.
[26]) Lehrbuch der experim. Toxikologie, 1874.
[27]) Zeitschrift für med. Beam. 1890, str. 175 i 460.
[28]) l. c.

na podstawie teoryi Silbermanna. Badacz ten wykazał mianowicie, że arszenik obok rozpadu ciałek czerwonych, których szkielety zaczopowują naczynia włosowate, wytwarza w naczyniach włosowatych zakrzepy. Następstwem takiego zakrzepu w naczyniach włosowatych jest wybroczyna w błonie śluzowej żołądka, która prowadzi skutkiem upośledzonego odżywienia do obumarcia odpowiedniej partyi błony śluzowej i do tworzenia się większych lub mniejszych ubytków pod wpływem trawiącego działania soku żołądkowego, w jelitach zaś do owrzodzeń z powodu obecności różnych drobnoustrojów.

Liczne doświadczenia, jakie wykonał Haberda, wprowadzając arszenik *in substantia* oraz w rozczynach, do pochwy, żołądka, wykluczonych pętli jelit i jamy otrzewnowej, któreto doświadczenia połączone były z każdorazowem badaniem drobnowidowem, pozwalają mu wykluczyć z całą stanowczością żrące działanie arszeniku. Działanie zaś jego tłómaczy, opierając się na badaniach Unterbergera, który wykazał, iż arszenik wywołuje porażenie naczyń z następowem przekrwieniem, wybroczynami i zapalną wypociną w tkance. Zmiany te prowadzą zdaniem Haberdy do obumarcia powierzchownych warstw błony śluzowej w następstwie upośledzonego jej odżywienia. Powstanie owrzodzeń tłómaczy w sposób, w jaki przychodzą one do skutku w przypadkach duru, mianowicie przez oddzielenie obumarłych partyj błony śluzowej, do czego dopomaga także i obecność soku żołądkowego.

Do jakich wniosków uprawniają sekcyonowane przezemnie dwa przypadki?

Oto przedewszystkiem do tego, iż arszenik działać może albo wybitnie miejscowo, lub też ogólnie, a to zależnie od przetworu, który otrucie wywołał, względnie od stosunków dozwalających lub przeszkadzających szybszemu jego wchłonienie.

Dowodem takiego ogólnego działania jest przypadek pierwszy, w którym stwierdziłem zmiany rozległe w odległych narządach, a w którym otrucie nastąpiło przetworem stosunkowo łatwiej rozpuszczalnym, aniżeli np. zieleń szwainfurtska, w którym wreszcie sekcyą stwierdzony stan żołądka dozwalał przypuszczać, iż wchłonienie szybsze nie natrafiało na przeszkody, np. z powodu znacznej ilości treści pokarmowej. Przypuszczać należy dalej, iż w tym przypadku, jak i w podobnych, przyczyną zejścia śmiertelnego stały się zmiany ogólne i że przypadek ten klinicznie przedstawiał się pod postacią mózgowoj-rdzeniową, za czem jeszcze przemawiałoby szybkie zejście śmiertelne, duża ilość arszeniku, stwierdzona badaniem chemicznem, oraz brak wszelkich zmian w jelitach, które w razie dłuższego trwania zatrucia musiałyby się były wytworzyć, cała bowiem ilość arszeniku, jak to z badania chemicznego wynika, przez błonę śluzową żołądka wessaną nie została. W przypadku tym przebija się dalej wyraźne działanie arszeniku na twory komórkowe, które pod jego wpływem ulegają zwyrodnieniu tłuszczowemu; przebija się wreszcie działanie jego na krew, względnie na naczynia krwionośne, czego niewątpliwym dowodem byłyby stwierdzone sekcyą rozległe wybroczyny śród rozmaitych narządów. Temu też działaniu przypisać należy i zmianę w żołądku, którą protokół sekcyjny dokładnie podaje. Zmiana ta była początkowo rozległą wybroczyną i stała się powodem obumarcia pewnej części błony śluzowej, ta zaś część uległa następnie zniszczeniu pod wpływem trawiącego działania soku żołądkowego. Za słusznością tego tłómaczenia przemawiają przedewszystkiem obecność licznych wybroczyn w innych miejscach ustroju, a chyba — co najważniejsze — wejrzenie samej zmiany. Że nie była ona następstwem sprawy zapalnej, połączonej z wybroczynami i złożeniem wypociny w tkankę z następowem obumarciem i oddzieleniem się obumarłej części błony śluzowej, jak tłómaczy Haberda, wynikać się zdaje z braku zmian zapalnych w najbliższem otoczeniu opisanej zmiany, oraz w innych częściach błony śluzowej żołądka, jak również z krótkiego stosunkowo okresu czasu, jaki upłynął od chwili zażycia trucizny do chwili śmierci.

Przypadek drugi naodwrót jest typowym przykładem miejscowego działania arszeniku. Arszenik wywołał tu zmianę zapalną, obejmującą cały przewód pokarmowy. Tu przyjąć można wywody Unterbergera i wykazane przezeń porażenie naczyń, jakie trucizna ta wywołuje wraz z wszystkiemi jego następstwami. Niewytłómaczoną pozostałaby jeszcze sprawa powstawania tutaj zapalenia z wypociną włóknikową. Najracyonalniejszem tłómaczeniem tej sprawy w danym razie wydaje mi się być tłómaczenie Strassmanna[29]). Przypuszcza on mianowicie, iż z chwilą obumarcia nabłonka w następstwie upośledzonego odżywienia odpada czynnik przeszkadzający krzepnięciu wypociny. Tłómaczenie to jest zupełnie trafne, choć zdaniem mojem nie da się także wykluczyć działanie drobnoustrojów.

W każdym razie tak w jednym, jak i w drugim przypadku nie stwierdziłem żadnych takich zmian, któreby dowodziły żrącego działania arszeniku, co zgadza się tak z chemicznemi jego własnościami nie tworzenia połączeń z białkiem, jak i z całym szeregiem badań doświadczalnych.

III. Oko a ucho, wzajemny ich stosunek i zależność pod względem anatomicznym i klinicznym.

Podał

Dr. R. Spira.

(Ciąg dalszy).

Liczne doświadczenia wykazały, że przy sztucznie wywołanym zawrocie błędnikowym, n. p. przez obracanie się wkoło, występują drgawkowe ruchy ócz; odwrotnie, ruchy te nie pojawiają się w tych samych warunkach u głuchoniemych, z czego Kreidl[56]) wnosi o niesprawności przewodów półkolistych u głuchoniemych. Przy jeździe po linii krzywej przedmioty pionowe wydają nam się skośnymi. Również Denke[57]) znalazł, że u zupełnie głuchych ruchy wahadłowe oczu nie występują w warunkach, w których powstają u zdrowych. Poszukiwania Kreidla wykazały, że w chwili zniszczenia n. słuchowego i ślimaka u kotów występuje drżenie poziome, trwające 24—48 godzin. Adler[58]) podaje ciekawe spostrzeżenie, tyczące się drżenie gałek ocznych *(nystagmus)* przy zawrocie błędnikowym. Högyes[59]) uważał po wessaniu płynu okołolimfatycznego i wdmuchiwaniu powietrza w przestwór okołolimfatyczny z początku obustronne ruchy oczne, a przy silniejszem dmuchnięciu wyraźne drżenie gałek ocznych. Baginsky[60]) spostrzegał

[29]) l. c.

ruchy te obok zawrotu głowy przy przestrzykiwaniu ucha z otwartem okienkiem ślimakowem. Wdmuchując powietrze do przewodu ucha zewn. przy przedziurawionej błonie bęb., wywołał Lucae[61]) zawrót optyczny, przyczem przedmioty zdawały się poruszać w stronę przeciwną, a gałka oczna poruszała się ku stronie podrażnionej, co się tłómaczy współruchem oka ku stronie podrażnionej, przez co przedmioty pozornie poruszają się w stronę przeciwną. Współruchy te tłómaczą się tem, że wahania parcia w płynie błędnikowym pobudziły gałązki n słuchowego, które szlakami wyżej wymienionymi przeniosły podniétę drogą odruchową na m.m. oczne.

Objaw wzmagania się zaburzeń równowagi w ciemności, oraz przy chodzeniu z zamkniętemi oczami w zawrocie błędnikowym wyjaśnia się tem, że narząd wzrokowy stanowi przyrząd uzupełniający i zastępczy zmysłu statycznego, który jest w stanie zaburzenia tego zmysłu w uchu po części wyrównać. W tym stosunku zawrotu usznego do narządu wzrokowego leży także tłómaczenie faktu, spostrzeganego przez Guyego i stwierdzonego przez Politzera, że w zawrocie Menierea charakter pisma chorego w początku się zmienia, przyjmując cechy pisma drżącego starca, a z ustąpieniem zawrotu i niepewnego chodu znowu powraca powoli do pierwotnego swego stanu.

Jakobsohn[62]), Politzer, Frankl-Hochwart i inni zwracali na to uwagę, że chorobie Ménièrea towarzyszy drżenie gałki ocznej.

Wpływ odruchowy na przyrząd ruchowy oka, oprócz drżenia gałki ocznej, uwydatnia się jeszcze w zaciskaniu powiek, zaburzeniach ruchowych m.m. gałki ocznej, m.m. śródocznych i źrenicznych i może być wywołany różnemi chorobami ucha zewnętrznego, środkowego i wewnętrznego. Zaciskanie powiek uważał Rampoldi przy obecności ciała obcego w przewodzie usznym zewnętrznym; Zinn po przestrzykiwaniu ucha; Gottstein[63]) mówi o przypadku zaciskania powiek, poprzedzanego szmerem w uchu, który mu towarzyszył. Buzzard[64]) opisuje przypadek zaciskania powiek wskutek nagromadzenia się woskowiny w usznym przewodzie zewnętrznym. Bürkner[46]) zaś wskutek wprowadzenia lejka usznego. — Opadnięcie powieki górnej obok braku czucia i niedowładu połowiczego głowy skutkiem ukleju w uchu spostrzegał Schwartze[65]).

Moss[66]) opisałpr zypadek porażenia m. bloczkowego, powstałego wskutek ropnego zapalenia ucha środk , które ustąpiło po wyleczeniu choroby usznej. Spira[67]) ogłosił opis przypadku porażenia m. prostego zewn. (n. odwodzącego), spowodowanego zapaleniem wyrostka sutkowego. Bürkner[68]) spostrzegał przypadek porażenia m.m. ocznych, jako powikłanie ropnego zapalenia ucha środkowego. U chorej Desternego[68]), cierpiącej od $1\frac{1}{2}$ roku po przebytej róży na drgania w prawej powiece i na połowiczy ból głowy nastąpiło wyleczenie po jednorazowym tuszu powietrznym.

Widzenie podwójne, zez, rozszerzenie (względnie zwężenie) źrenicy, wywołane w drodze odruchowej z ucha, przytaczają: Geronzi[51]) spostrzegł widzenie podwójne, wywołane odruchowo przez podrażnienie przedsionka u osoby cierpiącej na zapalenie ucha środkowego. U chorej z przedziurawieniem błony bęb. Lucae[61]) widział odwodzenie gałki tej samej strony i widzenie podwójne po każdem zagęszczaniu powietrza w przewodzie usznym. Urbantschitsch opisał jeden przypadek zezu zbieżnego i jeden rozbieżnego w zależności od choroby usznej. W jednym przypadku, tyczącym się 6-letniego chłopca z ropieniem ucha środkowego, zależność ta objawiała się w ten sposób, że z pogorszeniem się choroby usznej zez także się pogarszał i odwrotnie; z wyleczeniem zaś choroby tej i zez ustąpił. W drugim przypadku w chwili wyjęcia ukleju usznego wystąpiło odchylenie gałki na zewnątrz; zez w tym przypadku został trwałym. Thomas[68]) opisuje przypadek ustąpienia zeza po wyskrobaniu jamy bębenkowej i jamy nosowo-przełykowej. Podobne przypadki podają Gervais, Tillaux i inni.

O zaburzeniach odruchowych źrenicy, pochodzących z ucha, wspominają: Moos[69]), Schwartze[70]), Gelle[71]), Gervais[72]), Urbantschitsch i inni. W przebiegu ropnego zapalenia ucha środkowego Moos widział zwężenie, Schwartze — rozszerzenie źrenicy. Gellé spostrzegał rozszerzenie źrenicy podczas wyjęcia ukleju z jamy bęb.; Gervais — zez zewnętrzny i zwężenie źrenicy skutkiem ropnia na stropie wyrostka sutkowego. Odruchowe te objawy ustąpiły po nacięciu ropnia. Według spostrzeżeń Urbantschitscha zmiany w parciu powietrza w jamie bęb. mogą wywołać, szczególnie u osób młodych i wrażliwych, krótko trwające rozszerzenie źrenicy, szczególnie wyraźne przy przedziurawionej błonie bębenkowej.[2]) Holt[73]) widział często w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego porażenie akomodacyi z porażeniem n. twarzowego. Tu może wypada wspomnieć także doświadczenie Ferriera, który drażniąc górny zakręt skroniowy, jako czuciowy ośrodek słuchowy, otrzymywał u rozmaitych zwierząt kurczenie i szybkie podniesienie się muszli usznej, utratę słuchu po stronie przeciwnej, rozszerzenie źrenic, szerokie otwarcie oczu i skręcenie głowy i oczów w stronę przeciwną.

Habermann[74]) odwrotnie spostrzegał przypadek porażenia n. twarzowego, w którym przy każdym nacisku powieki (miganiu oczami) występował stłumiony szmer w odpowiedniem uchu; szmer ten ustał po przecięciu ścięgna m. strzemiączkowego. Unerwienie tego mięśnia i m. okrężnego powieki przez ten sam n. twarzowy tłómaczy synergią wzajemne działanie odruchowe tych mięśni. Silne zamknięcie powiek wywołuje nizkie mruczenie w uchu, jako szmer mięśniowy m. strzemiączkowego, a skurcz tego mięśnia może znów pociągać za sobą skurcz powiek. (Dok. nast.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Henryk Kowalski (Tarnów). **O budowie i pielęgnowaniu ciała ludzkiego podczas zdrowia i choroby.**

Pod powyższym tytułem wyszła nakładem „Macierzy Polskiej“ we Lwowie książka, która zasługuje na baczniejszą uwagę ze strony lekarzy, oraz zalecenie jej ze stanowiska lekarsko-higienicznego do użytku szerszej publiczności. Pracę swą podzielił autor na trzy części: w pierwszej omawia budowę ciała ludzkiego i czynności narządów; drugą poświęca pielęgnowaniu ciała podczas zdrowia i wpływowi najważniejszych czynników i warunków zewnętrznych na zdrowie; w trzeciej najobszerniejszej poucza o pielęgnowaniu ciała podczas choroby; — w oddzielnym zaś końcowym ustępie obejmuje wskazówki dla opiekujących się chorymi i zakończa uwagami o apteczkach domowych. Książka ta pisana jest w całości jasno z uwzględnieniem najnowszych zdobyczy wiedzy; liczne ryciny objaśniają wyśmienicie jej

treść; część trzecia, w której autor ugrupował przedmiot około najważniejszych objawów chorobowych, zestawionych w porządku alfabetycznym, ułatwiającym oryentowanie się w książce, zawiera wielki zasób doświadczenia lekarskiego i znakomitych rad praktycznych, przyczem autor na każdym kroku bardzo dosadnie poucza, do jakiego stopnia przy poszczególnych objawach chorobowych stosować można lecznictwo domowe, a kiedy obecność lekarza staje się konieczną. Książka Dra Kowalskiego jest napisana z wielkiem zamiłowaniem dla sprawy zdrowia społecznego, przedewszystkiem zaś zdrowia ludu wiejskiego, uzupełnia ona prawie dotkliwy brak tego rodzaju piśmiennictwa u nas i zasługuje bardzo na rozpowszechnienie w bibliotekach szkolnych, oraz czytelniach towarzystw „Oświaty“ i „Szkoły ludowej“, wreszcie niemałą usługę odda w rodzinie i wszystkim osobom o wyższem wykształceniu, zajmującym się sprawami zdrowia publicznego Niezbyt liczne i drobne usterki rzeczowe, nie zmniejszające jednak wartości tego dziełka, zapewne usunie autor w najbliższem wydaniu, w którem nie pominie również działu z „higieny pozytywnej“, traktującego o możliwości i sposobach fizycznego wyrobienia osobników z natury wątłych i chorowitych; — dział bowiem drugi zajmuje się wyłącznie higieną zapobiegawczą, a jednak ta do rozwoju zdrowia nie wystarcza i jednostronnie uprawiana, nie wyrobi ludzi dzielnych i opornych na szkodliwe wpływy zewnętrzne.

Dr. Leonard Bier.

V. Wyciągi.

Leczenie raka kankroiną „Adamkiewicza“. Pod tytułem „Nowe wyniki po kankroinie w raku języka, krtani, przełyku żołądka i sutków“ ogłosił prof. Adamkiewicz pięć przypadków raka, podobno makro- i mikroskopowo stwierdzonego przez zawodowców, których zdanie nie powinno ulegać najmniejszej wątpliwości. Przypadki te były poprzednio leczone przez dłuższy czas środkami wewnętrznymi ze skutkiem jednak wcale ujemnym; — dopiero po zgłoszeniu się do prof. Adamkiewicza, gdy ten zaczął stosować wstrzykiwania kankroiny, nastąpiło bądź zupełne wyleczenie, bądź częściowa, lecz znaczna poprawa.

Równocześnie z tą publikacyą pojawiło się także w tem samem czasopiśmie lekarskiem (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 24, 1902) ogłoszenie Kugela z Bukaresztu, donoszące o zupełnem wyleczeniu raka sutka po zastosowaniu surowicy Adamkiewicza. Zaznaczyć należy, że ten ostatni przypadek, trwający przeszło 8 lat i kilkakrotnie bezskutecznie operowany, miał zostać zupełnie wyleczony po 20-tu wstrzyknięciach kankroiny. Zdawałoby się więc, że z utęsknieniem oczekiwany środek do uleczenia raka został nareszcie wynaleziony: — tymczasem w Nrze 28 tego samego czasopisma (*Berliner klin. Wochenschrift*) pojawiło się sprostowanie, rzucające zupełnie inne światło na całe to postępowanie lecznicze.

I tak Nothnagel (Wiedeń), wprost oświadcza, że przypadek przytoczony przez Adamkiewicza, rozpoznany poprzednio na oddziele Nothnagla jako niewątpliwy rak żołądka, leczony był w klinice wiedeńskiej jedynie jako *cystopyelitis*, *anaciditas* i wreszcie jako *carcinoma*, — ale ze znakiem zapytania. Z tego wynika, że rozpoznanie co do raka nie było ustalone, że więc wywody Adamkiewicza co do zupełnego wyleczenia — w tym przypadku przynajmniej — spoczywają na nader chwiejnych i wątłych podstawach i żadnych z tego konkretnych wniosków wysnuć nie można.

Drugim jest prof. Eiselsberg (Wiedeń), który wprawdzie przyznaje, że w jednym z przypadków przytoczonych przez Adamkiewicza, rozpoznał zapomocą ezofagoskopu raka przełyku, że jednak po wstrzykiwaniach kankroiny nie widział więcej tego chorego, wobec czego nie może wydać sądu co do wyniku tego swoistego leczenia: — nie jest bowiem wykluczonem, że w tym przypadku zachodzić może czasowa poprawa skutkiem złuszczenia się nowotworu, objaw, który szczególnie w rakach przełyku nie rzadko się pojawia. W końcu zaznacza, że z wyjątkiem jednego jedynego przypadku (Kugel), w żadnym z ogłoszonych przez Adamkiewicza nie można dotychczas stwierdzić trwałego wyleczenia; poprawę lub wyleczenie stwierdził jedynie sam prof. Adamkiewicz.

Dyrektor szpitala Poten w Hannowerze zachęcony ogłoszeniem prof. Kugela postanowił sprawdzić działanie kankroiny. Pierwszy przypadek, który mu się nawinął, dotyczył kobiety 48-letniej, obarczonej rakiem macicy, stwierdzonym makro- i mikroskopowo, jako typowe *carcinoma uteri alveolare*. Ze względu, że przypadek sam przez się wcale się nie nadawał do zabiegu operacyjnego, sprowadził sobie autor — za poradą Adamkiewicza — czystą kankroinę i wstrzyknął chorej w całości 13·50 ctm.³ (16 wstrzyknięć) w ciągu niespełna trzech tygodni. Skutku bodaj najmniejszego zaznaczyć nie było można, — chora zmarła wśród objawów ogólnego charłactwa. Badanie pośmiertne sprawdziło rozpoznanie, uczynione za życia, stwierdzając nadto przerzuty w gruczołach brzusznych i sieci. Wycięte kawałki nowotworu z miejsca wstrzyknięć i badane drobnowidowo nie okazywały zgoła żadnych śladów (n. p. zmiany w budowie, zmniejszanie się ognisk, obumarcie komórek rakowych itp.), któreby wskazywały na jakąś bodaj rozpoczynającą się przemianę wsteczną.

W drugim przypadku stosował autor kankroinę w raku sutka: skoro bowiem po zabiegu operacyjnym i doszczętnem wyprzątnięciu całej pachy wystąpił nawrót nowotworu (drobnowidowo stwierdzony), zgodziła się chora na wstrzykiwania kankroiny Adamkiewicza. W ciągu 47 dni otrzymała 20 grm. kankroiny w 18 wstrzyknięciach i to zawsze w bliskości dawnej blizny operacyjnej; — w następnych 20-tu dniach wstrzyknięto 10 grm, a po przerwie półtoramiesięcznej znów 10 grm. w ciągu dwóch miesięcy. W 13 dni po ostatniem wstrzyknięciu zmarła chora skutkiem choroby płucnej. Sekcya wykazała obok typowego raka skóry przerzuty w płucach, opłucnej, na przeponie i w wątrobie — wszędzie stwierdzone drobnowidowo. Ani kształt komórek rakowych, ani sposób ich ułożenia, ani nawet ich oddziaływanie na barwiki nie odstępowały od normy, skutek więc po kankroinie równa się zeru.

Schultz-Schultzenstein (Steglitz-Berlin), dowiedziawszy się o zachwalanych przez Adamkiewicza wynikach po kankroinie, a mając do dyspozycyi przypadek, w którym na zasadzie cięcia brzusznego stwierdzono mięśniaka macicy, zwyrodniałego rakowato i nie nadającego się do doszczętnej operacyi, zastosował kankroinę po poprzedniem listownem porozumieniu się z Adamkiewiczem. Przez trzy miesiące użyto 7 flaszeczek, zawierających po 10 ctm.³ kankroiny. Skutku pomyślnego — choćby najmniejszego, nie było. W dodatku podaje autor, że Dr. Orb w Charlottenburgu stosował kankroinę w dwóch przypadkach raka, z wynikiem zupełnie ujemnym. *Dr. Pisek* (Podgórze).

Theilhaber. **Przyczynek do nauki o klinicznem znaczeniu tyłozgięcia ruchomego macicy.** (*Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 30. 1902). Autor, który siebie uważa za ojca nowej nauki o powstaniu, klinicznem znaczeniu i leczeniu ruchomego tyłozgięcia macicy, występuje przeciw tym wszystkim lekarzom, którzy nauki tej nie znają, czy też znać nie chcą i w każdym przypadku tyłozgięcia macicy, ruchomej czy ustalonej, ciężarnej czy nieciężarnej, natychmiast zakładają krążek. Zdaniem autora tyłozgięcie macicy jako takie prawie nigdy żadnych przypadów nie wywołuje, a jeżeli one istnieją, to są następstwem przypadkowych powikłań, jak: histerya, nawykowe zaparcie stolca, zapalenie błony śluzowej macicy, choroby przydatków macicy i t. p.; na to zgadza się zresztą już teraz cały szereg bardzo wybitnych ginekologów. Szczególnie zwraca się T. przeciw tym, którzy w każdym przypadku tyłozgięcia macicy ciężarnej, — z obawy przed jej uwięźnięciem, — z reguły w drugim lub trzecim miesiącu ciąży zakładają krążek. Jest to leczenie zupełnie zbyteczne, bo prawie zawsze w tym czasie macica, rosnąc i wydostając się z miednicy małej do dużej sama przechodzi w przodozgięcie, — nawet macica z tyłozgięciem ustalonem. Uwięźnięcie macicy ciężarnej tyłozgiętej jest zresztą zjawiskiem bardzo rzadkiem: w ciągu ostatnich 9 lat na 1000 przypadków tyłozgięcia macicy nieciężarnej widział autor tylko dwa razy uwięźnięcie macicy ciężarnej tyłozgiętej, — a jeżeli nawet występuje, to objawy są tak wybitne (szczególnie objawy ze strony pęcherza moczowego), że kobiety takie same się zgłaszają jeszcze przed uwięźnięciem do lekarza, a ten zawsze ma czas macicę odprowadzić i na krótki czas założyć krążek.

Dr. E. Ehrenpreis.

Prof. Busse. **O tworzeniu się krwisteków** (*haematocele*). (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* Tom XVI, Zeszyt I, 1902). W przeważającej liczbie przypadków krwisteki powstają w przebiegu ciąży zamacicznej — trąbkowej. B. zastanawia się nad pytaniem dotychczas nierozstrzygniętem, dlaczego krew wylana do jamy brzusznej w tych przypadkach nie ulega wessaniu, lecz krzepnie i tworzy guzy krwawe (*haematocele*)? Schröder tłómaczył to tem, że się tworzy błona łącznotkankowa, oddzielająca krew wylaną do jamy Douglasa od reszty jamy brzusznej, wskutek czego przychodzi do skrzepnięcia. Dzisiaj wiemy, że błona ta nie jest przy-

czyną, ale następstwem skrzepniętej już krwi. Veit upatruje przyczynę skrzepnięcia krwi w postronkach parametrytycznych, na których osadza się włóknik krwi, podobnie jak na nitce rozpiętej we krwi płynnej. Doświadczenia na zwierzętach obaliły jednak to tłómaczenie. Winternitz wreszcie zauważył, że część krwi wydostaje się z trąbki już skrzepnięta i jako taka z jednej strony nie może uledz wessaniu, z drugiej strony przyczynia się do skrzepnięcia krwi płynnej później wylanej. Jednak i ta teorya nie jest jasną, albowiem trudno pojąć, dlaczegoby skrzep stary miał powodować skrzepnięcie świeżej krwi płynnej. Autor wychodzi z założenia, że tylko zdrowa otrzewna odznacza się ową nadzwyczajną zdolnością chłonienia, — zmieniona zaś traci ją w znacznym stopniu, lub nawet zupełnie. Liczne sekcye i badania mikroskopowe wykazały istotnie, że w przypadkach ciąży zamacicznej, trąbkowej, otrzewna jamy Douglasa znajduje się w stanie zapalenia przewlekłego. Krew wylana do takiego przestworu nie może uledz wessaniu i krzepnąc tworzy guzy krwawe. Że zapalenie takie nie wywołuje żadnych objawów, tłómaczy B. tem, że ono się wytwarza bardzo pomału, z powodu czynników drażniących otrzewnę tygodniami. Jakiego rodzaju są te czynniki drażniące w każdym przypadku, czy bardzo różnorodna wydzielina trąbki, czy małe krwotoki, czy wreszcie inne przyczyny, pozostające w związku z samą ciążą, tego autor nie rozstrzyga.

Dr. E. Ehrenpreis.

Müller. **O powstaniu drgawek porodowych.** (*Archiv für Gynäc.*, Tom 66, Zeszyt II. 1902). Przeszedłszy krytycznie dotychczasowe teorye o powstawaniu drgawek porodowych, dochodzi autor do wniosku, że stanowią one chorobę *sui generis*, polegającą na zatruciu ustroju, chorobę jednostajną anatomicznie i klinicznie. Koniecznym warunkiem do wywołania drgawek porodowych jest *mater generativa*, — niekoniecznym jednak płód ani łożysko, — jak to wykazują przypadki tej choroby w późnym nawet okresie połogu. Zdaje się więc nie ulegać wątpliwości, że punktem wyjścia tego zatrucia jest ustrój matki, w szczególności jama macicy. Zatory komórek łożyskowych i błon doczesnych w narządach odległych, oraz bakterye, znajdowane we krwi kobiet, cierpiących na drgawki, przemawiają za zdolnością chłonienia macicy; zdaje się więc, że i jad wywołujący drgawki tą drogą dostaje się do krwi obiegu. Jad sam jest pochodzenia bakteryjnego. Za tem przemawia gorączka, jako objaw samoistny, będący następstwem tejsamej przyczyny, która wywołuje i drgawki; za pochodzeniem bakteryjnem przemawiają również owe zwyrodnienia narządów wewnętrznych, przedewszystkiem nerek i wątroby, — a więc tych, które w pierwszej linii powołane są do zobojętniania, względnie niszczenia wszelkich jadów, zalewających ustrój. M. identyfikuje więc drgawki porodowe z t. zw. gorączką z wchłonienia (resorpcyjną). Aby drgawki powstać mogły, konieczną jest obecność materyału, zdolnego do rozkładu i bakteryj, któreby nań zadziałały i jad wytworzyły; następnie potrzebne są korzystne warunki chłonienia. W ciąży spotykamy się z martwicą (fizyologiczną) błon doczesnych, do czego nieraz dołącza się zapalenie błony śluzowej macicy, istniejące może już przed ciążą. Sprawy te wytwarzają masy komórek obumarłych i wydzielinę czasem bardzo obfitą (*hydrorrhoea*). Bakterye w zapaleniu błony śluzowej macicy są zwykle w niej obecne; zresztą mogą się tam dostać w pewnych warunkach i z szyjki macicznej. Jad więc wytworzyć się może. W drugiej połowie ciąży ma on jednak utrudniony odpływ wskutek zlepienia się błony doczesnej prawdziwej z doczesną zagiętą. Nagromadza się więc w jamie macicy i tylko drogą chłonienia, przez dostanie się do obiegu krwi, zostaje z ustroju wydalony. Już tu mamy wyjaśnienie, dlaczego gorączka i drgawki tak rzadko występują w pierwszej połowie ciąży. Przy ciśnieniu śródmacicznem, co stanowi korzystny warunek chłonienia, może przyjść nagle do wessania wielkiej ilości jadu. Tylko takie nagłe dostanie się do ustroju wielkiej ilości jadu powoduje drgawki, — stopniowe zaś i powolne wywołać może gorączkę i lekkie objawy nerwowe, jak ból głowy, zawroty i wymioty. Z cięższych zaś — psychozy i śpiączkę, nigdy jednak drgawek. Należy to tłómaczyć tem, że przy powolnem wessaniu ustrój potrafi się niejako dostosować do zmienionego składu krwi, — przy nagłem zaś ustrój jest nieprzygotowany i oddziaływa drgawkami. Sprawy te wyjaśniają nam powstawanie drgawek z szczególnem upodobaniem u pierwiastek, przy nadmiarze potoku (*hydramnion*), przy bliźniętach, bo tu ciśnienie śródmaciczne jest istotnie wzmożone. Tesame warunki mogą zachodzić przy porodzie. W przypadkach niestosunku porodowego, przeciągającego się porodu, wogóle gdzie przychodzi do długotrwającego ucisku na części miękkie tam wskutek następowej martwicy powierzchownej czy głębokiej — znajdzie się i materyał nadający się do rozkładu; o bakterye zaś nietrudno wobec badań wewnętrznych, w tych przypadkach może zbyt częstych, — przedwczesnych pęknięć pęcherza płodowego itp. Jad więc wytworzyć się może. Ważny czynnik, korzystny dla sprawy chłonienia, stanowią bóle porodowe, wzmagające znacznie ciśnienie śródmaciczne, prócz innych, o których wyżej była mowa. To nam tłómaczy najczęstsze występowanie drgawek przy porodzie. W połogu wreszcie materyał rozkładowy stanowią resztki błon, masy komórek i możliwy zastój odchodów; jeżeli na nie zadziałają bakterye, czy to z pochwy, czy znajdujące się w jamie macicy, jad jest przygotowany. Warunki chłonienia są również korzystne wobec tak wielkiej powierzchni rozranionej, jaką przedstawia ściana macicy po odejściu łożyska, szczególnie jeżeli macica źle się kurczy (po bliźniętach, przy nadmiarze potoku). To znowu tłómaczy nam dlaczego w połogu stosunkowo rzadko występują drgawki (wolny odpływ), — dlaczego we wczesnym okresie połogu częściej, aniżeli w późniejszym (przeobrażenie wsteczne, zmniejszenie powierzchni chłonienia). Obniżenie ciśnienia śródmacicznego pogarsza warunki chłonienia, np. wskutek zmniejszenia lub całkowitego odpływu wód płodowych. To tłómaczy nam, dlaczego tak rzadko występują drgawki przy płodzie nieżywym, dlaczego nie rzadko drgawki ustają po przedarciu pęcherza płodowego i po urodzeniu się płodu.

Leczenie powinno być przyczynowe, następnie skierowane przeciw samej chorobie, wreszcie objawowe. W ciąży powinno leczenie przyczynowe polegać na szybkiem rozszerzeniu szyjki macicy, przedarciu pęcherza płodowego i rozwiązaniu kobiety. Jako ostatnia ucieczka — cięcie cesarskie, przyczem trzeba również przedtem rozszerzyć szyjkę, aby nie powstał zastój odchodów. Te same uwagi dotyczą leczenia drgawek powstałych w porodzie. Przy drgawkach w połogu trzeba się starać zmniejszyć powierzchnię chłonącą, a więc utrzymać macicę w skurczu: ergotyna, lód na brzuch; wreszcie należy zwrócić uwagę na możliwy zastój odchodów. Leczenie samej choroby powinno polegać na wydaleniu jadu z ustroju: celowi temu odpowiadają najskuteczniej środki potne, kąpiele gorące z następowemi zawijaniami, upust krwi, hipodermokliza. Wreszcie leczenie objawowe; tu należy: morfina, chloroform, chloral. Autor radzi ograniczyć ich użycie do *minimum*, bo niewiele pomagają, — a osłabiają ustrój. Raczej należy podawać środki podniecające. W tym samym zeszycie „Archiwu“ ogłoszoną jest praca Dra Alberta „O przyczynach drgawek porodowych“, w której autor stara się również wytłómaczyć pochodzenie bakteryjne tej choroby. Na dowód tego prócz wywodów teoretycznych, które równają się mniejwięcej wywodom wyłuszczonym wyżej w pracy Dra Müllera, podaje autor wyniki drobnowidowych badań błon doczesnych u kobiet, które nierozwiązane uległy drgawkom w ciąży. We wszystkich przypadkach znalazł ciężkie zmiany chorobowe na błonie doczesnej prawdziwej i zagiętej, gdzie też znajdowały się główne ogniska bakteryjne; zawsze stwierdzał ogniskowe lub rozsiane nacieki drobnokomórkowe, a nawet ograniczone ogniska ropne, więc sprawy, które z pewnością należy odnieść tylko do miejscowych procesów zakaźnych.

Dr. E. Ehrenpreis.

Lebrun. **Złamanie sklepienia czaszki bez rany zewnętrznej z wylewem krwi zewnątrz opony twardej.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1902, czerwiec). Autor opisuje bardzo typowy przypadek obrażenia czaszki, przyczem kładzie nacisk na niektóre objawy. Do nich należy bardzo znamienny okres zupełnej przytomności pomiędzy nastaniem urazu, a wystąpieniem objawów mózgowych. Długość tego okresu (na który uwagę zwrócił Broca), trwająca od jednego do kilku dni, zależy od szybkości występowania wylewu krwi. Skoro ucisk mózgu dojdzie do pewnego nasilenia, chory zapada w coraz głębszą śpiączkę. Ciepłota zwykle bywa prawidłowa, niekiedy jednak występuje znaczne podniesienie ciepłoty, dające powód do błędnego rozpoznania zapalenia opon mózgowych. Błąd ten bywa dla chorego bardzo zgubny, gdyż skłania lekarza do zaniechania zabiegu operacyjnego w przypadku, gdzie zabieg ten wprost uratowałby życie choremu. Podniesienie ciepłoty zatem, choćby znaczne, nie jest przeciwwskazaniem do trepanacyi.

Niekiedy znowu lekarz, mając do czynienia z chorym bezpośrednio po urazie czaszkowym, widząc przytem przytomność zupełną i władze umysłowe w całej pełni utrzymane, rokuje pomyślnie, podczas gdy już po krótkim czasie objawy ucisku śródczaszkowego występują w całej pełni.

W przypadku, który autor opisuje, pomimo nader ciężkich objawów, pomimo krwotoku nosowego po stronie złamania czaszki, co zdawało się wskazywać, że pęknięcie obejmuje i podstawę czaszki i pomimo podniesienia ciepłoty, dokonano operacyi i wydobyto około 200,0 skrzepłej krwi. Ucisk zatem półkuli mózgowej dochodził do *maximum*. W kilka godzin po operacyi dziecko odzyskało przytomność. Po przyjściu do zdrowia nie okazywało żadnych zaburzeń, któreby można uważać za pozostałość po tak ogromnem zgnieceniu mózgowia.

Dr. T. Żeleński

Dr. G. Friedländer. **Mięsaki olbrzymiokomórkowe i komórki plazmatyczne.** *(Archiv Langenbecka* T. 67, 1902, Zeszyt 1). Unna sądzi, że komórki plazmatyczne są niemal identyczne z komórkami mięsaka. Komórki plazmatyczne, utraciwszy ziarninę, stawać się mają komórkami tkanki mięsakowej. Takiemu zapatrywaniu sprzeciwiają się Marschalko, Pappenheim, Enderlen i Justi. Do nich przyłącza się F. na podstawie własnych badań i uważa komórki plazmatyczne za wyraz sprawy zapalnej, toczącej się w sąsiedztwie. Brak komórek plazmatycznych uważa za charakterystyczny dla mięsaka. Natomiast obecność tych komórek w tkance, rozpoznawanej jako mięsakowa, nie przemawia przeciw rozpoznaniu: mogą się bowiem one zjawiać dzięki sprawie zapalnej, toczącej się w samym nowotworze, w jego otoczeniu, lub też w podścielisku. Komórki w mięsakach olbrzymiokomórkowych z kości dawały odczyn komórek plazmatycznych, zasadniczo jednak różnią się od nich. Zachowaniem się swem zbliżały się raczej do angioblastów. F. znalazł dalej, że mięsaki, pochodzące z pochewek ścięgnistych i uda, jakkolwiek zawierały olbrzymie komórki, — zachowały się odmiennie. Zdaniem F. jest to ważny czynnik prognostyczny: mięsaki, zawierające komórki olbrzymie, dające odczyn komórek plazmatycznych, zdają się być nowotworami łagodnymi. Wobec tych nowotworów możemy postępować mniej radykalnie. *Herman.*

Doc. Dr. E. Payor. **O rozległej resekcyi jelit** *(Archiv Langenbecka* T. 67. Z. 1., 1902). Popod postronkiem rozpiętym pomiędzy więzem szerokim macicy a krezką okrężnicą podsunęły się pętle jelita cienkiego i w następstwie wynikła niedrożność przewodu pokarmowego. Podczas laparotomii, wykonanej 3-go dnia choroby, autor był zmuszony wyciąć z powodu zgorzeli 30 cnt. jelita. Mimo istniejącego już zapalenia otrzewnej chora wyzdrowiała. W kilka miesięcy po operacyi stwierdzono, że trawienie u chorej odbywało się zupełnie prawidłowo. *Herman.*

Dr. H. Wolff. **O rzadkiej postaci sztucznego zwapnienia.** *(Archiv Langenbecka* T. 67, Z. 2, 1902). Starzec 60-letni zgłosił do kliniki Bergmanna z ropówkowym obrzękiem uda prawego od tyłu. Kończyna była zgięta w kolanie pod kątem prostym. Po nacięciu stwierdzono w mięśniu półścięgnistym jamę o ścianach zwapniałych, wypełnioną ropą. Ponieważ okazało się, że podobne twarde ogniska znajdują się i w innych miejscach tego mięśnia, zwłaszcza w okolicy ścięgna, wycięto cały mięsień. Badanie mikroskopowe wykazało zanik włókien mięśnia i zwapnienie części ścięgnistych i włóknistych. Na drugiem udzie w miejscu symetrycznem stwierdzono ogniska równie twarde, które na röntgenogramie dawały wyraźny cień. Inne kości, zwłaszcza przedramienia, w stanie zanikania. *Herman.*

VI. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

II.

Anatomia i fizyologia narządu płciowego żeńskiego.

(Ciąg dalszy).

Co się tyczy części dodatkowych macicy, to Galen, — postępujący przy ich badaniu, podobnie jak i w innych swoich poszukiwaniach anatomicznych w ten sposób, że jeszcze przed ich przeprowadzeniem czyni pewne postulaty, do których się stosując, musiał znajdować to, czego tylko potrzebował, — znalazł rzeczywiście części płciowe, które w rozwoju swoim wprawdzie poza męzkimi pozostały, ale u obydwóch płci dokładnie się powtarzają. „Omnes igitur quae viris insunt partes, in mulieribus etiam reperias, nisi in eo duntaxat discrepent, quod in mulieribus quidem partes hae intus sunt conditae in viris autem sunt extra ad nuncupatum perinaeum“; (de usu p. corp. hum. lib. XIV. cap. VI.; de semine lib. II. cap. V). Odpowiednio do tego znajduje u kobiety jądra (ὄρχεις τοῦ θήλεος) po obydwóch bokach macicy, blizko jej rogów, podobne do męzkich, lecz od tych ostatnich mniejsze. Naturalnie, że za takie mogły uchodzić tylko jajniki, które G. uważa za narząd gruczolasty. Dalsze różnice między temi jądrami a męzkiemi, polegać mają na tem, że te ostatnie są narządem mięsistym („molli carne masculi sunt“), jakoteż że pierwsze nie znajdują się w worku mosznowym. Zewnętrzna powierzchnia obydwóch jest pokryta osłoną, zwaną „dartos“. Od jąder odchodzą przewody nasienne, — które później nazwę „trąbek“ otrzymały, uchodzące w okolicy rogów do samej macicy (de ut. diss. cap. IX), a nie jak Herofilus utrzymywał w okolicy szyjki pęcherza (de semine lib. II. cap. I).

Dalszym dowodem, jak dalece się Galen i na polu anatomii do hipotez z góry przyjętych stosował, jest twierdzenie, że i kobiety mają przyjądrze. Przyznaje wprawdzie, że go nie można widzieć, gdyż jest bardzo małe, ale ufny w siebie, wie z pewnością, że ono istnieje (de usu p. corp. hum. lib. XIV. cap. XIV).

Jak widzimy posunął się Galen na punkcie części dodatkowych w porównaniu z Hipokratesem znacznie naprzód, albowiem ten ich weale nie znał. Posunął się wprawdzie także naprzód w porównaniu ze szkołą aleksandryjską, poprawiając błąd Herofila, ale w stosunku do Soranusa (lib. I. cap. III. 12) nie przedstawia żadnego postępu.

Macica pozostaje zapomocą błon w związku z innymi narządami, a mianowicie ku przodowi z pęcherzem, a ku tyłowi z odbytnicą, zajmując, jak to później wykażemy, położenie poziome (uterus horisontalis). Błony te mają na celu umocowanie i wzmocnienie samego jej trzonu. Do rzędu tych ostatnich zalicza Galen także więzadła szerokie, o których z pewnością twierdzić można, że on je znał. Dowodem tego następujące słowa: „ligamenta nihilominus ea sunt, quae in ipsum inseruntur, partim ut corpus uteri contexant et connectant, quorum non exigua pars nervi sunt a dorsali medulla propagati, partim ut et ipsi utero et foetui tum incrementum tum alimentum exhibeant, ut sunt venae et arteriae“ (de ut. diss cap. IV). Z tego, że Galen przeprowadza przez te więzadła nerwy i naczynia, o których wyżej wspomnieliśmy, że one uchodzą z boku do macicy, możemy wnosić, że ma na myśli jedynie więzadła szerokie. Prócz tych więzadeł znał jeszcze inne bardzo wiotkie, idące ku tyłowi do kręgosłupa (de usu p. corp hum. lib. XIV. cap. XIV).

Pomiędzy macicą a spojeniem łonowem znajduje się pęcherz, wśród prawidłowych warunków większy od macicy, z cewką szerszą, ale krótszą, aniżeli u mężczyzn. Z tyłu zaś poza macicą znajduje się odbytnica, spoczywająca na kości krzyżowej i ostatnich kilku kręgach lędźwiowych (de ut. diss. cap. I).

Na zakończenie anatomii części płciowych kobiecych według Galena, wypada jeszcze poświęcić nieco uwagi sutkom. Te są u niego narządem gruczolastym, stojącym za pośrednictwem naczyń w ścisłym związku z narządem rodnym, a rozwój ich pozostaje w prostym stosunku do rozwoju macicy. Zadaniem ich jest wydzielanie pokarmu. Mimo to nie są one jednakowoż gruczołami wydzielniczymi w naszem dzisiejszem znaczeniu, albowiem znajdujący się w nich pokarm nie wydziela się w sutkach samych, lecz jest następstwem przemiany krwi, dostającej się do nich skutkiem nadmiaru w naczyniach, spowodowanego brakiem miesiączki. Dlatego to nie mogą mieć pokarmu w sutkach kobiety starsze, nie miesiączkujące już, gdyż u nich nie istnieje nadmiar krwi (de venae sectione adversus Erasistratum cap. V. K. XI). Krew zaś ta przypływa do sutków jedynie na mocy ich własności przyciągania jej (de simplicium medicamentorum facultatibus lib. V cap. XXI. K. XI). Stoi więc G. pod tym względem na stanowisku zbliżonem do Herofila, który identyfikuje wprost pokarm w sutkach z krwią miesiączkową nie wydzieloną. lub też nie zużytą na odżywienie płodu. Jak się Hipokrates na tę sprawę zapatrywał, trudno stanowczo orzec wobec sprzeczności, jakie się u niego co do tej sprawy znachodzą. I tak powiada on raz, że sutki same wytwarzają pokarm („sed et glandulae in pectoribus mammae vocantur et attolluntur et lac faciunt“ Hippocrat. „de glandulis“ K. I.), innym razem znowu, że się pokarm już jako taki do sutków dostaje („cum autem

foetus movetur, tunc sane lac de se significationem matri exhibet. mammae enim atolluntur et papillae turgescunt, neque tamen lac prodit". Hippocrat. de natura pueri. K. I.).

W ten sposób doszliśmy do fizyologii narządu płciowego. Nie można powiedzieć, żeby się utrzymała chociażby tylko cząstka do dzisiejszego dnia niezachwianie z tego, co Galen w przedmiocie fizyologii narządu płciowego nam podał. Winne temu nowoczesne metody badania, które całkowity przewrót w tej nauce sprowadziły. A gdyby nie te badania, to kto wie, czyby się inaczej powiodło naukom Galena, który im swoim teleologizmem sam najwięcej zaszkodził. Z punktu widzenia jednakowoż lekarza starożytnego należy się im miejsce zaszczytne pośród nauk lekarskich raz dlatego, że on był pierwszym, który tę naukę stworzył, a powtóre dlatego, że wprowadził doświadczenie. A jeżeli Galen sam o sobie z pewną dumą powiada, że on utorował drogę dla nauki o lekach, to w całości można te słowa odnieść także do nauki o zjawiskach życiowych.

Urodzony w Azyi, był przyzwyczajony do upatrywania w kobietach istot mniej doskonałych, stworzeń niższego rzędu. Ponieważ zaś dla wszystkiego, co się w przyrodzie dzieje, umiał wynaleźć przyczynę i tę dostatecznie wyjaśnić, dlatego też nie brakło jej dla wytłómaczenia i tego zjawiska. Pomocną mu była w tem jego nauka o temperamentach. Im wyższą jest istota, tem więcej posiada temperamentu, tem jest cieplejszą. Kobieta jest zimniejszą i dlatego jest stworzeniem mniej doskonałem, aniżeli mężczyzna, co już i Arystoteles był poruszył, „est igitur femina mare imperfectior, una quidem ac prima ratione, quia frigidior"; (de usu p. corp. hum. lib. XIV. cap. VI.). Zimniejszą zaś być musi, gdyż już w zarodku, kobiecie, jako powstającej w lewej części macicy, mniej ciepła się dostaje. Do jej oziębienia przyczynia się w znacznej części miesiączka, która jest czynnością fizyologiczną. Ażeby zaś nią była, musi tylko w pewnym wieku występować, musi się rozpocząć w czternastym roku życia (in aph. Hippocr. com. quint. 28), trwać pewien ograniczony czas, pojawiać się raz na miesiąc i to powtarzać się regularnie, nie może przekraczać co do ilości pewnej miary, a krew sama nie powinna być zbyt ciemną.

Przyczyną miesiączki jest ta okoliczność, że kobiety są wilgotniejsze, aniżeli mężczyźni, i że się w ich ustroju gromadzi pewien nadmiar soków, które się u mężczyzny zużywają z powodu ciężkiej ich pracy. I szczęściem jest dla kobiet, że przyroda w ten sposób sobie radzi, gdyż w przeciwnym razie chorowałyby „conveniebat enim, mea sententia, ut muliebre genus quod domi non in magnis degit laboribus, neque in sole puro versatur et propter haec ambo copiam congregat fovetque naturale remedium habeat plenitudinis evacuationem" (de v. sectione adversus Erasistratum cap. V. K. XI). W czasie ciąży zużywa się krew miesiączkowa dla płodu, a w czasie karmienia pozbywają się kobiety tą drogą nadmiaru tak, że wtedy staje się czyszczenie wszelkie zbytecznem tembardziej, że ilość pokarmu w sutkach odpowiada ilości krwi zużytej przez miesiączkę: „ex uteri sanguine foetus alitur: postquam in lucem editus est, lactis in mamilla generatio non exigua vacuatio mensium copiae respondens existit"; (ibid.).

Innych przyczyn szuka Hipokrates dla wytłómaczenia tego procesu. Jego kobieta nie jest zimniejszą, aniżeli mężczyzna. Owszem, jest ona cieplejszą, ale wiotszej budowy. Ztąd pochodzi, że ona więcej przyciąga materyi z przewodu pokarmowego, aniżeli mężczyzna, a nie mogąc go zużyć, uwalnia się od wytwarzającego się nadmiaru przy pomocy miesiączki, czyli cały ten proces jest podług szkoły Hipokratesa objawem czysto fizykalnym, ale objawem potrzebnym koniecznie do utrzymania zdrowia. (Hippocrat. „de mulierum morbis" lib. I. K. II.). Szkoła aleksandryjska z Herofilem na czele (Soranus lib. I. cap. VI, 27) podzielała zapatrywanie Galena, a metodycy twierdzili, że upływ krwi miesięcznej ma jedynie na celu umożliwienie zastąpienia, nie będąc potrzebnym do utrzymania zdrowia. To zapatrywanie podzielali także Celsus (medicina lib. II. cap. VIII) i Soranus (lib. I. cap. VI. 27) Wszyscy więc starożytni autorowie z wyjątkiem metodyków uznawali potrzebę miesiączkowania dla utrzymania zdrowia, nie przecząc bynajmniej, że istnieją prócz ciąży i karmienia stany fizyologiczne, w których miesiączki brakuje. Do tych ostatnich zalicza się prócz zbyt młodego i podeszłego wieku także miesiączkowanie zastępcze (menstruatio vicaria), które Galen znał, jak to z jego nauki o leczeniu (methodus medendi lib. V. cap. III. K. X.) i z jego komentarza do aforyzmów Hipokratesa wynika (com. quint. 33).

Sposób wydzielania się krwi miesiączkowej był podług Galena bardzo pojedynczy. Naczynia macicy, których światło jest zwrócone do wnętrza jamy macicznej, otwierają się w czasie peryodu tak, że się z nich krew wylewa, a sama macica stanowi wtedy jedynie zbiornik pośredniczący w wydostawaniu się tej krwi na zewnątrz, nie biorąc bynajmniej udziału w jej wydzielaniu się (de simpl. medicament. facultat. lib. V. cap. XXI). Zależnie więc od tego, czy się te naczynia więcej lub mniej otwierają, wydobywa się większa lub mniejsza ilość krwi, która jednak w żadnym kierunku nie powinna przekroczyć pewnej miary. Zatem sam proces wydobywania się krwi tłómaczył sobie Galen odmiennie, aniżeli to czynił Soranus. Ten bowiem uważał wydostawanie się krwi miesiączkowej za następstwo przepacania się przez ściany naczyń.

Czas trwania miesiączki powinien być u jednej i tejsamej osoby zawsze tensam, powinna się powtarzać w regularnych odstępach, mianowicie co $29^1/_2$ dni: „tempus vero menstruum circiter viginti novem cum dimidio" (de septimestri partu). W stanie fizyologicznym zachowuje krew miesiączkowa pewną stałą barwę (in aphor. Hippocr. com. quint. 36). Ujście macicy, które jest w stanie fizyologicznym tak małe, że zgłębnik chirurgiczny przez nie z trudnością tylko przejść może, rozszerza się w czasie miesiączki, ułatwiając odpływ krwi i przyczyniając się do oziębienia kobiety (de usu p. corp. hum. lib. XIV. cap. III). By jednakowoż to oziębienie nie było zanadto silne, otrzymała kobieta, jak to już wyżej wspomnieliśmy, srom zewnętrzny, który ją przed tem chroni. (dok nast.).

VII. Wiadomości bieżące.

Dnia 5 b. m. zakończył życie w Berlinie

Dr. Rudolf Virchow.

Życiorys i ocenę naukowej działalności zmarłego, którego geniusz przez pół wieku sterował nawą wiedzy lekarskiej, podamy w jednym z następnych numerów.

Kraków, dnia 11 września.

* W uroczystości jubileuszowej krak. Towarzystwa technicznego zastępował Towarzystwo lekar. krakowskie wiceprezes prof. I. Nowak.

* Postanowieniem z d. 15 sierpnia zamianował cesarz Dra Józefa Starzewskiego dyrektorem krajowego powszechnego szpitala we Lwowie. W ten sposób posada dyrektora szpitala w Tarnowie, którą zajmował przedtem Dr. Starzewski, zostaje opróżnioną. Ponoś Wydział krajowy na posiedzeniu d. 5 b. m. uchwalił rozpisać konkurs na obsadzenie tego prymaryatu.

* Płock ma obchodzić w r. 1905 niezwykłą uroczystość: upływa bowiem pięć wieków od założenia w tem mieście szpitala św. Trójcy za panowania księcia mazowieckiego Ziemowita. Dochodzą nas wieści, że płockie Towarzystwo lekarskie powzięło szlachetną myśl opracowania na podstawie istniejących aktów dziejów tego szpitala.

* Naczelnym lekarzem szpitala starozakonnych w Warszawie, w miejsce ustępującego Dr. Zygmunta Kramsztyka, mianowany został Dr Jakób Szwajcer.

* Ministeryum skarbu zarządziło powiększenie personalu lekarskiego w fabrykach tytoniu, mianowicie, gdzie liczba robotników przewyższa 2000 ma być trzech lekarzy, nad 1000—2, a niżej 1000— jeden lekarz.

* Komitet XIV międzynarodowego Kongresu lekarskiego w Madrycie zawiadamia o następujących zniżkach, przyznanych członkom przez zarządy kolejowe i okrętowe: kolej północna w Hiszpanii 50%; koleje francuskie 50%; statki parowe towarzystw: »Puglia«, »Napolitana« i »Siciliana« również 50%; hiszpańskie Towarz. transantlantyckie 33%. Biuro »Voyages Pratiques« *(Paris, rue de Rome, 9)* udziela bezpłatnie wszelkich wskazówek, dotyczących podróży.

Biuro mieszkań w Madrycie już ukonstytuowało się *(Madrit, Faculté de médecine, Bureau des logements)*.

* Zarząd Związku lekarzy niemieckich przesłał prośbę do Rady państwowego Związku niemieckiego, ażeby kandydatów z szwajcarskiem świadectwem dojrzałości nie przyjmowano na Wydziały lekarskie w Niemczech; oraz ażeby osoby nieimatrykułowane (uczniowie nadzwyczajni) nie byli wpuszczani do klinik.

* Liczba studentów na niemieckich Wydziałach lekarskich spadła z 8,141 w r. 1897 na 6,749 obecnie. Na spadek ten nie pozostały bez wpływu rugi studentów wszelkich narodowości słowiańskich, a obecnie ponoś zanosi się na ograniczenia liczby kandydatów ze szkół szwajcarskich.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa Tydzień XXIV (17—24—VIII). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 18, urodziło się dzieci 58, zmarło osób 55, mianowicie: z gruźlicy 10 (4 zam.), z zapalenia płuc 4, z błonicy 1 (zam.), z płonicy 2 (1 zam.), z cholery dziecięcej 4.

* Między 27 — VIII a 2 — IX doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bobreckim (1 gm.), bohorodczańskim (1 gm.), horodeńskim (2 gm.), husiatyńskim (4 gm.), jaworowskim (1 gm.), kołomyjskim (1 gm.), mościskim (1 gm.), sanockim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.).

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 34, w tygodniu poprzedzającym 42.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Krieger mian. prof. chirurgii w Chicago. Dr. Mermod — profesorem otologii i laryngologii w Lozanie. Dr panna Rina Martio — prof. anatomii w Medyolanie. Dr. Hering — prof. ogólnej i doświadcz. patologii w niemieckim uniwers. w Pradze Dr. Parisot — prof. histologii w Tours. Dr. Molais — prof. okulistyki w Angers. Dr. Voit — dyrektorem kliniki lekarskiej w Monachium. Dr I. Thomayer — profesorem zwycz. szczegółowej patologii i terapii. a Dr. Deyl — prof. zwycz. okulistyki w czeskim wydziale w Pradze.

Nekrologia. Dr. Tappeiner, niegdyś głośny i wzięty lekarz w Meranie, zmarł w 86 r. życia

Bibliografia:

— *Zdrowie* Z. 9. Legeżyński: Nowy wodociąg lwowski Gepner: Zegarmistrzowstwo. Frenkiel: Higiena a kuchnia.

— *Postęp okulistyczny* (sierpień). Rymowicz: Prątek ostrego zapalenia spojówki (bac. Koch-Weeks) i jego stosunek do prątka grypy (bac. Pfeiffer) (dok.). Majewski: Asthenopia muscularis (dok.)

— *Medycyna* Nr. 36. Rydygier: Truskawiec w cierpieniach dróg moczowych. Saks: O zewnętrznem badaniu rodzących.

— *Kronika lekarska* Nr. 17. Kucharzewski: Zmiany we krwi w błonicy. A. Zawadzki: Przyczynek do kazuistyki ran postrzałowych żołądka. Otto: Kryoskopia i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek. (c. d.).

— *Nowiny lekarskie* Nr. 9. Noiszewski: Co właściwie znaczy odczucie dotknięcia?

— *Gazeta lekarska* Nr. 36. Majewski: O zjawiskach aglutynacyi we krwi człowieka i zwierząt w stanie fizyologicznym. A. Landau: Nowa teorya (Koranyiego) powstawania moczu w świetle faktów i krytyki. Rudziński: Spostrzeżenia przy dokonywaniu embryotomii.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 10. Aleksandrowicz: Badania fizyczno-chemiczne z dwóch zdrojów krościenkowskich (dok.). Dobrzycki: Dokąd jechać?.

— *Przegląd felczerski* Nr. 17. O zmianach i zaburzeniach w organizmie, następujących pod wpływem urazu. — O złamaniach. — Główniejsze zjawiska w organizmie matki, w okresie połogowym. — Opatrunki.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 36. Daniček: Chondrom v kanálu pateřnim. Radojkovic: Léčivé prameny v královstvi Srbském. Brejtman: O přijičných onemocněních srdce. (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 70. Letulle i Pompilian: Badania graficzne ruchów oddechowych. Bosenthal: Zgorzelinowe zrazikowe zapalenie płuc, spowodowane pylicą.

Nr. 71. Gilbert i Herscher: Urobilinurya. Pochodzenie nerkowe urobiliny. Urobilina jest wskazówką żółcicy (skażenia krwi składnikami żółci.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 35. Nissl: O objawach zastoinowych w zakresie żył twarzowych w porażeniu postępującem Morgenroth i Sachs: O ilościowym stosunku amboceptorów, komplementów i antykomplementów. Zeller: Przyczynek do chirurgii przewodów żółciowych. Strauss: Przyczynek do kwestyi stosunku między niedokrewnością złośliwą a przewodem pokarmowym (Dokończenie). Mirkoli i Solesi: O przemianie materyi w przebiegu gruźlicy (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 36. Hoor: Korzyści z wycięcia nerwu spółczulnego w jaskrze. Pilcz: O obłąkaniu pooperacyjnem. Harmer: Kliniczna doniosłość ezofagoskopii (Dokończenie).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 35: Hess: O istocie cukrzycy. Hahn i Fromsdorf: O hemolitycznem działaniu prawidłowej surowicy ludzkiej. Kuhn: O intubacyi przez nos. Wagner Przyczynek do nauki o przerzutach kostnych przy guzach gruczołu tarczykowego. Fuhrmann: Przyczynek do leczenia żelatyną czarnej choroby noworodków. Vulpius: Nowy przyrząd do poruszania. Silberschmidt: Prosty sączek bakteryjny dla sączenia mięszaniny płynnej w małej ilości. Sträter: Nowy środek na odleżyny. Orlipski: Przyczynek do bezkrwawego leczenia stulejki.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr 36. Leyden i Blumenthal: Tymczasowe doniesienie o kilku przypadkach raka, badanych w I klinice lekarskiej. Killian: Rozpoznawcze i lecznicze czynniki nowoczesnej. bezpośredniej endoskopijnej metody badania ciał obcych w przewodach oddechowym i pokarmowym. Jendrassik: O rwach neurastenicznych. Karfunkel: Nowa metoda do wykazania jodku potasowego we krwi. Baisch: O niebezpieczeństwie podskórnego zastosowania słono-sodowego rozczynu Tavela (dok.) Neumann: Uwagi nad chorobą Barlowa (dok.).

Redakcya otrzymała. Kowalski: O działaniu alkoholu na ustrój ludzki.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 20 Września 1902. Nr. 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

W sprawie jałowości tkanek prawidłowych.

Napisał

Dr. Adam Wrzosek

Asystent Zakładu.

Wstęp i metoda doświadczeń.

Do połowy ubiegłego stulecia sporo było wśród uczonych zwolenników teoryi samorództwa.

Nie mówiąc już o tem, iż Arystoteles wierzył w powstawanie zwierząt z każdego ciała suchego, gdy staje się wilgotnem, lub z każdego mokrego, gdy wysycha, zdumienie nas ogarnia, gdy czytamy, w jakie rzeczy wierzyli taki Kircherus, Van Helmont, Paracelsus i wielu uczonych XVII. stulecia.

Uczony jezuita Anatazy Kircherus, który pierwszy podał wiadomość o istnieniu gołem okiem niewidzialnych organizmów, w jednem ze swoich pism powiada, iż gałązki drzew, wpadając do wody, rodzą zwierzęta i przytacza nawet odpowiednie ryciny. Van Helmont podaje środek na robienie myszy, a Paracelsus w dziele swem „De natura rerum" opisuje, w jaki sposób można zrobić małego człowieczka, czyli „homunculusa". Wielu pisarzów w XVII stuleciu zalecało przepisy tworzenia żab z błota i mułu, lub wężów z wody rzecznej.

Ileż to sporów było o samorództwo, że wspomnę tylko nazwiska słynniejszych badaczów: — księdza Needhama, Bonneta, o. Spallanzaniego. — aż w roku 1862 Pasteur[2]) pracą swą o ciałkach uorganizowanych, znajdujących się w powietrzu, zadał ostateczny cios teoryi samorództwa.

Dziwnym zbiegiem okoliczności ze sprawą samorództwa związana została sprawa jałowości krwi, moczu i tkanek zwierząt prawidłowych. Gdy przeciwnicy teoryi samorództwa wykazali, iż nastoje roślinne nie ulegają fermentacyi, jeśli je wygotować w naczyniach, do których nie może się nic z powietrza dostać, wtedy zwolennicy samorództwa wystąpili z ostatnim zarzutem, twierdząc, iż wskutek gotowania została zniszczona pewna siła (żywotna?), która w nastojach roślinnych niegotowanych daje pobudkę do powstania życia.

Przeciwnicy jednak samorództwa van der Brock, Pasteur, Burdon-Sanderson i inni[1]) obalili i to twierdzenie zwolenników samorództwa wykazując, iż można bardzo długo przechowywać bez wszelkich zmian sok winogronowy, mocz i krew, jeśli się je zbiera do naczyń wyjałowionych i stara się o to, aby do nich nie dostały się drobnoustroje z powietrza. Odtąd przyjęto za pewnik, iż mocz i krew są w ustroju zawsze jałowe, a nawet zaczęto to samo twierdzić o narządach wewnętrznych zwierząt, gdy Meissnerowi[3]) udało się przechować bez gnicia w wyjałowionej wodzie w ciągu dwóch — trzech lat całe nerki, śledziony, trzustki i kawałki wątroby kotów i królików, oraz uda żabie, odarte ze skóry.

Zresztą jeszcze przed Meissnerem pierwszy Rindfleisch[4].) wykazał, iż można przechowywać bez gnicia tkanki zwierząt świeżo zabitych.

Pracą jednak, która najbardziej przyczyniła się w nauce do ustalenia pojęcia o jałowości narządów i tkanek zwierząt zdrowych, była rozprawa G. Hausera[5]). Do doświadczeń swoich, których wykonał 21, używał Hauser królików i świnek morskich. Zwierzę zabijał uderzeniem w kark.

Następnie, otworzywszy ze wszelkiemi ostrożnościami jamę brzuszną, a później klatkę piersiową, wycinał całą śledzionę, nerki, kawałki wątroby, serca i mięśni, a kilkakrotnie jądra. Narządy lub kawałki narządów przenosił albo do wyjałowionych naczyń szklanych i przechowywał je w miejscu wilgotnem, w ciepłocie pokojowej lub najwyżej 30°C., albo umieszczał w wodzie wyjałowionej z dodatkiem żelatyny lub bez niej, albo też przechowywał w naczyniach z wodorem, tlenem lub bezwodnikiem kwasu węglowego. Większą część narządów trzymał w wolnym dostępie powietrza, a tylko część naczyń szklanych z narządami zatapiał. Z 21 zwierząt, do doświadczeń użytych, u 9 badane narządy okazały się zupełnie jałowe, u 12 zaś nie wszystkie, gdyż na tym lub owym rozwijały się hodowle drobnoustrojów. Co się tyczy poszczególnych narządów, to ze śledziony otrzymał Hauser hodowle drobnostrojów w 7,7 % doświadczeń, z nerek w 8,33%, z wątroby w 14,8%, z serca w 18,75%, z mięśni w 42,9 %, przyczem 15 razy otrzymał hodowle ziarniaków i 6 razy prątków. Na podstawie tych wyników doświadczeń przychodzi Hauser do wniosku, iż w żyjących tkankach i sokach tkankowych zwierząt zdrowych niemasz wcale drobnoustrojów. Wszystkie wyniki dodatnie swoich doświadczeń przypisuje on zanieczyszczeniu z powietrza.

Zważywszy czasy, w których Meissner i Hauser wykonywali swe doświadczenia, nie można się dziwić, iż wyniki dodatnie doświadczeń uważali *à priori* za zanieczyszczenie z powietrza; atoli przy bliższem rozpatrzeniu tych doświadczeń dochodzi się do wniosku, iż wyniki te dowodzą li tylko tego, że narządy wewnętrzne zwierząt prawidłowych mogą być jałowe, nie zaś, iż są zawsze jałowe.

Zrozumiałą jest przeto rzeczą, iż po latach kilkunastu zajęto się znów zbadaniem jałowości wewnętrznych narządów i tkanek zwierząt zdrowych, aby sprawdzić słuszność utartego

już, lecz nie zupełnie uzasadnionego poglądu o bezwzględnej ich jałowości.

Przeciw temu poglądowi wystąpił w nowszych czasach włoski uczony Manfredi [6]) wraz z swymi uczniami Perezem, Viola, Mirto i Frisco. Autorowie ci w szeregu prac dowiedli, iż nie wszystkie narządy wewnętrzne zwierząt zdrowych są zawsze jałowe. Prawie stale znajdowali oni drobnoustroje w gruczołach chłonnych, a czasem w wątrobie i śledzionie. Badając u 88 zwierząt (świnki morskie, króliki, szczury, psy, gołębie, woły, cielęta, jagnięta) gruczoły chłonne (podskórne, oskrzelowe, krezkowe), tylko u 10 zwierząt znaleźli gruczoły jałowe, u 78 zaś wyhodowali z gruczołów chłonnych 12 postaci drobnoustrojów.

Technika doświadczeń autorów włoskich była dosyć zawiklana, a ztąd doświadczenia ich nie tak łatwo sprawdzić można. Wyniki jednak przytoczonych wyżej badaczów włoskich, co do gruczołów oskrzelowych potwierdził wkrótce Kälble [7]), a co do gruczołów krezkowych Rogoziński [8]), opierając się na wynikach bardzo ścisłych doświadczeń.

Wkrótce po ogłoszeniu prac Manfrediego i uczniów, Carrière i Vanverts [9]) wystąpili z nader ciekawymi a niespodziewanymi wynikami swoich badań nad obecnością drobnoustrojów w śledzionie prawidłowej. Wykonywali oni doświadczenia na psach, królikach i świnkach morskich. Przecinali aseptycznie zwierzętom powłoki brzuszne, przypalali rozpalonem do czerwoności żelaznem żegadłem powierzchnię śledziony i w miejscu przypalenia wkłówali pipetę, którą wciągali kilka kropel krwistej cieczy. Otrzymaną ciecz przenosili do pożywek bulionowych. Następnie podwiązywali szypułę lub tylko tętnicę śledziony dwiema krzyżującemi się nitkami jedwabiu, poczem odprowadzali śledzionę do jamy brzusznej, a ranę w powłokach brzusznych zaszywali. Po upływie pewnego czasu, zazwyczaj kilku tygodni, gdy rana zupełnie się zagoiła, zabijali zwierzę. Okazało się, iż po podwiązaniu szypuły śledziony następuje zgorzel lub zropienie narządu, a po podwiązaniu li tylko tętnicy śledziony — zanik. I teraz, t. j. po powtórnem otwarciu jamy brzusznej, szczepili Carrière i Vanverts z pozostałości śledziony kilka kropel płynnej treści w taki sam sposób, jak przed podwiązaniem szypuły narządu. Znajdowali oni prawie zawsze w śledzionie zarówno przed podwiązaniem szypuły, jak i po podwiązaniu rozmaite drobnostroje, ale przeważnie *b. coli,* rzadziej gronkowce i paciorkowce. Na zasadzie tych wyników przyszli Carrière i Vanverts do wniosku: „iż w stanie prawidłowym śledziona psa, królika i świnki morskiej zawiera rozmaite rodzaje drobnoustrojów“.

Również ciekawe wyniki otrzymał Ford [10]), badając bakteryologicznie nerki i kawałki wątroby zwierząt świeżo zabitych. Wykazał on, iż w 70% badane przez niego narządy zawierały rozmaite rodzaje drobnoustrojów.

Wobec tego, iż Carrière i Vanverts w doświadczeniach swoich stosowali metodę, prawie wykluczającą zanieczyszczenia z powietrza, przeto niezmiernie uderzające wyniki ich doświadczeń zasługiwały na sprawdzenie tembardziej, iż z badań Forda wynika, że nietylko śledziona, ale i inne narządy zwierząt prawidłowych mogą zawierać drobnoustroje. (c. d. n.)

II. Z zakładu higieny Uniwersytetu lwowskiego Prof. Dr. S. Bądzyńskiego.

O prątkach gruźliczych w maśle lwowskiem.

Podał
Dr. Waleryan Serbeński.

Ogromny, wprost przerażający odsetek śmiertelności z powodu gruźlicy, wzmagający się coraz bardziej w ostatnich czasach, zwrócił uwagę ogółu na tę straszną chorobę i zniewolił cały szereg lekarzy i higienistów do szczegółowego badania dróg, któremi zarazek chorobowy dostaje się do ustroju, i — co w ślad za tem idzie — do wyszukania środków zapobiegawczych przeciw dostawaniu się tego prątka do ustroju.

Spostrzeżenie, że prątek gruźliczy może się dostać do ustroju drogą narządu pokarmowego, zwróciło uwagę na artykuły spożywcze, a szczególnie na te, które dostają się do przewodu pokarmowego bez poprzedniego poddania ich działaniu wysokiej ciepłoty. To też w ostatnich czasach w szeregu tych pokarmów znalazło się mleko i jego przetwory. Szczególniejszą uwagę zwrócono na masło, które bywa spożywane zbyt często bez poprzedniego ogrzania w wysokiej ciepłocie, gdyż, jak wiadomo, masło traci po przetopieniu smak i swoje pierwotne wejrzenie. Pytanie, czy w maśle znajdują się prątki gruźlicze, zdolne do dalszego rozwoju i jak długo tutaj mogą zachowywać swoją żywotność, było zbyt piekącem, aby nie zachęcić do badań w tym kierunku.

Już w r. 1890 badał Brusafero 9 próbek masła i znalazł jedną próbkę zakażoną prątkami gruźlicy; w r. 1894 Roth na 20 próbek znalazł w dwóch prątki; Schuschardt w r. 1896 na 42 próbek jeden raz; Obermüller w r. 1897 na 14 próbek znalazł we wszystkich prątki gruźlicze; zaznaczyć jednak wypada, że brał masło zawsze z tego samego źródła. W tym samym roku Rabinowicz przy badaniu 80 próbek nie znalazła ani razu prątków gruźliczych, podczas gdy Gröning w 17 próbkach wykrył je w 8.

W tym czasie Petri, który od roku 1896 badał rozpowszechnienie się prątków gruźliczych w maśle, ogłosił spostrzeżenia wskazujące, że w maśle znajdują się zbyt często prątki, które po zabarwieniu nie dają się odbarwić kwasami *(säurefeste Bacillen),* wogóle podobne pod wielu względami do prątków gruźliczych i że przy badaniu masła w kierunku prątków gruźliczych należy zwrócić uwagę na możliwą obecność tych prątków „rzekomo gruźliczych“. Z 102 próbek masła, które Petri badał, 17 zawierało prątki gruźlicze, — podczas gdy przeszło połowa próbek zawierała prątki rzekomo-gruźlicze.

Spostrzeżenia Petriego podały w wątpliwość wyniki wszystkich poprzednich badań nad rozpowszechnieniem prątków gruźliczych w maśle. Nie mniej wszakże i późniejsze badania, które uwzględniają te spostrzeżenia, dają również wyniki wielce rozmaite. Rabinowicz w doświadczeniach, podjętych ponownie po ogłoszeniu pracy Petriego, znajduje we wszystkich badanych próbkach prątki gruźlicze; Ascher z 27 próbek — w dwóch, a nie znajduje prątków rzekomo-gruźliczych; Hormann i Morgenroth na 10 prób wykrywają w trzech prątki gruźlicze, a w jednej tylko prątki do gruźlicy podobne; Korn na 20 prób — cztery razy prątki gruźlicze, a raz do nich podobne. Weissenfels na 32 próbek zalazł 9·36% zakażonych prątkami gruźlicy; Herz i Beninde na 45 prób — 11·5%.

Doświadczenia z masłem, dostarczanem na rynki lwowskie, rozpocząłem 16 maja 1901 r.; sposób przezemnie zastosowany w tym celu był następujący: 150 grm. każdej

próbki masła wstawiałem do cieplarki o stałej ciepłocie 37° w naczyniu dokładnie wyjałowionem na tak długo, dopóki masło zupełnie się nie roztopiło. Masło układało się wtedy prawie zawsze w 3 warstwy: tłuszcz, sernik i serwatka, które po kilkakrotnem zamieszaniu łączyły się w mniej więcej jednolitą mięszaninę, której z każdej próbki masła wstrzykiwałem po 3 ctm³ dwom świnkom, zawsze do otrzewnej. Nie potrzebuję zapewniać, że strzykawka przed użyciem była jak najdokładniej wyjałowioną, a miejsce wkłócia oczyszczone i odkażone.

Znaczna większość zwierząt wziętych do doświadczeń znosiła dobrze wstrzyknięcia wyżej podanej ilości masła; tylko przy próbie VI nastąpiła śmierć świnek w kilka godzin po zastrzyknięciu, lecz masło w tym przypadku już przy wejrzeniu zewnętrznem okazywało cechy masła w wysokim stopniu zepsutego.

Świnka Nr. 22 zginęła w 10 dni po wstrzyknięciu, a sekcya wykazała włóknikowe zapalenie otrzewnej, obok nieżytowego zapalenia płuc; natomiast druga, szczepiona tem samem masłem, żyje do dnia dzisiejszego. Świnka Nr. 18 przy doświadczeniu z próbką masła IX zginęła wprawdzie na drugi dzień po wstrzyknięciu, wszakże nie z zakażenia posocznicowego, lecz raczej wskutek pewnego rodzaju wstrząsu (shoku), który spostrzegali w doświadczeniach swych i inni badacze. Świnka była wątłą, ważyła ledwie 260 grm. a masło było silnie nasolone. Zawartości soli nie określono.

Zakażenie gruźlicze nastąpiło tylko w doświadczeniu Nr. XVI. Masło użyte przy tem doświadczeniu przedstawiało cechy masła dobrego, miało być nie starsze nad dni 10, było przyrządzone z mleka, które pochodziło z większej liczby krów.

Jedna ze świnek, której wstrzyknąłem 3 ctm³ tej próbki, padła po czterech dniach ofiarą zapalenia otrzewnej; u drugiej, u której nie zauważono początkowo żadnych objawów chorobowych, spostrzeżono utratę wagi (świnki ważono co tygodnia), powiększanie się gruczołów pachwinowych, zwiększanie pojemności brzucha, kaszel. Wstrzyknięcie 0·03 ctm³ tuberkuliny w 9 tygodni po doświadczeniu z masłem wywołało u tej świnki wybitny odczyn, a w trzy dni po próbie z tuberkuliną świnka padła.

Obraz makroskopowy przedstawiał wszystkie zmiany, jakie się spostrzega zwykle w gruźlicy ogólnej. Zmiany w otrzewnej, wątrobie, śledzionie i płucach były tak wybitne i cechujące, że usuwały wszelką wątpliwość. Wobec jednak zmian podobnych, wywoływanych przez prątki rzekomo-gruźlicze, nie zaniedbałem wykonać innych badań, któreby potwierdziły powzięte domysły. A więc przez barwienie metodą Ziehl-Neelsena wykazałem w zserowaciałym gruczole na mostku, oraz w ogniskach zropiałych w płucach, obecność prątków gruźliczych. Wreszcie wszelka wątpliwość, czy mamy z gruźlicą do czynienia, została usuniętą badaniem histologicznem narządów zajętych przez gruźlicę, tudzież przez przeniesienie zakażenia gruźliczego z ognisk chorobowych na inne zwierzęta. Poddane zostały badaniu histologicznemu płuca i wątroba.

W płucach w skrawkach drobnowidowych, barwionych hematoksyliną lub van Giesonem, stwierdzono prawie zupełny zanik budowy prawidłowej. Miąższ płucny zajęty był przez liczne ogniska martwicze, szarawo się barwiące z licznymi śladami *„necrosis per karyorrhexin“*, t. j. przez ogniska serowate, kształtu okrągłego lub nieregularnego. Przy tych ostatnich odnosi się wrażenie, że powstały one przez zlanie się ognisk mniejszych. Serowate te masy miejscami okazują charakter włóknika. Oprócz tych ognisk widać było i inne, nie zserowaciałe, choć w mniejszej liczbie, kształtu mniej więcej okrągłego, bez ostrego odgraniczenia. Są to gniazda komórek przybłonkowatych, pomiedzy któremi, zwłaszcza na obwodzie, widać liczne małe limfocyty. Podobne utkanie widać było i naokoło wyżej opisanych ognisk serowatych.

Komórki olbrzymie napotykałem wprawdzie rzadko, lecz tak na obwodzie ognisk serowatych, jak i w guzkach drugiego rodzaju Pęcherzyki płucne poza ogniskami wypełnione były albo w zupełności, albo tylko po części komórkami pęcherzykowatemi o obfitej protoplazmie, jądrach okrągłych, ciemno się barwiących.

Wogóle więc badanie histologiczne płuc dawało obraz, który pozwala na rozpoznanie *„tuberculosis miliaris subchronica confluens“*, połączonej z *„pneumonia desquamativa“*.

Po zabarwieniu skrawków metodą Ziehl-Neelsena znajdujemy tak w ogniskach serowatych (na obwodzie), jak i w gruzełkach, a również i w zajętych pęcherzykach płucnych prątki po 1—2 leżące obok siebie, nie wyróżniające się zabarwieniem, kształtem i wielkością od prątków Kocha.

Również wybitne zmiany gruźlicze spostrzegałem w wątrobie tej świnki obok przewlekłego zapalenia (nacieki drobnokomórkowe). Gdzieniegdzie były to gruzełki prosówkowe o komórkach przybłonkowatych w środku, a limfoidalnych na obwodzie. Komórek olbrzymich niedostrzegłem. Przy brzegu wątroby widać większe ognisko martwicze, w którem zarysowują się jeszcze ślady dwu gruzełków, martwica przechodzi jednak i na sąsiednie beleczki komórek wątrobowych. Przyczyną tej nieco rozleglejszej martwicy było prawdopodobnie zaburzenie w krążeniu tej okolicy, wywołane przez gruzełek lub weszła tu w grę wypocina zapalna *(peritonitis fibrinoso-purulenta)*, pokrywająca brzeg płatu wątroby. W serowatem tem ognisku, jakoteż i w gruzełkach, metoda Ziehl-Nelscena pozwoliła wykazać prątki gruźlicze.

Gruźliczą naturę opisanych ognisk chorobowych stwierdził wreszcie z całą stanowczością wynik prób przeniesienia zarazka z narządów zakażonych. Po wstrzyknięciu treści zserowaciałego gruczołu chłonnego wyżej wspomnianej świnki innym świnkom zdrowym, zwierzęta te po upływie 6 tygodni zdradzały wszystkie objawy zakażenia gruźliczego włącznie z odczynem na tuberkulinę, które też dało się stwierdzić przy sekcyi tak przez wykazanie ognisk chorobowych w narządach jamy brzusznej i płucach, jakoteż przez wykrycie prątków gruźliczych w tych ogniskach.

Tak więc w tym przypadku mieliśmy bez jakiejkolwiek wątpliwości do czynienia z gruźlicą, która powstała u zwierzęcia, poprzednio zupełnie zdrowego, po zastrzyknięciu 3 ctm³ masła. Na 18 próbek masła znalazłem więc w jednej prątki gruźlicze jadowite, zdolne do rozwoju dalszego i zakażania, co odpowiadałoby odsetkowemu obliczeniu 5·5.

Mniejsze w porównaniu z stosunkami innych miast rozpowszechnienie prątków gruźliczych w maśle lwowskiem trudno przypisać mniejszemu rozpowszechnieniu gruźlicy u bydła w kraju naszym, z doświadczeń bowiem rozpoznawczych, dokonanych przez O. Bujwida przy pomocy tuberkuliny, wynikać się zdaje, iż rozpowszechnienie gruźlicy śród bydła swojskiego w kraju jest wprawdzie nieco mniej-

Numer próbki masła	Numer świnki	Pochodzenie masła	Data wstrzyknięcia	Waga przed rozpoczęciem doświadczeń grm.	Wstrzyknięcie tuberkuliny	Padła	Zabita	Żyje	Waga po skończeniu doświadczeń grm	Sekcya i badania mikroskopowe	Uwaga
I.	1	Z większej mleczarni kilkodniowe ze słodkiej śmietany	$^{10}/_{5}$ 1901	690	$^{18}/_{7}$ bez odczynu				720		po 4 miesiącach padła przy doświadczeniu z toksynami błoniczemi żadnych zmian gruźliczych nie było
I.	2	dtto	dtto	500	dtto				610		dtto
II.	3	Z drugiej większej mleczarni, masło jak poprzednie	$^{19}/_{5}$	400	$^{19}/_{7}$ bez odczynu				430		dtto
II.	4	dtto	dtto	425	dtto				480		dtto
III.	5	Z kwaśnej śmietany masło kuchenne	$^{23}/_{5}$	430	$^{20}/_{7}$ bez odczynu				460		po 7 miesiącach użyta do innych doświadczeń
III.	6	dtto	dtto	300	dtto				380		dtto
IV.	7	Masło t. zw. deserowe ze sklepu korzennego	$^{30}/_{5}$	520	$^{20}/_{7}$ bez odczynu				560		dtto
IV.	8	dtto	dtto	460	dtto				460		dtto
V.	9	Z rynku od handlarki	$^{2}/_{6}$	360	$^{27}/_{7}$ bez odczynu				390		p 6 miesiącach użyta do innych doświadczeń
V.	10	dtto	dtto	350	dtto				420		dtto
VI.	11	Z rynku od innej handlarki	$^{27}/_{7}$	470		$^{27}/_{7}$				zmian makroskopowych nie znaleziono	padła w kilka godzin po wstrzyknięciu
VI.	12	dtto	dtto	350		dtto				dtto	dtto
VII.	13	Z mleczarni podrzędniejszej	$^{27}/_{7}$	380	$^{13}/_{10}$ nieznaczne podniesienie ciepłoty		$^{15}/_{10}$		390	żadnych zmian	
VII.	14	dtto	dtto	290	dtto		$^{15}/_{10}$		350	dtto	
VIII.	15	Z innej mleczarni drugorzędnej	dtto	300	$^{13}/_{10}$ bez odczynu			1	360		
VIII.	16	dtto	dtto	355	dtto	$^{18}/_{3}$			420	*pneumonia catarrhalis*, macica zupełnie steril.	zginęła w 24 godz. post part.
IX.	17	Od handlarki kolonistki	$^{27}/_{7}$	390	$^{13}/_{10}$ bez odczynu			1	470		
IX	18	dtto	dtto	260		$^{33}/_{7}$					wstrząs.
X.	19	Od handlarki z rynku	$^{12}/_{12}$ 1901	420	$^{24}/_{2}$ 1902			1	450		
X.	20	dtto	dtto	620	dtto			1	580		
XI.	21	Ze sklepu korzennego	$^{6}/_{1}$ 1002	420	$^{10}/_{3}$			1	430		
XI.	22	dtto	dtto	440		$^{18}/_{1}$				*perit. fibr. adhaesiva. pneum cat.*	
XII.	23	Z mleka od 4 krów od wieśniaczki	$^{8}/_{1}$ 1902	530	$^{10}/_{3}$			1	525		
XII.	24	dtto	dtto	470	dtto			1	490		
XIII.	25	Z pierwszorzędnej mleczarni ze słodkiej śmietany	$^{25}/_{3}$ 1902	470				1	po 3 mieś. 560		
XIII.	26	dtto	dtto	480				1	540		
XIV.	27	dtto	dtto	600				1	680		
XIV.	28	dtto	dtto	540				1	580		
XV.	29	Masło kuchenne od handlarki	$^{10}/_{3}$	330	$^{10}/_{5}$ bez odczynu			1	350		
XV.	30	dtto	dtto	280	$^{10}/_{5}$			1	320		
XVI.	31	Z rynku od handlarki	$^{22}/_{3}$	470	$^{28}/_{5}$ z odczynem dodatnim	$^{31}/_{5}$			350		Zmiany anatom. opisane w tekście
XVI.	32	dtto	dtto	380		$^{26}/_{3}$				*peritonitis acuta*	
XVII.	33	t. zw. dworskie deserowe	$^{24}/_{3}$	410				1	460		
XVII.	34	dtto	dtto	380				1	420		
XVIII.	35	t. zw. dworskie kuchenne	dtto	520				1	560		
XVIII.	36	dtto	dtto	440				1	470		

sze, niż w innych krajach, zato u bydła ras obcych, które u nas przecież większą część nabiału dostarcza, gruźlica zdarza się niemniej często jak gdzieindziej.

Stosunkowo więc pomyślny wynik doświadczeń moich, w porównaniu z otrzymanemi przez innych badaczy, przypisaćby raczej można rozpowszechnionemu u nas zwyczajowi wytwarzania masła ze śmietany kwaśnej. I ten nieznaczny odsetek próbek masła zakażonych zarazkami gruźlicy zasługuje jednak przy podjęciu środków ku zwalczeniu gruźlicy na baczną uwagę.

Prątki gruźlicze dostają się do mleka, a względnie do masła, w pierwszym rzędzie niewątpliwie ze zwierząt dotkniętych tą chorobą, w szczególności w przypadkach gruźliczego zakażenia wymienia. Nie da się jednak zaprzeczyć, że zakażenie mleka (względnie masła) prątkami gruźliczymi pochodzić również może i od osób, zatrudnionych przy mleczarstwie, a dotkniętych gruźlicą. Na możliwość zakażenia masła tą drogą, na co nie zwrócono dotychczas należytej uwagi, wskazywać się zdaje spostrzegane przez niektórych autorów (Obermüller) grasowanie zakażenia gruźliczego w pewnych wielkich mleczarniach, przy stałem występowaniu prątków gruźliczych we wszystkich próbkach, wystawionych na sprzedaż. Dla zakażenia masła prątkami gruźliczemi przez osoby dotknięte gruźlicą wyrób masła dostarcza wielokrotnej sposobności.

Masło robi się u nas przeważnie ze śmietany kwaśnej. W drobnych gosgodarstwach zbiera się w tym celu śmietana z mleka kiszonego; większe gospodarstwa wydzielają śmietanę z mleka słodkiego przy pomocy wirówek. Przed poddaniem wirowaniu mleko ulega ogrzaniu do 37°C (ciepłota sprzyjająca szczególnie rozmnażaniu drobnych ustrojów chorobotwórczych). Oddzielona na wirówce śmietanka musi być oziębiona do 15°, oraz podkiszona przez pozostawienie w tej ciepłocie przez 24 godzin, zanim dostanie się do kierżni. Zbite w tym przyrządzie masło w grudki ulega wypłukaniu, poczem dostaje się do chłodni, a następnie do wygniatacza, wreszcie zostaje wtłoczone w formy i opakowane. Ile rąk przechodzi masło począwszy od udoju — a jak widzimy z tego krótkiego opisu, będzie ich nie mało, na tyle wystawione jest okazyj do zakażenia, jeżeli osoby zajęte przy wyrobie masła są chore na gruźlicę. Gorzej jeszcze rzecz się będzie miała z masłem wyrabianem z mleka zbiorowego, dostarczanego do mleczarni przez szereg drobnych dostawców. Masło takie może dać okazyę nie tylko do zakażenia gruźlicą, lecz być po prostu rozsadnikiem innych chorób zakaźnych.

Przy przechowywaniu masło samo się nie odkaża; wprawdzie Laser twierdził, że prątki gruźlicze, zmięszane z masłem, już po 12 dniach tracą swoją żywotność; Heim jednak znajdował je w ciągu 30 dni przy życiu, a Gasperini nawet przez 4 miesiące; zatem baczność przed niebezpieczeństwem z tej strony i przeciwdziałanie jemu są bardzo wskazane.

Rozpowszechnieniu gruźlicy tą drogą winno państwo przeciwstawiać środki ustawodawcze, skierowane

1) ku zwalczaniu gruźlicy u bydła, a to przez wprowadzenie przymusowego szczepienia rozpoznawczego tuberkuliną, przy równoczesnem zabezpieczeniu odszkodowania za wybite sztuki zakażone. Środek zaradczy, którego potrzebę uzasadnił dostatecznie O. Bujwid spostrzeżeniami swemi nad rozpowszechnieniem gruźlicy u bydła w kraju;

2) ku zapobieganiu przenoszenia zarazków z ludzi do masła przy jego wyrobie, a to:

a) przez zakaz posługiwania się w gospodarstwie przy udoju, jakoteż przy wyrabianiu masła osobami, dotkniętemi wyraźnymi objawami gruźlicy;

b) przez wprowadzenie przymusowego pasteuryzowania śmietany zapomocą ogrzewania jej przy 75°C; doświadczenia bowiem Yersina, Forstera, Banga i Solmaniego, różne w szczegółowych swych wynikach, upoważniają zgodnie do wniosku, iż przy ciepłocie 73°C prątki gruźlicze w bardzo krótkim czasie w mleku giną, według doświadczeń zaś Herra śmietana, ogrzana nawet do 85°C, daje masło, które w smaku nie różni się od masła przyrządzonego ze śmietany surowej.

W końcu niech mi będzie wolno na tem miejscu złożyć wyrazy szczerej wdzięczności p. prof. drowi Bądzyńskiemu za łaskawe wskazówki przy opracowaniu tej pracy, doc. drowi Kučerze za pomoc przy badaniach histologicznych.

Piśmiennictwo: 1) Roth: Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1894, str 521. 2) Obermüller: Ueber Tuberkelbacillenbefunde in der Marktmilch. Hygien. Rundschau 1895, Nr. 19. str 878. 3) Schuschard: Inaugural-Disertation. Marburg 1896. 4) Gröning: Centralzeitung für Veterinär-, Viehmarkt- und Schlachtbof-angelegenheiten 1897, Nr. 14 i 15. 5) Rabinowicz: Zur Frage des Vorkommens von Tuberkelbacillen in der Marktbutter. Zeitschrift für Hygiene. Tom 26, str. 90, r. 1897. 6) Obermüller: Ueber Tuberkelbacillen in der Marktbutter. Vorläufige Mittheilung. Hygienische Rundschau 1897, str. 713. 7) Petri: Bemerkungen über die Arbeit des Herrn. Dr Obermüller: Ueber Tuberkelbacillen in der Marktbutter Ibid. 1897, str. 811. 8) Obermüller: Bemerkungen zu vorstehender Notiz. Ibid, str. 812. 9) Hormann i Morgenroth: Ueber Bakterienbefunde in der Butter. Ibid. 1898, str. 218. 10) Roth: Ueber den mikroskopischen Nachweis von Tuberkelbacillen in der Butter. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1898. 11) Hormann i Morgenroth: Weitere Mittheilungen über Tuberkelbacillenbefunde in Butter und Käse. Hygienische Rundschau 1898, str. 1081. Petri: Zum Nachweis der Tuberkelbacillen in Butter und Milch. Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamt 1898, str. 1. 13) Grasberger: Ueber die nach intraperitonealer Injection von Marktbutter bei Meerschweinchen entstehenden Veränderungen. Münchener med. Wochenschrift 1899, str. 11 i 12. 14) Rabinowicz: Weitere Untersuchungen zur Frage des Vorkommens von Tuberkelbacillen in der Marktbutter. Deutsche med. Wochenschrift 1899, str. 5. 15) Obermüller: Weitere Mittheilungen über Tuberkelbacillenbefunde in der Marktbutter. Hygienische Rundschau 1899. str. 57. 16) Grasberger: Ueber die nach intraperitonealer Injection von Butter beim Meerschweinchen entstehenden Veränderungen. Münchener med. Wochenschrift 1899. 17) Klein: Zur Kenntniss der Verbreitung des Bacillus tuberculosis und pseudotuberculosis in der Milch, sowie der Biologie des Bacillus tuberculosis. Centralblatt für Bakteriologie. Tom. 28. 18) Banhoff, Ueber das Vorkommen von Tuberkelbacillen in der Marburger Butter und Margarine. Hygien. Rundschau 1900. str. 913. Bang: Verbreitung der Tuberculose unter den Hausthieren Congress zur Bekämpfung der Tuberculose, Berlin 1899. 20) Ascher: Untersuchungen von Butter und Milch auf Tuberkelbacillen Zeitschrift für Hygiene. Tom 32, str. 329. 21) Herber: Untersuchungen über das Vorkommen von Tuberkelbacillen in der Marktbutter. Centralblatt für Bakteriologie 1900. Tom 27, str. 10 i 11. 22) Hellström: Ueber Tuberkelbacillennachweis in Butter und einige vergleichende Untersuchungen über pathogene Keime in Butter aus pasteurisiertem und nicht pasteurisiertem Rahm. Centralblatt für Bakteriologie. Tom 28, 1900, str. 542 23) Tabler: Beitrag zur Frage des Vorkommens von Tuberkelbacillen und anderens äurefesten Bacillen in der Marktbutter. Zeitschrift für Hygiene. Tom 36. 1901. str. 120 34) Herr i Beninde: Untersuchungen über das Vorkommen von Tuberkelbacillen in der Butter. Zeitschrift für Hygiene. Tom 38. 1901. str. 152. 25) O. Bujwid: Memoryał w sprawie zapobiegania rozszerzenia się gruźlicy, a w szczególności za pośrednictwem mleka i mięsa zwierząt gruźliczych. Przegl lekar. 1898. 26) O. Bujwid: Wyniki badania mleka krakowskiego na zarazki gruźlicze. Przegl. lekar. 1901.

III. Oko a ucho, wzajemny ich stosunek i zależność pod względem anatomicznym i klinicznym.

Podał
Dr. R. Spira.

(Dokończenie).

c) Odruchy czuciowe powstają przeważnie drogą nerwu troistego, zaopatrującego włóknami czuciowemi oko i narząd przewodzący głos, a występują zazwyczaj jako bóle. Moos [75]) i Haug [76]) spostrzegali kłójące bóle w oku, oraz łzawienie podczas wycięcia ukleja w jamie bębenkowej tej samej strony; Moos sądzi, że jest to następstwo podrażnienia nerwu łzowego i nerwu skórnego. W dwóch przypadkach Urbantschitscha, w których przy czytaniu, szyciu i innych tego rodzaju okolicznościach występował regularnie wskutek wpatrywania się silny ból głowy, wyleczenie nastąpiło po przecięciu ścięgna mięśnia strzemiączkowego w tym stopniu, że chorzy byli potem w stanie godzinami oczy natężać bez żadnych dolegliwości. U jednego z nich jeszcze po 15-tu latach nie było nawrotu. W innym przypadku chora, cierpiąca na przewlekły nieżyt ucha, została uwolniona od równoczesnej obustronnej rwy nadoczodołowej przez przecięcie prawego ścięgna m. naprężacza błony bęb. Bóle uszne mogą się przenieść ze splotu bębenkowego drogą nerwu troistego na oko i tu bóle wywoływać.

d) Do zaburzeń odżywczych zaliczyć należy przypadki ze zbiorem objawów Ménièrea, w których uważano raz zapalenie miąższowe rogówki (Knapp), raz znowu obustronne zapalenie nerwu wzrokowego. Stein wywołał u świnek morskich zaćmę pod wpływem działania strojników brzmiących. Według Zaufala [77]) przy zapaleniu wyrostka sutkowego występuje czasem zapalenie siatkówki, nieraz i strony drugiej, a ustępuje po ustaniu tego zapalenia, lub po zabiegu operacyjnym na wyrostku. Giberto Scotti [78]) mówi o przypadku, w którym po wyłuszczeniu ślimaka nastąpiło zapalenie spojówki, łuszczka, zrośnięcie dolnej powieki z gałką, brak poczucia światła, marskość rogówki, zupełna nieczułość twarzy, wypadnięcie zębów i brak smaku na języku, wszystko po odpowiedniej (lewej) połowie twarzy. W tym przypadku martwicze zajęcie ostrosłupa spowodowało w początku podrażnienie, później zniszczenie zwoju Gassera. Gellé [78]) spostrzegł przypadek odżywczego zaburzenia w oku wskutek ropnego zapalenia ucha środkowego, sięgającego aż do szczytu ostrosłupa kości skalistej. Tu należy może także zaliczyć przypadki zapalenia nerwu wzrokowego, występujące w chorobach ucha i wyrostka sutkowego, jak to sądzi Lunn [79]).

e) Odruchy naczynioruchowe. Do tej kategoryi zaliczyć należy przypadek przytoczony przez Urbantschitscha, tyczący się dziewczyny, u której po każdem dotknięciu wewnętrznej ściany jamy bębenkowej występowało obrzmienie powiek dolnych, ustępujące po kilku sekundach. Ucisk na szyjną część nerwu spółczulnego wywoływał ten sam objaw [80]). Tu należy także wyżej przytoczony przypadek Moosa, w którym przy wyjęciu ukleja z ucha wystąpiło łzawienie. Według v. Frankl-Hochwarta [81]) nerw twarzowy zawiera także włókna czuciowe i naczynioruchowe. Okoliczność ta tłomaczyłaby fakt, że w przebiegu porażenia tego nerwu zauważono opuchlinę powiek. Bóle uszne mogą drogą odruchową wywołać obok bólów oka jeszcze wzmożone wydzielanie gruczołów łzowych i nastrzykanie naczyń spojówkowych.

Nie pochlebiamy sobie, ażebyśmy wyczerpali przedmiot, przedstawili wszystkie nici, tworzące wzajemny związek obu w mowie będących narządów. Zestawiając szczegóły i pojęcia o teraźniejszym stanie tej sprawy, chcieliśmy przyczynić się do głębszego i gruntowniejssego badania tych związków, do zwrócenia na ten wzajemny stosunek większej uwagi ze strony otyatrów i okulistów. Dalsze studya i dochodzenia, oraz szczegółowe zestawienia powinowactwa, analogii i podobieństwa obu tych narządów przyczynią się niewątpliwie do wyjaśnienia nie jednego ciemnego jeszcze zagadnienia w zakresie ich fizyologii i patologii, pozwalając ze znanego stanu jednego narządu wyprowadzać wnioski o stanie drugiego. Okuliści i otyatrzy bacząc więcej na związki obu wspomnianych narządów, mogą przez ścisłą obserwacyę i ogłaszanie odpowiedniej kazuistyki przyczynić się do uprawienia tego żyznego, a przecież jeszcze ugorem leżącego pola i do wyjaśnienia niejednej spornej lub niejasnej jeszcze kwestyi. Ogólne zaś uznanie ważności badania oka w przebiegu chorób usznych, częstsze posługiwanie się tym czynnikiem dyagnostycznym, ułatwi i przyspieszy wczesne rozpoznanie zmian i zaburzeń śródczaszkowych i spowoduje zastosowanie odpowiednich zabiegów leczniczych, nieraz mogących ocalić poważnie zagrożone życie.

Piśmiennictwo. 1) Rohrer: Das Verhältniss der Ohrerkrankungen zu den Augenaffectionen. Klinische Vorträge Hauga T. II. Z 5. 2) Burnet: A. und O. VI. 1. 3) Gradenigo: Handbuch d. Ohrenh. Schwartzego T. II. str. 531.. 4) Urbantschitsch: Lehrbuch der Ohrenh. 4-te wydanie, str. 29. 5) Sędziak. O stosunku chorób nosa do zaburzeń ocznych. Postęp okulistyczny 3. 4, 1901. 6) Spira. 1) Wnioski zmierzające do zapobiegania głuchoniemocie. Przegląd lek. 1901. 2) O patologii i leczeniu nieżytu przewlekłego ucha średniego. Gazeta lekarska 1894. 7) Ziem: Annales des maladies de l'oreille etc. 1892. 8) Arslan: przytoczony przez Sędziaka p. 5. 9) Urbantschitsch: Lehrbuch, p. 111. 10) Urbantschitsch: Lehrbuch, p. 523. 11) Pierret: Revue mensuelle 1877. 12) Bürkner: Archiv f. Ohrenh. T. 21.: 13) Freund i Kayser: Deutsche med. Woch. 1891 14) Dunn: Lancet 1845. 15) Bonnafont: Maladies de l'oreille 1873. 16) Heinzel: Gesellsch. der Aerzte in Wien 17 go listop. 1865. 17) Graefe i Saemisch: Handbuch der Augenheilk. 1877. 18) Danziger: Die Entstehung und Ursache der Taubstummheit 1900. 19) Bürkner: Arch. für Ohrenh 13. 20) Heine. Casuistisches über otitischen Hirnabscess. Arch. f. O. T 45. 21) Heiman: Medycyna 1896 i Zeitschrift f. Ohr. T. 32. 22) Okada: Diagnose u. Chirurgie d. otogen. Kleinhirnabscesses. Klinische Vorträge Hauga Tom III. 1900. 23) Hessler: Die otogene Pyaemie 1896. 24) Habermann: Deutsche otol. Gesellschaft 1898. 25) Styx: Zeitschrift f. O. T. 19, 26) Bircher: Schweizer Centralblatt f. Chirurgie B. XXII. 1893. 27) Spira: Przypadek urazowego zapalenia poprzecznej zatoki żylnej w następstwie otwarcia wyrostka sutkowego przy ropnem zapaleniu ucha środkowego. Przegląd chirurgiczny. Tom II. Z. 1. 28) Elschnig: Ueber die pathologische Anatomie und Pathogenese der sog. Stauungspapille. Von Graefego Archiv f. Ophtalmologie B. 41, 1898. 29) Schwartze: Handbuch der Ohrenkr. T. II. p. 796. 30) Hansen: Archiv f. Ohrenh. T. 53. 31) Nussbaum: Mitteil. d. ärzt. Vereines in Wien, 1873, Nr. 3. 32) Bleuler i Lehmann: Zwangsm. Lichtempf. durch Schall etc. Lipsk, 1881. 33) Steinbrügge: Ueber secund. Sinnesempf. 1887. 34) Suarez de Mendoza: cyt. przez Heimana: „Choroby narządu słuchowego". 35) Urbantschitsch: Archiv für Physiol. 1888 i Lehrb. der Ohrenkr. 36) Urbantschitsch: Lehrbuch p 69 i II. Zjazd austryackiego Towarzystwa otologicznego. Przegląd lekarski 1898. 37) Delean: Medicin. Jahrbuch. Wien, 1840 38) Kieselbach i Wolfberg: Berliner klin. Wochenschrift, 1885. 39) D'Arsonval: Soc. de Biologie 1888. 40) Stevens: Archiv für Ohrenh. T. XIX. 41) Knies: Beziehungen des Sehorganes und seiner Erkrankungen, 1893. 42) Wolf: Aug. u. Ohr. T. IV, 1 43) Theobald: American otological Society, 1896 Archiv für Ohrenh T. 44. p. 117. 44) Schwabach: Deutsche Ztg. f. pr. Heilkunde 1878. 45) Kipp: Arch. f. Ohrenh. T. 28, p. 92. 46) Bürkner: American otolog. Society Arch. f. Ohr. T. 17. 47) Pflüger: Deutsche Zeitg. f. pr. Heilk. 1875. 48) Magnan: Societe de biologie, 1888. 49) Cohn: Berliner klin. Woch. 1891. 50) Jansen: Archiv f. Ohr. T. 36 i T. 45. 51) Geronzi: Bericht über die 3. Versammlung der italienischen Gesellschaft für Laryngologie, Otologie und Rhinologie. Archiv f. Ohr. T. 46, p. 282. 52) Friedrich: Phinologie, Laryngologie und Otologie etc. p. 229.

53) Ostmann: Arch. f. Ophtalmologie, 1897. 54) Spira: O wstrząśnieniu błędnika. Przegl. lek. 1890. 55) Cyon: Les rapports physiologiques entre le nerf acustique et l'appareil moteur d'oeil. Gazette méd. 1876, Nr. 17. 56) Kreidl: Ges. der Aerzte in Wien. 1892. 57) Denke: Zeitschrift f. O. T. 36. 58) Adler: Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilk. T. XI. 59) Högyes: Archiv f. Physiologie T. 26. 60) Baginsky: Berliner Academie der Wissenschaft. 1882. 61) Lucae: Archiv f. Ohrenh. T. XVII. 62) Jakobsohn: Archiv f. Ohr. T. XXI. 63) Gottstein: Archiv f. Ohrenh. XVI. 64) Buzzard: Petersb. med. Wochs. 1879. 65) Schwartze: Archiv f. Ohrenh. T. I. 66) Moos: Zeitschrift für Ohr. T. XII. 67) Spira: Archiv für Ohrenh. TXLI. Przegl. lek. 1897. 68) Thomas: Revue hebdomadaire de laryngologie, d'otologie et de rhinologie, 1899. 69) Moos: Archiv T. II. 70) Schwartze: Archiv XVI. 71) Gellé: Maladies de l'oreille, Paris 72) Gervais: Union méd. 1851. 73) Holt: American otological Society 1889. Archiv für Ohrenh. 30. 74) Habermann: Prager med. Wochs. 1884. 75) Moos: Klinik der Ohrenh. cyt. u Urbantschitscha. 76. Haug: Klinische Vorträge. Die Krankheiten des Ohres und ihre Beziehungen zu den Allgemeinkrankheiten. 1893. 77) Zaufal: Prager med. Woch. 1881. 78) Giberto-Scotti. Schmidt's Jahrbücher, 1859. 79) Lunn: The Lancet, 1899. West-London Medico-Chirurgical Society. 80) Urbantschitsch: Oesterr. otolog. Gesell. 1900. 81) v. Frankl Hochwart: Neurolog. Centralblatt 1891, 10.

IV. Oceny i sprawozdania.

Köhler Alb. **Grundriss einer Geschichte der Kriegschirurgie.** (Berlin, Verlag von August Hirschwald).

W źródłowo opracowanem dziełku stara się profesor Köhler dać nam krótki rys dziejów chirurgii polnej od najdawniejszych aż do najnowszych czasów, co tembardziej na zaznaczenie zasługuje, że tego przedmiotu już się dawno nie tykano. A przecież wszelki postęp w naszej wiedzy wyciskał wybitne piętno na chirurgii wojennej, która równocześnie z nauką medycyny zaznaczała chwile postępu i zastoju. Z tego zapatrywania wychodząc, zastanawia się K. nad tym działem chirurgii polowej w czasach ubiegłych, wynajduje jej pierwsze ślady w epoce, kiedy się walczący nawzajem opatruja, zapoznaje nas ze stanem jej u starożytnych Egipcyan, Izraelitów, Chińczyków, Indusów, Greków, Rzymian, Arabów i roztrząsa wpływ, jaki wywarło na chirurgię polową wynalezienie prochu strzelniczego i wydoskonalenie broni palnej, do jakiego doprowadziła najnowsza technika. K. przechodzi także historyczny rozwój pojedynczych działów chirurgii polnej, jak nauki o opatrunkach i narzędziach, o znieczuleniu, transfuzyi, zakładaniu szwów i traktowaniu ran, amputacyi, resekcyi, eksartykulacyi, trepanacyi, laparotomii i o zakładaniu szwów jelitowych, nie zapominając nawet o szpitalnictwie polnem.

Książka, przyozdobiona licznemi dobrze wykonanemi rycinami, czyta się bardzo przyjemnie, wypełnia brak dawno odczuwany i zasługuje na to, by się znalazła w bibliotece każdego lekarza. *Dr. Lachs.*

V. Wyciągi.

Klingmüller. **Obecny stan nauki o trądzie.** *(Die Heilkunde* Nr. 7, 1902). Pomimo, że do dzisiejszego dnia nie udało się jeszcze hodować swoistego prątka, nie ulega już chyba najmniejszej wątpliwości, że trąd jest chorobą zakaźną, mogącą się przenosić z człowieka na człowieka. W ogólności jednak można powiedzieć, że to udzielanie się choroby nie jest znów tak bardzo łatwe: jeśli się bowiem zważy, że właśnie ci, którzy najwięcej z trędowatymi mają do czynienia, (lekarze, służba szpitalna, poszczególni członkowie rodzin — należycie pouczeni) najmniej stosunkowo zapadają, wówczas łatwo pojąć, że przeniesienie się zarazka musi zależeć od rozmaitych warunków, całkowicie dziś jeszcze nie wyjaśnionych. Powszechnie dzisiaj przyjmują (Arning, Sticker, Glück), że prątek trądu usadawia się najpierw na błonie śluzowej nosa, — tu bowiem spotkać można pierwsze typowe zmiany chorobowe, jakkolwiek i nie brak autorów, którzy twierdzą, że pierwszym etapem bywają cebulki włosowe, a ztąd drobnoustroje rozwijają dzieło zniszczenia.

Na zasadzie objawów klinicznych ustalił się obecnie podział trądu na dwie postacie: *a)* trąd guzowaty (*lepra tuberosa*) i *b)* plamisto znieczulający (*lepra maculo-anaesthetica*). W przebiegu pierwszej postaci rozwijają się z początkowego nacieku znamienne guzy — nowotwory (*leproma*), składające się z charakterystycznych komórek trądowych, w drugiej wytwarzają się jedynie nacieki wzdłuż naczyń i zajmują nadto zakończenia nerwów, skutkiem czego przychodzi już wcześnie do rozmaitych zmian w zakresie czucia. Przebieg kliniczny trądu dałby się przedstawić mniejwięcej w następujący sposób: po kilkakrotnych napadach dreszczów, bólów gośćcowych i ogólnego osłabienia występują na ciele czerwonawe plamy różnego kształtu i wielkości, które po krótszem lub dłuższem trwaniu znów znikają. Równocześnie można już zauważyć zboczenia w czynności skóry (*hyper-* lub *hyphidrosis*), wypadanie włosów, zaburzenia w czuciu i t. p. Z plam wyżej opisanych tworzą się z biegiem lat nacieki i ogniska, przechodzące wreszcie w typowe guzy trądowe. Największe zmiany okazuje twarz: skóra staje się tutaj grubszą, nacieklą, brunatno-czerwono zabarwioną; czoło jest poorane głębokiemi bruzdami, brwi otaczają oczodoły nakształt grubych wałów, nos grubieje i już teraz można zauważyć na twarzy większe lub mniejsze guzki w skupieniach lub pojedynczo, które później i na kończynach się pojawiają. Guzy te mogą przejść w ropienie lub nie. Trąd błon śluzowych przedstawia się prawie tak samo; — różnica zachodziłaby chyba w tem, że tu guzy przechodzą z reguły w ropienie. Choroba kończąca się zresztą zwykle śmiercią, może mieć przebieg ostry, lub też przewlekły, — nawet do 20 lat; — chorzy zazwyczaj umierają skutkiem wytwarzającej się z biegiem czasu gruźlicy płuc, aczkolwiek niektórzy utrzymują (Hansen), że zmiany trądowe mogą zupełnie ustąpić.

Okres zwiastunowy drugiej postaci trądu, t. j. plamisto-znieczulającej, tem jedynie mógłby się różnić od pierwszej, że przeważają w wielkiej mierze objawy ze strony układu nerwowego, — natomiast objawy kliniczne mają swoje odrębne własności. Pojawiające się plamy, a opadające twarz, tułów i kończyny mają wielkie podobieństwo do róży i mogą zupełnie zniknąć, lub też doprowadzić do przebarwienia (*pigmentatio*), albo całkowitego odbarwienia (*depigmentatio)* skóry (*morphaea alba*). Początkowo okolice zabarwione znamionują się wzmożonem czuciem; po krótkim zaś czasie można już zauważyć, że czucie jest wybitnie upośledzone — prawdopodobnie skutkiem zajęcia nerwów. Drugim znamiennym objawem tej postaci są pęcherze (*pemphigus leprosus)*, występujące albo równocześnie z plamami, albo też rozwijające się na miejscu znikających plam, szczególnie w okolicach narażonych na urazy zewnętrzne (łokcie, kolana i t. d.). Po zmętnieniu wodojasnej zrazu treści pęcherzy, pękają one na wierzchołku, tworząc wrzód gojący się później z pozostawieniem bladawej twardej blizny, dokoła przebarwionej. W łączności z tem wytwarzają się zaniki mięśni, które już można uważać za następstwa zwyrodnienia nerwów; — zajęte są najpierw mięśnie śródręcza (*m. interrossei*), później inne, prowadząc często gęsto do szponowatego ustawienia ręki. Z biegiem czasu występują porażenia nerwu twarzowego i mięśni twarzy, wysadzenie gałek ocznych, łzawienia i wrzodzenia, objawy nadające całej twarzy charakterystyczny wyraz cherowaty.

Rokowanie *quoad vitam* w tej postaci jest wprawdzie lepsze, albowiem doświadczenie uczy, że choroba może przycichnąć; — sprowadza jednak takie zniekształtnienie ciała, że istotnie może zachodzić pytanie, czy też śmierć nie byłaby lepszą od życia, połączonego z takiemi męczarniami. Rozpoznanie nie jest trudne w przypadkach zupełnie rozwiniętych, a nawet i w początkowych, jeśli się tylko myśli o tej chorobie, przy uwzględnieniu przytoczonych objawów. Trudność w rozpoznaniu byłaby tylko wtedy, jeśliby się przypadek trądu pojawił w okolicy zupełnie wolnej od tej zarazy.

Dotychczas nie zdołano wyszukać odpowiedniego a skutecznego środka: — polepszenie następuje po stosowaniu salicylanu sodowego, rtęci, tyreoidyny itd.; również uważano poprawę po tuberkulinie Kocha i surowicy trądowej Carrasquilla; przetwory jodu pogarszają raczej stan choroby; — wogóle po środkach aptecznych mało należy się spodziewać. Dlatego baczną uwagę trzeba zwrócić na ogólne zasady higieniczne i zapobiegawcze: suche zdrowe pomieszkanie, czystość, dobre odżywienie i odkażanie, względnie niszczenie wydzielin trędowatych chorych. *Dr. Pisek* (Podgórze).

Dr. H. Rosin. **Racyonalna metoda leczenia oksalluryi.** (*Therapie der Gegenwart*, IX. 7, 1902). Powstanie oksaluryi, objawiającej się kryształami szczawianu wapniowego, nie zależy zdaniem Klemperera li tylko od zwiększonej ilości tych kryształów, lecz także od warunków ich rozpuszczalności. Klemperer wykazał, że kwas moczowy występujący w moczu, a pochodzący przeważnie ze składników roślinnych pożywienia, a tylko w małej części z glikokolu i kreatyny mięsa, jakoteż z kwasu glikocholowego żółci, pozostaje w rozpuszczeniu, jeżeli ilość bezwzględna kwasu szczawiowego nie przekracza 1—1,5 mg. na 100 cnt. moczu. Przy oksaluryi wchodzą w grę trzy czynniki: oddziaływanie moczu, sole magnowe i wa-

pniowe. Klemperer wykazał, iż rozpuszczalność kwasu szczawiowego, jako soli wapniowej zostaje ułatwiona, jeżeli mocz oddziaływa silnie kwaśno przy małej ilości soli wapniowych, a wielkiej soli magnowych tak, że więcej jak 20 mg. magnu i wapna w równej ilości na 100 cnt. moczu. Te wyniki badań Klemperera, stwierdzone tabelarycznie licznemi doświadczeniami, mają nader wielką wartość praktyczną w leczeniu oksaluryi. Przedewszystkiem 1) zmniejszyć należy ilość przyjmowanego, a więc i wydalonego kwasu szczawiowego, a to zapomocą dyety, zabraniającej używania jarzyn, szczególnie szpinaku, kapusty, kawy, kakao, a zawierającej dużo płynu; 2) dalej wskazane jest silne zakwaszenie moczu zapomocą dyety mięsnej, przy równoczesnem podawaniu potraw mącznych, ryżu, tłuszczów, a z owoców gruszek i jabłek; 3) zmniejszyć należy ilość wapna, więc zabronić mleka i jaj, a 4) zwiększyć ilość soli magnowych przez podawanie magnezyi.

Rosin opisuje przypadek oksaluryi u 52-letniego pacyenta, cierpiącego od pięciu lat, u którego już w tydzień po zastosowaniu odpowiednich przepisów dyetetycznych i podaniu przetworów magnowych aż do częściowego zalkalizowania moczu, kryształki zupełnie znikły. Niewystępowanie kryształów nawet po ustaniu podawania magnezyi tłómaczy Rosin tem, iż z powodu braku kryształów stanowiących jądro znika w moczu skłonność do dalszej krystalizacyi.

Dr. Bolesław Komorowski.

Brüning. **Odżywianie chorych dzieci zapomocą przetworu t. zw. „Odda“.** (*Therapie der Gegenwart* 7 II., 1902). Trudne trawienie mleka krowiego u dzieci, zdaniem Prof. Meringa, zależy nietylko od nieodpowiedniego w niem składu istot białkowatych, ale i tłuszczów. Prof. Mering złożył świeżą pożywkę dla dzieci pod nazwą „Odda“, przedstawiającą się jako żółtawo-bronzowy proszek i wprowadził go w handel.

Proszek ten zawiera:

wody	5·0%
białka	14·5%
tłuszczu	6·5%
lecytyny	0·4%
węglowodanu	71·5%
istot mineralnych	2·1%
z tego (wapna	0·53%
kwasu fosforowego	1·10%).

Jeden gram tego proszku dostarcza 4·3 kaloryj. Podczas gdy węglowodany złożone z rozmaitych składników (cukier, maltoza, dekstryna, skrobia), to w tym nowym przetworze odżywczym w miejsce tłuszczu masła jest tłuszcz żółtka jaj i masło kakaowe w równych częściach, przez co lecytyna i witelina, istoty białkowate zawierające fosfor, mają jako nader łatwo strawne zastąpić trudno strawny sernik mleka krowiego.

Brüning stosował ten preparat odżywczy w 87 przypadkach, z tego w 48 czynił spostrzeżenia kliniczne, a w 39 polikliniczne. Tylko w 18 przypadkach podawał autor sam rozczyn „Odda“; u reszty chorych stosował jako dodatek do pożywienia mlecznego, osłodzanego odpowiednio cukrem mlecznym. Podstawowy rozczyn tej mączki do odżywienia był: 3 gramy „Odda“ na 15 sz. cmt. rozczynu.

Przepis Meringa poleca na kilogr. wagi ustroju 20—25 gramów mączki. Na klinice Prof. Soltmana zaczynano od małych porcyj, 15—25·00 dziennie, a zwiększano w odpowiednich przypadkach, gdy pożywienie to było dobrze znoszone, i dochodzono przeciętnie do 40—60 gramów, a jako najwyższą dawkę dzienną w przypadkach klinicznie spostrzeganych podawano od 120 do 180 gramów.

Wyniki wykazały, iż w nowym Meringowskim przetworze odżywczym „Odda“ zdobyliśmy preparat, który nietylko dla dzieci chorych na żołądek i kiszki, ale nawet dla dzieci bez zaburzeń w przewodzie pokarmowym i to nietylko jako dodatek, lecz w odpowiednich przypadkach przejściowo, jako wyłączne pożywienie, może być podawany z dobrym skutkiem.

Dr. Bolesław Komorowski.

Dützmann. **Rozpoznanie i leczenie wypocin.** (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* Tom 16, Zeszyt I, 1902). Interniści, a w ostatnich czasach i chirurdzy zauważyli, że ilekroć w ustroju przychodzi do ropienia, ilość leukocytów wzrasta. D. starał się metodę tę rozpoznawczą zastosować do ginekologii i otrzymał wyniki istotnie świetne. Badał on w tym kierunku 163 przypadków i przekonał się, że ustrój oddziaływa z nadzwyczajną ścisłością na w nim się znajdujące ognisko ropne, nawet małe. W przypadkach niejasnych, gdzie ani wywiady, ani tętno i ciepłota, ani nawet nakłócie próbne — zupełnie ich nie wyświetlały, liczenie leukocytów było owym środkiem rozpoznawczym niezawodnym; we wszystkich przypadkach, w których ilość leukocytów była zwiększoną, znaleziono przy operacyi ropę; gdzie zaś ilość ich była prawidłową, tam ropy nie było, mimo że inne objawy rozpoznawcze przemawiały za ropieniem. Metoda ta ma bardzo ważne znaczenie w rozpoznaniach różniczkowych, n. p. czy mamy do czynienia z krwistekiem zamacicznym, przechodzącym w ropienie, czy nie — i t. p. Naturalnie, że ścisłe i wczesne rozpoznanie niemało przyczynia się do racyonalnego leczenia. Prócz tego zauważył D., że przy ropieniu na tle łańcuszkowców ilość leukocytów zawsze była bardzo znaczną (30.000), zaś przy ropieniu na tle koków o mniejszej sile żywotnej, jak gonokoki lub *bact. coli* ilość leukocytów wahała się w granicach średnich (11—13.000). Wreszcie starał się D. zastosować liczenie leukocytów celem wczesnego rozpoznania zapalenia otrzewnej i posocznicy; zauważył przytem, że gdy ilość leukocytów była bardzo wysoką, chore takie mimo bardzo znacznej gorączki i złego stanu ogólnego przetrzymały chorobę i wyzdrowiały; podczas gdy chore, u których ciepłota była również wysoka, a ilość leukocytów prawidłowa, lub nawet zmniejszona, wszystkie zmarły. Spostrzeżenia te, nadzwyczaj interesujące i ważne, nietylko dla rozpoznania i leczenia, ale i rokowania, poleca D. lekarzom do dalszego badania. Przechodząc do leczenia wypocin, poleca D. gorące powietrze tak przeciw wypocinom starym, jak i świeżym. Na szeregu przypadków przedstawia autor wyniki tego leczenia, które można nazwać świetnymi. W stosunkowo krótkim czasie przychodzi w starych wypocinach do rozmiękania i wessania, w świeżych zaś — do zropienia, które po wypuszczeniu ropy szybko się goją. D. używał do leczenia tych przypadków skrzyń odpowiednio sporządzonych przez Klappa. Sposób wywiązania ciepła: spirytusem, gazem, światłem elektrycznem, czy w inny sposób, — nie odgrywa żadnej roli. Ciepło powinno dochodzić nawet do 150° C.

Dr. E. Ehrenpreis.

Dr. A. Radsiewsky. **O sztucznej przetoce między pęcherzykiem żółciowym a jelitem i o jej wpływie na ustrój.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. IX, Z. 4 i 5, 1902). Operacya ta, wykonana po raz pierwszy przez Winiwartera, po dziśdzień bywa jeszcze uważaną przez niektórych (n. p. przez Kehra) za niebezpieczną, łatwo bowiem przyczynić się może do wywołania ropnego zapalenia przewodów żółciowych.

Z rozmaitych wskazań (rak trzustki lub przewodu żółciowego, kamienie, zarośnięcie, zwężenie, ucisk tego przewodu itd.) operacyę tę dotychczas wykonano 56 razy. Zakładano przetoki między woreczkiem żółciowym a: żołądkiem (2), dwunastnicą (5), jelitem cienkiem (39), kiszką grubą (6): między przewodem żółciowym a dwunastnicą (3), między uchyłkiem tego przewodu a dwunastnicą (1). Zanotowano 35% śmiertelności z rozmaitych przyczyn; — w żadnym jednak przypadku napewno nie można było stwierdzić, aby *cholangitis purulenta* była przyczyną śmierci. Zatem kazuistyka nie przemawia wcale przeciw tej operacyi, jak i wyniki z doświadczeń Dra R. Psy po założeniu przetoki między woreczkiem żółciowym a jelitem żyły i rozwijały się znakomicie. Sekcya wykonana w pewien czas po operacyi stwierdziła: 1. rozszerzenie przewodów żółciowych, gdyż parcie w jelitach jest większe, niż w woreczku żółciowym; 2. przerost ścian tych przewodów, zależny przeważnie od zgrubienia błony śluzowej, w której wytwarza się mnóstwo nowych gruczołów; 3) nowotworzenie mieszków chłonnych w błonie śluzowej pęcherzyka; 4) wtargnięcie bakteryj jelit wysoko w przewody wątroby, w których istniały objawy słabego nieżytu złuszczającego; 5) mimoto objawów zakażenia tymi drobnoustrojami nie stwierdzono, brakuje bowiem bardzo ważnego spółczynnika dla powstania zakażenia, t. j. zastoju w odpływie żółci.

Herman.

Sołowjew. **Przypadek zakażenia jelita grubego i żołądka** *balantidio coli.* (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 14). S. spostrzegał w klinice prof. Kurłowa (Tomsk) przypadek raka odźwiernika żołądka z przedziurawieniem do jelita grubego. Wypróżnienia chorego, oraz wymiociny woni kałowej, zawierały bardzo liczne żywe *balantidia.* Największa długość okazów żywych wynosiła 90 μ, największa szerokość 50 μ, najczęściej jednak spotykają się okazy o mniejszych rozmiarach, mianowicie 76 μ długości i 42 μ szerokości. Rozmiary pasorzytów utrwalonych są mniejsze, przeciętnie 65 × 40 μ. Wewnątrz pasorzytów znajdują się białe i czerwone krwinki, rozkładające się lub jeszcze nie zmienione, wyraźne dwie wakuole, tylna większa, środkowa mniejsza, błyszczące jądro, które w okazach żywych nie ma stałego kształtu, przedstawiając się już to okrągłem, już to podłużnem, — wreszcie rozpad ziarnisty.

Oprócz badania pasorzytów S. przedsięwziął jeszcze anatomopatologiczne badanie jelita. Sekcya była dokonaną po upływie 3 godzin po zejściu śmiertelnem; kawałki jelita utrwalono w 30% formalinie i następnie zamknięto w parafinie. Podobnie wczesna sekcya i szybkie utrwalenie preparatu są niezbędnymi warunkami dla odpowiednich badań z *balantidium.* Skrawki barwione przeważnie hematoksyliną. Postępując w ten sposób, S. stwierdził przedewszystkiem te wyniki, do których doszedł w roku 1901 w przypadku

balantidium coli; pasorzyty te okazały się w ogromnej ilości we wszystkich bez wyjątku warstwach ściany jelita, zwłaszcza w okolicy, graniczącej z ogniskami martwiczemi; w samych zaś ogniskach ich nie było. *Balantidia* są rozsiane w gruczołach i tkance międzygruczołowej, nacieczonej komórkami okrągłemi; wstępując do wązkiego światła gruczołu, pasorzyty zmieniają swoje kształty niekiedy na tyle, że długość ich staje się przeszło trzy razy większą, niż szerokość. Tą giętkością pasorzytów tłómaczy się ta okoliczność, że ich okazy dojrzałe zachodzą często pod nabłonek na znaczną odległość od miejsca wtargnięcia, nie pociągając ze sobą naruszenia całości tkanki. Nacieczenie zapalne w miejscach nagromadzenia się pasorzytów, jak również i dokonane przez S. doświadczenia dowodzą, że przedostawanie się *balantidii* do ścian jelita nie jest zjawiskiem pośmiertnem, lecz odbywa się za życia chorego. *Balantidia* przedostają się przez gruczoły lub między gruczołami w zdrowych częściach błony śluzowej; w błonie podśluzowej mnożą się one bardzo szybko i wywołują tu największe zmiany; ztąd one przedostają się między pęczki mięśniowe i w przestwory podsurowicze. Temu przedostawaniu się pasorzytów towarzyszą zmiany zapalne ze strony tkanek jelita; najwybitniej występują one w błonie podśluzowej; ztąd rozpoczyna się martwica; rozchodząc się ztąd we wszystkich kierunkach, dochodzą zmiany martwicze z jednej strony do warstwy mięsnej, z drugiej zaś do błony śluzowej; pozbawione prawidłowego odżywiania, gruczoły również ulegają martwicy i odpadają.

Przytoczone badania S. dowodzą, że *balantidium* nie jest wcale niewinnym pasorzytem, jak mniemano dotychczas. Bez wątpienia jest on sprawcą wrzodziejącego zapalenia jelit; z drugiej zaś strony badania autora wyjaśniają uporczywość tego cierpienia i przyczynę ponownego zjawienia się pasorzytów w wielkiej ilości, po zupełnem zdawało się zniknięciu ich w wypróżnieniach.

Przypadek S. wykazuje wreszcie, że *balantidia* mogą rozwijać się nietylko w ścianie jelita grubego. S. znajdował je również w ścianach żołądka między gruczołami; tu one także niekiedy wnikają bardzo głęboko. Niezwykły rozwój ich w żołądku w danym przypadku tłómaczy się pomyślnymi warunkami, mianowicie brakiem kwasu solnego pod wpływem raka i zasadowym odczynem treści żołądkowej. *Witold Orłowski.*

Docent Dr. Szontagh. **Przyczynek do nauki o płoniczych zapaleniach stawów.** (*Jahrb. f. Kinderheilkunde* Tom 55. 513, 6 str., 1902). Płonica jest wyjątkową chorobą w patologii: żadna inna nie okazuje takiej rozmaitości objawów chorobowych, tyle powikłań i chorób następowych, tak, że wielu klinicystów zaczyna powątpiewać co do istnienia zawsze jednakowego czynnika etyologicznego płonicy. To jest pewne, że *genius epidemicus* jest czynnikiem rozstrzygającym w przebiegu płonicy.

Autor opisuje 15 przypadków płonicy, powikłanych z zapaleniem stawów, któremu towarzyszyło zapalenie nerek. Zapaleń tych stawów, przebiegających z wysokim stanem gorączkowym, nie można zaliczyć do żadnej postaci zapaleń stawowych ogólnie przyjętych, zwanych „lekkie“, „ciężkie“, „ropne“, tylko w myśl podziału Bókaya — do przebiegających podostro, względnie przewlekle, przechodzących czasem w *tumor albus*, a nie będących gruźliczemi. Rzeczą jest pewną, że w tych przypadkach przyczyną tego powikłania był *genius epidemicus,* a w niektórych z nich, odnoszących się do rodzeństw, można w myśl teoryi Tucha przypuścić, usposobienie rodzinne.

Mimo powikłania z zapaleniem nerek i stawów w żadnym z spostrzeganych przypadków nie przyszło do mocznicy, a niektóre przypadki nawet naprowadziły autora na przypuszczenie, że rozwijające się zapalenie stawów nie dopuściło do powstania przygotowującego się napadu mocznicowego, zdawałoby się skutkiem znacznego wysięku surowiczego do stawu i zapalnego nacieczenia sąsiednich części miękkich.

Zapalenia stawów w opisanych 15 przypadkach nie były nigdy ropne, jako objaw ogólnej ropnicy, tylko surowicze, a więc nie należy przypuszczać zakażenia drugorzędnego; były one zależne od *genius epidemicus*, a wywołane bezpośrednio jadem płoniczym, więc były chorobą następową w przebiegu płonicy.

Leczenie polegało na zabiegach chirurgicznych, oraz na podaniu aspiryny, nie oddziaływującej wprawdzie szkodliwie na równocześnie przebiegającą chorobę nerek, lecz będącej bez wpływu na stan stawów. *Dr. Komorowski.*

Dr. B. Kraft. **O miejscowych i ogólnych uszkodzeniach z powodu prób odprowadzania przepuklin uwięzłych.** (*Beiträge zur klin. Chirurgie* XXXI, 2, 1902). Jeśli odprowadzanie przepukliny uwięzłej należy obecnie do rzadkości, to zawdzięczamy to aseptyce, która usunęła złowrogie widmo otworzenia jamy brzusznej. Dawniej odprowadzanie było prawie wyłącznem leczeniem przepukliny uwięzłej; ale zważywszy niebezpieczeństwa, które się przy tym, napozór niewinnym rękoczynie, nastręczają, przychodzi się do przekonania, że jakkolwiek niema ścisłych granic wskazania do tego zabiegu, to jednak należy te granice bardzo ścieśnić. Do niebezpieczeństw powstających przy odprowadzaniu przepukliny uwięzłej zalicza autor, na podstawie wielu przypadków zaczerpniętych z piśmiennictwa i historyi chorób z kliniki Garrego: odprowadzenie w całości, gdzie oprócz worka przepuklinowego zostaje odprowadzoną oddzielona od ściany brzusznej otrzewna (jak to miało miejsce w przypadku Benneckego), dalej „repositio properitonealis“, gdzie wskutek pęknięcia worka przepuklinowego, treść worka zostaje wtłoczoną między otrzewnę ścienną, a ścianę brzuszną. Co do worka samego, to może on uledz przedarciu, oddzieleniu od otaczającego tłuszczu, zapaleniu worka z następowem zapaleniem ogólnem otrzewnej, lub otorbieniem i przebiciem na zewnątrz. Dalej może nastąpić krwotok do światła jelita, lub do worka przepuklinowego, krwotok do krezki, zgniecenie jelita z następową zgorzelą i pęknięcie jelita z następstwami. Należy także zwrócić uwagę na niebezpieczeństwo uwięźnięcia przepukliny wogóle, zdarzające się jednak o wiele częściej po odprowadzaniu, niż po herniotomii, a polegające na powstaniu zatorowego zapalenia płuc.

Odprowadzanie zatem przepukliny uwięzłej byłoby według autora dopuszczalne tylko w przypadkach, gdzie brama przepuklinowa jest bardzo szeroka, treść jelitowa papkowata, miękka, ogólny stan jeszcze dobry, a oczywiście trwanie uwięźnięcia krótkie. *B. Żmigród.*

M. Dützmann. **O zachowywaniu się krwinek białych w sprawach ropnych w narządzie rodnym kobiecym.** (*Centralblatt für Gynäkologie* 1902, Nr. 14). Jeszcze w r. 1901 zwrócił Curschmann uwagę na charakterystyczne zachowywanie się liczby ciałek białych w sprawach zapalnych kiszki ślepej i wyrostka robaczkowego, oraz na możność wnioskowania o obecności ropy na podstawie znacznej leukocytozy. Autor robił spostrzeżenia na materyale kliniki ginekologicznej profesora Martina, dochodząc o ile objaw Curschmanna posiada zastosowanie rozpoznawcze w ginekologii. Liczba spostrzeganych przypadków wynosiła 40, a wszystkie potwierdziły zapatrywanie Curschmanna. Czy to był wysięk, czy otok ropny macicy, czy inne sprawy ropne, zawsze wysokość leukocytozy wskazywała na ropienie, a operacya rozpoznanie potwierdzała. Tam, gdzie leukocytozy przed operacyą nie stwierdzono, tam przy operacyi brakowało ropy. Ztąd uważa autor wzmożenie się ciałek białych krwi za istotny objaw spraw ropnych, który może mieć wybitne znaczenie przy rozpoznaniach ginekologicznych ropienia. *Dr. M. Blassberg.*

Watten. **Zranienie serca, zaszycie rany, wyzdrowienie.** (*La Trib. Medic. — The Med. Bull.*, 1902, styczeń). Autor podaje pouczający przypadek rany serca, leczonej operacyjnie z pomyślnym wynikiem. Młody 23-letni człowiek otrzymał w bójce ranę w prawą połowę klatki piersiowej. Po trzech godzinach przeniesiono go do szpitala, gdzie stwierdzono: rana długości koło czterech cnt., w czwartem międzyżebrzu prawem, na odległości 2 cnt. od brzegu mostka. Rana ta bardzo krwawiła, lecz badanie palcem wykazało, iż tętnica sutkowa wewnętrzna, oraz przepona są w całości nie przebite, — natomiast idąc do góry wewnątrz trafiał palec do worka osierdziowego i wyraźnie wyczuwał ranę samego serca.

Autor wyciął chrząstkę IV-go żebra, podwiązał tętnicę sutkową wewnętrzną w trzecim przestworze międzyżebrowym; ranę w worku oserdziowym rozszerzył i uwidocznił ranę serca; wobec silnych skurczów serca trzeba było podłożyć rękę pod serce i przysunąć je do klatki piersiowej, poczem założono trzy szwy z cienkiego jedwabiu. Krwotok ustał zupełnie. Worek osierdziowy sączkowano; gazę z początku w ciągu pierwszych trzech dni zmieniano codziennie. Na ósmy dzień sączek wyjęto zupełnie. Powietrze w jamie piersiowej wessało się i po 15-tu dniach od chwili zranienia można było uważać pacyenta za wyleczonego. Chory opuścił szpital w pięć tygodni po operacyi i wrócił do swej pracy. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Dr. Lorenz. **O odsłonięciu serca uszkodzonego.** (*Archiv Langenbecka* Tom 67, Zeszyt 2, 1902). Autor wypróbował wszystkie metody, zalecane w ostatnim czasie do odsłaniania uszkodzonego serca i ewentualnie zaszycia w nim rany. Z tych najodpowiedniejszą wydaje mu się metoda Wehra-Pagenstechera, którą też poleca z pewną modyfikacyą. Oznaczywszy cięciem skórnem znany płat językowaty, odsłania przedewszystkiem *fascia endothoracica* w III przestworze międzyżebrowym, a tem samem uprzystępnia sobie tętnicę sutkową wewnętrzną. Tętnicę tę podwiązuje. Dalsze postępowanie operacyjne odbywa się na tępo: mianowicie odsuwa od żeber wspomnianą *fascia endothoracica*, a wraz z nią i opłucną, względnie worek osierdziowy. Żebra przecina nożykiem z igiełką, a mostek nożycami. Operuje się szybko, bez obawy krwotoku, lub uszkodzenia worka opłucnowego. *Herman.*

Dr. Joz. Koch. **Doświadczenie na podstawie 200 operacyj doszczętnych, wykonanych z powodu nawrotnego zapalenia okołokątniczego.** *(Archiv Langenbecka* T. 67, Z. II, 1902). Prof. Rotter, z którego oddziału pochodzi materyał, objęty tą statystyką, od paru lat kieruje się tem zdaniem, że operacyę doszczętną z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego podejmować się powinno w 3—4 tygodni po pierwszym napadzie. W tym okresie mogące się nawet znaleźć w głębi ognisko ropne nie jest już bardzo groźnem, najczęściej bowiem — (niezawsze) ropa bywa jałową. Śmiertelność po operacyi w tych warunkach była minimalną, gdyż wynosiła zaledwie 0·5%. Chory zmarł w 5 tygodni po operacyi, — a przyczyną śmierci było zapalenie otrzewnej, które wynikło z powodu pęknięcia cienkiej blizny pooperacyjnej (w powłokach było ropienie) i wypadnięcia trzew. Stanowisko Rottera usprawiedliwia K. tem, że zapalenie wyrostka robaczkowego jest chorobą nadzwyczaj skłonną do nawrotów, że nigdy przewidzieć nie można, jakim będzie drugi napad i że po pierwszym napadzie wyleczenie doszczętne, czy to przez zarośnięcie wyrostka, czy też przez odpadnięcie spowodowane procesem zgorzelinowym u podstawy, zdarza się wyjątkowo — (wedle statystyki autora w 3%). W każdym innym przypadku następuje tylko względne wyleczenie. Wobec takich wyników sądzi autor, że nie potrzeba nawet udowadniać, jak pozbawionem podstawy jest zdanie radykalistów, którzyby chcieli operować podczas ostrego napadu. W żadnym z przypadków doszczętnie operowanych nie powtórzył się napad, a kilku tylko chorych skarżyło się na pewne dolegliwości w okolicy kątnicy. *Herman.*

Harvey Cusking. **Fizyologiczne i anatomiczne spostrzeżenia nad wpływem ucisku mózgu na krążenie śródczaszkowe.** *(Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Medizin und Chirurgie* Tom IX, Zeszyt 4 i 5, 1902). Przez szybkę wprawioną w otwór trepanacyjny mógł autor bezpośrednio spostrzegać zmiany w mózgu, występujące skutkiem podniesionego ucisku miejscowego, lub ogólnego. Przy ucisku miejscowym widzimy obok zapadnięcia się tętnic — rozszerzenie żył. Wpływ na krążenie mózgowe może być bardzo różnym — w różnych okolicach mózgu i zależnie od tego bardzo rozmaicie może się przedstawiać zbiór objawów, które w pierwszym rzędzie zawisły od spółudziału wyższych ośrodków. Znaczna część mózgu może być niedokrewną, a mimoto brakować może t. zw. objawów głównych.

Przy ucisku uogólnionym widzimy też w pierwszej linii rozszerzenie żył. W razie wzmagania się ucisku tętnice mogą uledz całkowitemu zaciśnięciu, ale tylko przemijająco, gdyż w końcu podnosi się ciśnienie w tętnicach tak, że przewyższa ucisk śródczaszkowy. Dzieje się to dzięki podrażnieniu ośrodków naczynioruchowych stanem niedokrewności. Przez ucisk mózgu możemy zatem napewno spowodować te dwa wyłączne objawy: 1) zastój żylny i 2) podniesienie parcia ościennego w naczyniach. *Herman.*

† Dr. Ludwik Świtalski,

Docent położnictwa i ginekologii w Uniw. Jagiell.

Nieubłagana śmierć odwołała tym razem z pośród żyjących człowieka, któremu daleko było do zmierzchu życia; odwołała pracownika wtedy, kiedy on nagromadziwszy z trudem i w pocie czoła materyały do pracy życiowej, stawał do niej z wiarą i z młodzieńczym zapałem. Opustoszał znowu jeden warsztat naukowy i opustoszał na zawsze, gdyż w takim warsztacie niema następcy i dziedzica; każdy musi od fundamentów do stropu budować go sam i on sam tylko umie wziąść do ręki młot, który dla siebie ukuł. A mieliśmy prawo spodziewać się, że z tej pracowni wyjdzie jeszcze dużo prac i niepoślednich; mieliśmy prawo, — bo wiedzieliśmy, jak sumiennie, jak rzetelnie zbudowany został ten warsztat, jakie w nim nagromadzono materyały i mieliśmy w ręku pierwsze prace, które z niego wyszły. Z tem większym żalem i bólem przychodzi nam pogodzić się z tą myślą, że śmierć zabrała pracownika i w niwecz obróciła gmach przez niego wzniesiony.

Ś. p. Dr. L. Świtalski urodził się w r. 1865 w Przeworsku w Galicyi. Studya gimnazyalne odbył w Rzeszowie, poczem zapisał się w r. 1883 na wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego. Jako student odznaczał się niezwykłą pilnością i zapałem do pracy. Stopień doktora wszech nauk lekarskich otrzymał w styczniu 1889 r., poczem natychmiast wstąpił na oddział chirurgiczny ś. p. prof. Alfreda Obalińskiego. Nabywszy należytego wykształcenia chirurgicznego, przeniósł się w następnym roku do kliniki położniczo-ginekologicznej ś. p. prof. Maurycego Madurowicza, gdzie w roku 1893 zamianowany został II-gim asystentem. Po śmierci prof. Madurowicza po objęciu kliniki przez Prof. H. Jordana pozostał na swojem stanowisku, jako asystent II-gi, do roku 1896, poczem do r. 1898 pełnił obowiązki asystenta I-go. Wkrótce po ustąpieniu z kliniki habilitował się w Uniwersytecie jako docent położnictwa i ginekologii i rozpoczął wykłady o operacyach położniczych i ginekologicznych.

Na każdem stanowisku, jakie zajmował, był wzorem sumiennego pracownika; w pracę swoją umiał włożyć cały swój zapał młodzieńczy, całą swoją duszę.

Przez lat blisko siedem klinika ginekol.-położnicza była jego domem, w którym widział nietylko swoje obowiązki, ale i swoje szczęście. Po opuszczeniu kliniki tęsknił do tej całodziennej, a często i całonocnej pracy i wszelki wolny od innych zajęć czas w niej przepędzał. W wykładach uniwersyteckich i w praktyce prywatnej był tak samo sumiennym i rzetelnym, jak w zajęciach klinicznych. Pracował tu i tam całą duszą; w wykładach oddawał uczniom, a w praktyce chorym wszystko z bogatej skarbnicy swojej wiedzy naukowej i praktycznego doświadczenia.

Już od pierwszych lat swojej asystentury był czynnym w piśmiennictwie. Z pod pióra jego wyszedł szereg prac, z których przytaczamy ważniejsze:

1) Ventrofixati uteri. (Przegl. lek., 1894).
2) O zastosowaniu baloników kauczukowych w położnictwie. (Przegl. lek., 1896).
3) Uwagi dotyczące raka szyi macicy. (Przegl. lek., 1896).
4) Kilka uwag dotyczących wodogłowia podczas porodu. (Przegl. lek., 1897).
5) O pierwotnym rozwoju raka wśród włókniako-mięśniaków macicy. (Przegl. lek., 1898).
6) O pozostałościach ciała i przewodu pranercza (Akad. Umiej. Kraków, 1899).
7) O skręceniu szypuły guzów jajnika i przyjajnika. (Przegl. lek., 1899).
8) Chorio-epithelioma malignum eteri (Przegl. lek., 1900).
9) Laparotomia w gruźliczem zapaleniu otrzewnej. (Pamiętnik wydany na jubileusz Prof. E. Korczyńskiego, 1900).
10) Gruczolako-mięśniaki macicy. (Przegl. lek., 1900).

Prace te powstały częścią z sumiennych obserwacyj klinicznych, częścią są wynikiem skrzętnych badań histologicznych i embryologicznych. Jedno i drugie cechuje wielka prawdziwie naukowa ścisłość, brak skłonności do przedwczesnego uogólniania twierdzeń i zdrowy naukowy krytycyzm. Kto znał sposób jego badania naukowego i zapoznał się choćby z kilku pracami, ten wiedział, że autor nie będzie potrzebował nigdy nic w nich odwoływać, ani prostować. Nie wymagały też prace te kontroli innych autorów i budziły pełne zaufanie, przez co stanowiły prawdziwe i cenne nabytki piśmiennictwa lekarskiego polskiego.

Pracy tak wyczerpującej i na tak rozlicznych polach pełnionej nie wytrzymał organizm ś. p. kolegi Świtalskiego. Już $1^1/_2$ roku przed przedwczesnym jego zgonem ciężka niemoc odwołała go z pola działalności lekarskiej i naukowej, a teraz oddała go mogile. Pozostawił po sobie pamięć nieskazitelnie czystego człowieka, wysoce etycznego lekarza, zacnego kolegi i dzielnego pracownika na niwie naukowej lekarskiej. Po rodzinie, opłakuje go w pierwszem rzędzie nasza uniwersytecka klinika ginekologiczna, w której pozostawił dużo śladów swojej mrówczej pracy, i z którą się zrósł myślą i sercem.

Zacnemu człowiekowi, który giął się nieraz za życia pod ciężarem zawodu lekarskiego, — niech będzie po śmierci lekką ziemia rodzinnego miasta, którą tak szczerze i gorąco ukochał.

VII. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

II.

Anatomia i fizyologia narządu płciowego żeńskiego.

(Dokończenie).

Oprócz tego zadania ochrony zdrowia jednostki mają płciowe części kobiece jeszcze zadanie społeczne, t. j. rozpłodnianie. Żeby jednakowoż ten akt nie był czysto fizykalnej przyrody, lecz by istniało u kobiety pewne jego pożądanie, otrzymała ona wyżej wspomniane dwa gruczoły, umieszczone po obydwóch stronach szyjki pęcherza moczowego, których zadaniem jest powiększanie chuci przez wydzielanie treści, zwilżającej części płciowe (ibid. lib. XIV. cap. IX i X).

Podczas spółkowania dostaje się do macicy nasienie męzkie i żeńskie. To ostatnie wydziela się z jąder żeńskich (jajników), które są narządem gruczolastym, i za pośrednictwem przewodów nasiennych (trąbek) spływa do jamy macicy, przyczyniając się ze swej strony do rozszerzenia ujścia macicznego i umożliwiając zastąpienie (ibid. cap. XI.). Nasienie to nie wytwarza się jednakowoż jedynie w jądrach, ale także i w naczyniach do jąder dochodzących. Ztąd to pochodzi, że nadużywanie *in venere* podkopuje ustrój, albowiem opróżnione jądra odciągają soki, których potrzebują do odżywiania się, naczyniom sąsiednim, te znowu dalszym itd. Przy tym procesie zużywa się nietylko sok nasienny, ale istota żywotna *(spiritus vitalis)*, pociągając za sobą zniedołężnienie i wczesną śmierć (de semine lib. I. cap. XVI.). Zgadza się więc G. co do następstw tych z Hipokratesem, ale ich powstawanie inaczej tłómaczy. Według tego bowiem jest nasienie sokiem spływającym z całego ustroju do jąder, a wylewając się zbyt często na zewnątrz, podkopuje ustrój. (Hippocratis „de genitura“ K. I.).

Jak widzimy, podzielał Galen co do istnienia męzkiego i żeńskiego nasienia zapatrywanie tylu innych lekarzy starożytnych i średniowiecznych; różnica zachodzi jedynie w zadaniu i znaczeniu, przypisywanemu tym różnym rodzajom nasienia. Podczas gdy bowiem Empedokles, Demokryt, Pitagoras, Hipokrates, Soranus i inni, a szczególniej Hipokrates, rozróżniali nasienie żeńskie i męzkie, przypisując jednemu i drugiemu tęsamą wartość, a Arystoteles uznawał tylko pewną wilgoć, wydzielaną przez kobietę w czasie spółkowania, to Galen pisał się również na twierdzenie o dwojakiego rodzaju nasieniu, ale uważał nasienie kobiece, jako mniej wartościowe w porównaniu z męzkiem, przyznając jednakowoż jednemu i drugiemu równoważne znaczenie w sprawie zastąpienia (de semine lib II. cap I.). Zastanawiając się jednakowoż nad wartością nasienia, pochodzącego z jajników, dochodzi do przekonania, że jak wogóle kobieta jest osobą mniej doskonałą, a wszystko, co od niej pochodzi, jest gorszem w porównaniu z tem, co pochodzi od mężczyzny, tak i nasienie żeńskie jest jako zimniejsze, wilgotniejsze, a co do ilości skąpsze od męzkiego, mniej wartościowem „statim autem et testiculos foemina erat habitura minores atque imperfectiores, ac sperma, quod in ipsis erat futurum, parcius ac frigidius humidiusque, sequuntur enim haec quoque necessario caloris penuriam“ (de usu p. corp. hum lib. XIV. cap. VI.) Wobec tego byłoby nasienie żeńskie pod względem wartości najbardziej zbliżone do tego, które pochodzi z lewego jądra męzkiego, zachowującego się wobec nasienia z prawego jądra tak, jak żeńskie wobec męzkiego.

Ani samo żeńskie nasienie, ani też nawet samo męzkie — pomimo swej doskonałości — nie jest w stanie zapłodnić kobiety. Do tego jest potrzebne współdziałanie obydwóch. Z bardziej udoskonalonego nasienia powstaje płód męzki, gdy na odpowiednie natrafi warunki. Do tych należy cieplejsza — z powodu blizkiego sąsiedztwa wątroby — prawa połowa macicy (in aphorism. Hippocr. com. quint. 48.), która lepiej nasienie wygrzać potrafi. Z mniej wydoskonalonego nasienia, pochodzącego z lewego jądra, powstaje płód żeński. Rzadkie bardzo, jakkolwiek w zasadzie możliwe, są przypadki, w których z nasienia, przeznaczonego na wytworzenie płodu jednego rodzaju, powstaje płód rodzaju przeciwnego. Ta przemiana jest możliwą, gdy nasienie padnie na część macicy właściwie dla innego rodzaju nasienia przeznaczoną. „si quidem fieri aliquando potest, ut, etiamsi initium a foemina sit profectum, semen, quod alioqui foeminam erat generaturum, a dextra matrice calfactum foetum efficiat masculum; contra, quod masculum erat geniturum, a sinistra refrigeratum in contrarium transmutetur.“ (de usu p. corp. hum lib. XIV. cap. VII.). Jak rozsądne jest to ostatnie twierdzenie, podyktowane koniecznością samoobrony przeciw możliwym zarzutom wynikającym z spostrzeżeń, dokonanych na trzebionych, tak z drugiej strony obala niem Galen całą hipotezę o doskonalszem i mniej doskonałem nasieniu i o pochodzeniu noworodków męzkich z prawego, a żeńskich z lewego jądra. Wobec tego jego twierdzenia nie możemy mu oszczędzić zarzutu spekulacyi.

Większej lub mniejszej ilości nasienia męzkiego lub żeńskiego zawdzięczamy podobieństwo do ojca lub do matki.

Jak widzimy, przyjął Galen w zasadzie naukę Hipokratesa o dwojakiego rodzaju nasieniu. Podczas jednak gdy Hipokrates pouczał, że męzkie i żeńskie nasienie są równowartościowe i różnoznaczne, zawierając już to pierwiastki dla wytworzenia płodu męzkiego, już też żeńskiego, to Galen stosuje i tutaj swoję naukę o temperamentach. Hipokrates przypisuje powstawanie płci i podobieństwa do jednego z rodziców wpływowi ilości jednego z dwóch rodzajów nasion („utrumlibet vero copia superarit, illud ipsum generat. si namque debilius semen multo maiore copia valentius superet, evincitur quod valentius est et debili premixtum ad foeminam transfertur, quod si validum debili copiosus fuerit, superatur debile et ad morem redigitur. „Hippocrat. „de genitura“), a Galen odnosi do tego czynnika jedynie późniejsze podobieństwo do ojca lub do matki, (de semine, lib. II. cap V.)

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 18 września.

* D. 8, 9 i 10 b. m. odbył się w Brukseli Zjazd chirurgów belgijskich, który stworzył, rzec można, odrębny typ tego rodzaju zgromadzeń. Belgijskie Towarzystwo chirurgiczne, które ten Zjazd zarządziło, zaprosiło liczny zastęp chirurgów zagranicznych, przezco zgromadzenie to przybrało cechę kongresu międzynarodowego. Prócz tego z porządku dziennego usunięto przygodne odczyty, a wyznaczono tylko trzy tematy, dla których powołano osobnych referentów. Tematy te są następujące: 1) Leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego (sprawozdawca Broca). 2) Leczenie złamań członków (sprawozdawcy Tuffier i Loubet). 3) Aseptyka i antyseptyka operacyjna (sprawozdawca Valravens). Pomimo że Zjazd zastanawiał się tylko nad temi trzema zagadnieniami i posiadał sporo czasu, dalej — pomimo wielkiej powagi ludzi, biorących udział w rozprawach, każdy z przemawiających w dyskusyi pozostał przy swojem zdaniu i ani siła pocisków argumentacyi, płynącej z głębi przekonania, ani szczery zapał, nie zmieniły postawy dwóch na przeciw siebie stojących zastępów, nie wywołały ani jednego zbiegostwa z pod raz zajętego sztandaru. Potwierdza się zdanie, że nauka lekarska nie posiada jeszcze ścisłości matematycznej, jak architektura, inżynierya i t. d: na wybór metody leczniczej w każdym przypadku nie tyle wypływają określone rachuby, niezmylne aksiomaty, ile suma osobistego doświadczenia lekarza, jego osobista logika lekarska, a często, jak w każdej innej sztuce, osobista intuicya.

Belgijskie Towarzystwo chirurgiczne wystąpiło z wnioskiem, żą-

dającym zorganizowania międzynarodowego Związku chirurgów o określonej liczbie członków, płacących stałą wkładkę i odbywających w określonych terminach swe zebrania dla przedyskutowania ważnych bieżących spraw z dziedziny chirurgii. Sam pomysł został jednomyślnie uchwalony. Gdy jednak poczęto rozważać szczegóły tej organizacyi, wyłoniły się trudności i ostatecznie wybrano obszerny komitet z przedstawicieli wszystkich państw europejskich, któremu polecono wypracować statut zamierzonego związku. Przedstawicielem Austryi wybrany został prof. Gussenbauer.

* Dziekanat Wydziału lekarskiego U. J. rozpisał konkurs na posadę I-go, ewentualnie II-go, asystenta przy klinice chorób wewnętrznych. Płaca roczna wynosi 1400 koron. Podania wnosić należy do dnia 5 października 1902 r. w kancelaryi Wydziału lek.

* Prymaryuszem szpitala powszechnego w Stanisławowie mianowany został dr. Krasowski, dotychczasowy prymaryusz w Gorlicach. Kierownictwo szpitala w Gorlicach otrzymał dr. Leon Żuławski, lekarz szpitalny z Stanisławowa.

* D. 11 października b. r. otwartą zostanie w Amsterdamie Wystawa, która obejmie higienę, medycynę wogóle, aptekarstwo, przybory ratunkowe, sport, środki spożywcze, żywienie się ludzkie wogóle, sztukę kucharską i t. d. Termin do zgłaszania okazów wystawowych oznaczono do końca bież. miesiąca; odezwa nadesłana na nasze ręce (14-go b. m.), wzywa koła handlowe i wytwórcze w Galicyi i Bukowinie, ażeby się zgłaszały w sprawach, dotyczących tej wystawy, do jej reprezentanta w Pradze czeskiej (Karlin), pana Artura Gobiet.

* Międzynarodowe centralne biuro walki z gruźlicą odbędzie swoje zebranie w d. 22 października. Na porządku dziennym między innemi jest sprawa połączenia wszystkich kongresów przeciwgruźliczych («dzikich«) w jedną organiczną całość i nadania temu ruchowi jednolitego kierunku.

* Prof. Lannelongue oświadczył na posiedzeniu »Academie des sciences de Paris«, że stwierdził na jednej mumii z 11-stej dynastyi, t. j. pochodzącej z przed 5000 lat, wyraźne ślady operacyi, wykonanej na wyrostku robaczkowym.

* Komitet, który w przeszłym roku urządzał jubileuszową uroczystość dla Virchowa, rozpoczął swe starania w celu wystawienia pomnika dla zmarłego uczonego.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXXV (25—30—VIII). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 12, urodziło się dzieci 52, zmarło osób 52, mianowicie: z gruźlicy 3 (1 zam.) z zapalenia płuc 12 (4 zam.), z błonicy 1 zam.), z płonicy 3 (1 z.), z odry 1 (z.), z cholery dziecięcej 7.

Mianowania i odznaczenia. Mianowani: Dr. Mańkowski — profesorem nadzwycz. histologii w Odesie. Dr. Schuman — prof. doświadczalnej psychologii w Berlinie.

Nekrologia. Dr. Rubio prof. chirurgii, zmarł w Madrycie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 37. Wizel: Patogeneza swoistego bredzenia paralityków. Przyczynek do badań psychologiczno-doświadczalnych nad bezwładem postępującym. Majewski: O zjawiskach aglutynacyi we krwi człowieka i zwierząt w stanie fizyologicznym (dok.). A. Landau: Nowa teorya (Koranyiego) powstawania moczu w świetle faktów i krytyki (c. d.).

— *Krytyka lekarska* Nr. 9. Kramsztyk Z: Operacye i operatorzy. Lipsztat: W sprawie stosunku niektórych lekarzy szpitalnych do chorych. Frenkiel: Refleksye z powodu artykułu kol. Steinhausa »Czy gorączka przynosi korzyść ustrojowi gorączkującemu«?

— *Medycyna* Nr. 37. Rabek: Błonica u ssawców. Kucharzewski: Przypadek ropnia zrazu czołowego mózgu. Rydygier Antoni: Kryoskopia moczu po narkozie chloroformowej.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 37. Daniček: Chondrom v kanálu pateřnim. Radojković: Léčivé prameny v království Srbském (ciąg dalszy). Slavik: Těžké uškozeni na těle dle § 152 a 155 *a*) tr. z. či lehké ublížení?

— *La Presse médicale* Nr. 72. Mosny: Gruźlica urazowa a ustawa o wypadkach przy pracy. Leroy i Veslin: Doniosłe znaczenie higieny w leczeniu choroby Basedowa.

Nr. 73. Tuffier i Marcland: Schorzenia wyrostka robaczkowego, stwierdzane podczas codziennych sekcyi. Mac-Auliffe: Studyum historyczne nad badaniem zewnętrznem przewodu pokarmowego.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 37. Probst: O znaczeniu wzgórka wzrokowego. Schüler: Trzy przypadki porażenia ramienia w połogu. Uwagi o stosunku tego porażenia do wrodzonej szyi skośnej. Berdach i Herzog: Przypadek urazowego odosobnionego zwichnięcia kości śródręcza od palca wskazującego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 36. Falck: O zachowaniu się niektórych glikozydów, jako też o powstawaniu złączonych kwasów glikouronowych w ciele zwierzęcem: Schreiber: Wpływ wody Levico na przemianę materyi. Strasburger: Przyczynek do leczenia czerwonki ipekakuaną. Strauss: Heroina jako lek osłabiający popęd płciowy. Rapp: O trwałych przetworach drożdżowych w handlu. Ostermaier: Działanie atropiny na jelita. Kober: Pęknięcie macicy w wczesnym okresie ciąży. Erdt: Śmierć z powodu wypadkowego uszkodzenia ciała. Pfeiffer: Tłuszczak olbrzymich rozmiarów. Gerlach: Ostre zatrucie formaliną.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 36. Bettmann: Liszaj krtani, oraz uwagi nad liszajem występującym w związku z miesiączką. Wolff: Stan hematologiczny w jednym przypadku ciężkiej niedokrewności ołowiczej, oraz przyczynek do nauki o narządach krwiotwórczych. Kasparek i Teuner: O przypadku wybuchu wścieklizny w 7 miesięcy po zaszczepieniu metodą Pasteura. Joachimsthal: Przyczynek do nauki o istocie i leczeniu wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego. Joseph: O niektórych dalszych operacyach, przedsiębranych dla zmniejszenia nosa.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 37. Uhlenhuth: Praktyczne wyniki serodyagnostyki krwi dla medycyny sądowej. Danielsohn i Hess: Alkohol i sublamin, jako przetwory do odkażania rąk. Fürbringer: Uwagi nad powyższą rozprawą. Strauss: Osmotyczne i chemiczne procesy w ludzkim mleczu (chylus). Klingmüller: Przypadek trądu guzowatego, pochodzący ze Szląska górnego. Jendrassik: O rwach neurastenicznych (dok.).

Redakcya otrzymała. Przegląd filozoficzny Z. III. Konwerski: Semiotyka i metodyka badania odruchów.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków, 27 Września 1902. Nr. 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z pracowni kliniki lekarskiej prof. Gluzińskiego we Lwowie.**

O włóknach czuciowych pochodzenia obwodowego.

Napisali

Doc. Dr. G. Bikeles i Dr. M. Franke.

Lenhossek pierwszy wykazał, że u zwierząt niższych, a mianowicie u dżdżownicy *(lumbricus)*, włókna czuciowe pochodzą z komórek leżących tuż na obwodzie, co później potwierdzili inni badacze. Istnienia włókien czuciowych takiego pochodzenia dotąd zgoła nie zauważono u zwierząt wyższych, a zwłaszcza u ssawców.

Krause i Friedländer *(Fortschritte der Medicin,* 1886) przypuszczają natomiast, że u ssawców końcowe ciałka nerwowe, leżące na obwodzie ciała, jak n. p ciałka dotykowe wywierają na włókna czuciowe w nerwach obwodowych pewien wpływ odżywczy; a opierają się na tem, że badając u ludzi odcinki dośrodkowe nerwu kończyny, amputowanej na dłuższy czas przedtem, znaleźli dość liczne włókna silnie zmienione. Krause znowu *(Archiv für Physiol. und Anatomie* 1887), badając u ludzi nerwy, uległe przerwaniu przez sprawę zgorzelinową, znalazł w dośrodkowej ich części liczne włókna zwyrodniałe i tłómaczy to zwyrodnienie wypadnięciem wpływu odżywczego ciałek nerwowych, leżących na obwodzie. Dla kontroli badał również po przecięciu nerwy królika i miał stwierdzić, że w części dośrodkowej tych nerwów tyle włókien ulega zwyrodnieniu, ile prawidłowych włókien zostaje w części obwodowej danego nerwu. Pierre Marie *(Leçons cliniques sur les maladies de la moelle épinière,* 1892) przyznaje, że w dośrodkowej części nerwu kończyny, amputowanej na dłuższy czas przedtem, znajdują się niektóre włókna zwyrodniałe, ale wbrew zdaniu Krausego twierdzi, że powodem tego zwyrodnienia jest odcięcie tych włókien od ich komórek początkowych, które mają leżeć podobnie, jak u dżdżownicy, na obwodzie ciała. Zapatrywanie to rozwija on później obszerniej przy omawianiu zmian w sznurach tylnych rdzenia w wiądzie tego narządu. Marie przyznaje nasamprzód, że przeważna część włókien korzeni tylnych pochodzi z komórek zwojów międzykręgowych, ale dodaje dalej: „skłaniam się do przyjęcia, że niektóre włókna korzeni tylnych rdzenia mają zupełnie inne pochodzenie; a mianowicie początek im dają komórki, które w życiu płodowem odłączyły się od komórek tworzących t. zw. *Neuralplatte* i zostały pociągnięte do głębi lub na obwód rozmaitych części ciała razem z narządami rozwijającymi się w kierunku odśrodkowym, gdzie ostatecznie stale pozostały, a mianowicie w skórze, ścięgnach, rozścięgnach i t. d. Komórki te z tego powodu będę nazywał „komórkami nerwowemi obwodowemi“. Prawdopodobnem jest też, że część t. zw. ciałek końcowych, które spotykamy w rozmaitych narządach, a mianowicie w skórze, ścięgnach, rozścięgnach i t. d. tworzy właśnie te zwoje (ganglia) „obwodowe“. Marie tłómaczy dalej zmiany w sznurach tylnych, spostrzegane w wiądzie rdzenia, w następujący sposób: „Zmiany w rdzeniu w wiądzie są następstwem zwyrodnienia korzeni tylnych, a źródła zwyrodnienia tego szukać należy w schorzeniu komórek zwojów międzykręgowych i tak zwanych komórek nerwowych obwodowych“. Według Mariego więc rozmaite komórki nerwowe, leżące na obwodzie, dają początek włóknom czuciowym, które dalej w kierunku dośrodkowym biegną w nerwach obwodowych i wchodzą w skład sznurów tylnych.

Singer i Münzer (*Beiträge zur Anatomie des Centralnervensystems. Denkschrift der kais. Akad. der Wissenschaft in Wien* 1898), przeciąwszy nerwy u królika, nie znaleźli w części dośrodkowej nerwu del. prawdziwego zwyrodnienia Wallera, prócz t. zw. zwyrodnienia urazowego, znajdującego się w pobliżu miejsca przecięcia nerwu i prócz paru czasem tu i ówdzie nieco zmienionych włókien, które należy uważać jako zwyrodnienie tak zwane fizyologiczne (Mayer). W części obwodowej nerwu widzieli natomiast, że wszystkie włókna uległy zwyrodnieniu.

Ale Singer i Münzer badali tylko metodą Marchiego, przy użyciu której, jeżeli rozpad jest bardzo rozległy, pojedyncze prawidłowe włókna mogą ukryć się wśród masy czarnych kul rozpadłej myeliny. Prócz tego dodać należy, że nie podają oni, czy badali nerwy w skrawkach poprzecznych, czy też w nieprzerwanych seryach skrawków podłużnych.

Wobec tego i ze względu na to, że niektórzy autorowie, opierając się na zapatrywaniu Mariego, liczą się z tem, że u ludzi może istnieją włókna czuciowe pochodzenia obwodowego, postanowiliśmy sprawę tę jeszcze raz dokładnie zbadać. Chcąc wnioski nasze oprzeć na silniejszej podstawie, wykonaliśmy doświadczenia na rozmaitych gatunkach zwierząt, tak na nerwach kończyny przedniej, jak i tylnej. Zwierzęta, które służyły nam do doświadczeń, były: świnki morskie, króliki, psy i koty. U królików i świnek morskich wykonaliśmy wycięcie nerwów: pośrodkowego, łokciowego, sprychowego i siedzeniowego; u psa i kota tylko siedzeniowego. Wycinaliśmy zawsze $1\frac{1}{2}$ – 2 ctm. dotyczącego nerwu, a zwierzęta po operacyi utrzymywaliśmy przy życiu od 8 do 13 dni wiedząc, że po tym czasie zwyrodnienie Wallera jest najwyraźniejsze, a zwyrodnienie w przeciwnym kierunku *(retrograd)* jeszcze nie występuje. Przed tem ostatniem musieliśmy się strzedz. Do badania braliśmy zawsze kawałki nerwu odległe od miejsca przecięcia, aby wykluczyć zmiany urazowe. Część dośrodkową badaliśmy prze-

ważnie tylko metodą Marchiego, czasem kombinując ją z metodą Azoulaya; każdy skrawek zaś części obwodowej nerwu dobarwialiśmy według Azoulaya (kwas osmowy 2‰ i roczczyn tanniny 5%), traktując go przedtem metodą Marchiego. Kombinacyę tę bowiem uważaliśmy za najodpowiedniejszą do naszych celów, bo metoda Azoulaya pozwala wykazać wśród zwyrodniałych rozrzucone pojedyncze włókna prawidłowe, którehy przy użyciu w części obwodowej samej metody Marchiego mogły się ewentualnie ukryć wśród masy czarnych kul. Dodać należy, że badaliśmy każdy kawałek nerwu zawsze w nieprzerwanych seryach skrawków podłużnych.

Wynik był następujący: w części obwodowej wszystkich nerwów przez nas badanych włókna co do jednego były zwyrodniałe, chociaż stopień zwyrodnienia nie we wszystkich był jednakowy. Prawidłowego włókna nie znaleźliśmy ani jednego.

W części dośrodkowej natomiast u psa i kota wszystkie włókna były prawidłowe, a u królika i świnki w całej masie skrawków znaleźliśmy tylko w niektórych nerwach parę włókien, które okazywały ślad rozpadu, co możemy uważać jako zwyrodnienie fizyologiczne (Mayer), zresztą wszystkie włókna były prawidłowe.

Na podstawie tego wyniku, a mianowicie braku zwyrodnienia Wallera w części dośrodkowej i braku prawidłowych włókien w części obwodowej, możemy stanowczo zaprzeczyć, by u zwierząt ssących istniały włókna czuciowe pochodzenia obwodowego, opierając się zwłaszcza na tem, że badaliśmy tyle nerwów u rozmaitych gatunków zwierząt i że badaliśmy je w nieprzerwanych seryach skrawków podłużnych tak, że żadne włókno nie mogło ujść naszej uwadze.

Również musimy uważać wyżej wymienioną teoryę Mariego jako zupełnie pozbawioną podstawy anatomicznej.

II. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie operacyjnego leczenia gruźlicy jąder na podstawie 25-letniej obserwacyi.

Podał

Dr. Ludwik Berger

b. sekundaryusz oddziału.

Sprawa leczenia gruźlicy jąder jeszcze dotąd nie schodzi z porządku dziennego zjazdów lekarskich, a stanowisko chirurga wobec tego cierpienia nie zostało dotychczas jasno określone. I nic dziwnego. Pomijając bowiem już samą istotę choroby, wchodzi tu w grę wiele czynników, które bynajmniej nie ułatwiają nam ostatecznego załatwienia tej kwestyi. Wszak mamy do czynienia z narządem, bądź co bądź dla życia fizycznego i psychicznego nieobojętnym. Z drugiej zaś strony zdajemy sobie jasno sprawę z tego groźnego dla całego ustroju niebezpieczeństwa, jakie tkwi w pozostawieniu chorego jądra. Jak pogodzić te rozliczne, a często wprost sprzeczne z sobą zdania? Jak wybrnąć z tego chaosu, mając przytem na względzie przedewszystkiem dotkniętego tem cierpieniem osobnika? Oto wdzięczne zadanie, oczekujące ciągle jeszcze swego ostatecznego rozwiązania. Zachęcony przez czcigodnego szefa mego, Wgo Prof. Trzebicky'ego, któremu na tem miejscu za Jego nader życzliwe poparcie serdeczne składam podziękowanie, tem śmielej przystąpiłem do niniejszej pracy, iż sądzę, że dorzucenie świeżych szczegółów już dzięki samej aktualności przedmiotu innego usprawiedliwienia nie wymaga.

Sprawa leczenia gruźlicy jąder, niejednokrotnie już dawniej poruszana, w ostatnich czasach, dzięki francuskim chirurgom wstąpiła na szerokie pole rozpraw naukowych. O ile jednak przedtem uwidoczniała się ogólnie skłonność do postępowania doszczętnego w tem cierpieniu, o tyle znów później, zwłaszcza od r 1899 i 1900, widzimy nagły niemal zwrot ku wysiłkom leczenia zachowawczego. Równocześnie zaś możemy stwierdzić, że teoretyczne rozumowania, oparte na nielicznych spostrzeżeniach, w znacznej części stanowią jedyną broń w ręku zwolenników jednej i drugiej metody. Tem też należy sobie tłómaczyć zajęcie obustronnie skrajnego stanowiska w leczeniu gruźlicy jąder.

Już na IV. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w r. 1892 przedstawił Wehr korzyści doszczętnego operowania gruźlicy jąder, wraz z nim Obaliński i Schramm oświadczyli się również za trzebieniem; lecz już wtedy dały się słyszeć nieliczne co prawda głosy, ostrzegające przed zbyt gorącym radykalizmem. To też w kilka lat później, w paryskich towarzystwach lekarskich wystąpiono z całą stanowczością przeciw trzebieniu, jako zabiegowi bezcelowemu, który z jednej strony nie usuwa właściwej choroby z ustroju, z drugiej zaś operowanego naraża na ciężkie następstwa pod względem psychicznym. Ztąd powstała propozycya wycięcia samych tylko zajętych gruźlicą części, albo próba doprowadzenia chorego jądra do zaniku przez podwiązanie i przecięcie sznura nasiennego w całości (Mauclaire). Inni znów, mając właśnie na oku przedewszystkiem zaburzenia psychiczne, zgadzają się tylko na wytrzebienie jednostronne lub wyłuszczenie samego przyjądrza (Berger, Beuznier, Plato, John B. Murray i inni).

Jakkolwiek Southam, Delbet, Woskresseński i kilku innych utrzymuje o zupełnem wyleczeniu w pewnej liczbie przypadków po obustronnem wytrzebieniu, postępowanie zachowawcze ma bądź co bądź dziwny urok i zyskało sobie wielu zwolenników pomiędzy lekarzami, a jeszcze więcej między pacyentami. Wyraz temu zapatrywaniu dał też Kryński na Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w r. 1900, stawiając dla trzebienia bardzo ścisłe a ciasne granice; w rozprawach na ten temat oświadczono się również za powyższem zapatrywaniem. Nie możemy pominąć wreszcie i Alberta, który zniechęcony nawrotami i ogólną gruźlicą po jednostronnem trzebieniu, stał się przeciwnikiem doszczętnej operacyi, zwłaszcza że spostrzegany przez niego a nieoperowany przypadek gruźlicy przyjądrza mimo 10 lat trwania nie wywołał żadnych ogólnych objawów gruźlicy. — Jeżeli rozpatrzymy się w zarzutach, jakie zwolennicy leczenia zachowawczego czynią trzebieniu, uderzyć nas musi w nich jedna jakoby nić przewodnia, mianowicie argument, że gruźlica jądra jest zawsze, a przynajmniej bardzo często, sprawą następową *(tuberculosis testis descendens)*, że zatem bezowocnem będzie usiłowanie usunięcia z ustroju, dotkniętego już gruźlicą, jednego tylko ogniska gruźliczego. Że twierdzenie to nie zawsze odpowiada rzeczywistości, wykazali na XXX. Zjeździe chirur. niem. w Berlinie w r. 1901 Baumgarten i Krämer, udowadniając na podstawie materyału sekcyjnego i doświadczeń, że gruźlica jąder może być zmianą

pierwotną i to jedyną w ustroju. Dawna zasada, że gruźlica jąder jest zawsze zakażeniem następowem, została mocno zachwianą, odkąd udało się Baumgartenowi osiągnąć przez cewkę zakażenie dna pęcherza moczowego i gruczołu krokowego, nigdy zaś przewodu nasiennego i jąder. Odwrotnie zaś stwierdził Baumgarten zakażenie, idące od jądra przez przewód nasienny do gruczołu krokowego, nigdy jednak sprawa gruźlicza nie przeszła z gruczołu tego przez przewód nasienny do drugiego jądra. Prątki gruźlicze bowiem trzymają się zawsze kieruku biegu krwi, limfy i wydzielin. Doświadczenia zatem wszystkie przemawiają za tem, że gruźlica jąder, podobnie jak i gruźlica nadnercza, może być jedyną zmianą gruźliczą nietylko w narządzie moczopłciowym, ale i w całym ustroju, że może się ona zapomocą sznura nasiennego udzielić innym narządom *(tuberculosis testis ascend.).* Te cenne badania Baumgartena zyskują silne poparcie w poważnych liczbach statystycznych, jakie przedstawili na tym samym Zjeździe Bruns i Simon. Świetne wyniki, otrzymane przez nich na chorych, którzy operacyi się poddali, wyniki stwierdzone spostrzeganiem przez długi szereg lat, są zbyt wymownym dowodem, że doszczętne operowanie w gruźlicy jąder nie jest bez korzyści dla chorego. Również zadowoleni są z swych wyników Büngner i Fryd. König.

Jeżeli zatrzymaliśmy się dłużej nad zwolennikami doszczętnego leczenia, to wspomnieć musimy i o przeciwnikach tej metody, którzy w rozpaczliwych tylko przypadkach uciekają się do trzebienia. König starszy, Gussenbauer, Schlange, Stempel, Henle i Bier — jedni mniej, drudzy więcej — skłonni do operowania, przyczem nie tają się z niechęcią trzebienia obustronnego. Jak więc widzimy, zgody co do metody leczenia w gruźlicy jąder niema, — a trudno o nią tam, gdzie się zbyt jednostronnie ocenia własne swoje wyniki. To też z uznaniem stwierdzamy, że ostatnia polska na ten temat publikacya Hermana usiłuje złagodzić te ostre różnice obydwóch obozów. Własne, co prawda nieliczne, spostrzeżenia, jakoteż i innych autorów, skłaniają Hermana do zajęcia stanowiska pośredniego, naszem zdaniem najracyonalniejszego. Słusznie bowiem twierdzi Herman, że w leczeniu gruźlicy jąder postępowanie nasze zawisłe jest od wielu czynników. Wiek i stan ogólny chorego, jakość i rozległość zmian miejscowych, wreszcie *last not least* warunki zewnętrzne pacyenta, oto czynniki, mogące zaważyć na szali tego lub owego sposobu leczenia, a na które sumienny lekarz baczną powinien zwrócić uwagę. Słowa Olliera wypowiedziane w sprawie leczenia gruźlicy stawów mają i tu swoje zastósowanie: *Il est difficile de garder une juste mesure;* krańcowość w jednym, lub drugim kierunku przynosi choremu więcej szkody, niż pożytku. Z tego wychodząc założenia, przechodzimy do krytycznego poglądu nad obu dotychczasowymi kierunkami w leczeniu gruźlicy jąder, przyczem pozwolimy sobie i nasze w tej kwestyi stanowisko jasno określić.

Przypadków gruźlicy jąder u dzieci znamy w piśmiennictwie bardzo nie wiele. Moizard i Bacaloglu przytaczają przypadek zejścia śmiertelnego z powodu gruźliczego zapalenia opon mózgowych u dziecka 15-mies., u którego na krótki czas przedtem rozwinęła się gruźlica narządu płciowego. Również w monografii Hermana przytoczone są przypadki gruźlicy jąder w dziecięcym wieku o szybkim a gwałtownym przebiegu. Wynikałoby z tego, że u dzieci nie należy zwlekać z usunięciem chorego jądra, co tem bardziej na pierwszy rzut oka wydaje się uderzającem, że właśnie u dzieci samoistne wyleczenie gruźlicy, n. p. stawów bardzo często następuje. Najczęściej wydarza się gruźlica jąder u ludzi przed 40 r. życia, i tu właśnie postanowienie co do sposobu leczenia najtrudniejsze, bo najaktualniejsze. Małe zmiany miejscowe, dobry stan ogólny pacyenta, stosunki jego finansowe — oto czem powodować się należy, obierając drogę dłuższą leczenia zachowawczego, ale oszczędzając choremu kalectwa. Bier takim chorym poleca z pomyślnym skutkiem kąpiele morskie, zwłaszcza w morzu Bałtyckiem.

Czy i o ile wstrzykiwania miąższowe, czy to zawiesiny jodoformowej, czy też tak gorąco przez lekarzy francuskich zalecanego naftolu kamforowego, potrafią sobie w zachowawczej terapii tego cierpienia trwałe pozyskać miejsce, przyszłość okaże. Wstrzykiwania jodoformu według relacyi Henlego z kliniki wrocławskiej na Zjeździe chirurgów niemieckich w r 1901 zawiodły zupełnie.

Jeżeli sprawa gruźlicza w jądrze trwa dłużej, to mimo podobnych zmian w innych narządach, a bez względu na wiek chorego i specyalną rolę, jaką jądra w ustroju posiadają, nie zwleka prof. Trzebicky z wyłuszczeniem, wychodząc z tej zasady, że w chorym ustroju usuwamy w ten sposób jedno ognisko, zakażające cały ustrój. W zestawieniach Brunsa, Simona, jak i w naszem widzimy nie rzadkie przykłady znakomitego polepszenia stanu zdrowia po dokonaniu wytrzebienia w tych warunkach. Tembardziej zaś usprawiedliwioną jest ta operacya tam, gdzie gruźlica umiejscowiła się tylko w jądrze.

Te właśnie niewątpliwie istniejące przypadki pierwotnej i jedynej w ustroju gruźlicy jądra nadają się w pierwszym rzędzie do leczenia operacyjnego ze wskazania życiowego. Jeden z mniej gorących zwolenników operowania, Stempel, chętnie skłania się w gruźlicy pierwotnej jądra do wczesnego wytrzebienia przynajmniej jednego jądra. W jego przypadku, gdzie chory za późno zgodził się na operacyę, rozwinęła się gruźlica prosówkowa w płucach i prawej nerce. Podobne spostrzeżenia, coraz liczniej w piśmiennictwie notowane, i w naszem dają się widzieć zestawieniu; one też głównie skłaniają nas do zajęcia powyżej zaznaczonego stanowiska. Wiek zatem chorego nie jest zdaniem prof. Trzebickyego decydującą wskazówką w leczeniu pierwotnej gruźlicy jąder. Owszem, gdzie wytrzebienie jednego jądra nie uchroniło od zajęcia drugiego, wyłuszczamy i to ostatnie, a wyniki osiągnięte w ten sposób w ciągu ostatnich 25 lat w oddziele chirurg krakowskiego szpitala Św. Łazarza bardzo na korzyść tego zapatrywania przemawiają. Na 9 chorych obustronnie operowanych żyje dotychczas 6, obecnie zupełnie zdrowych, co czyni 66% wyleczenia Z tych było 4 operowanych w wieku między 22 a 30 r. życia; — czas ich obserwacyi od 6 do 3 lat. Wszyscy 6 nie okazywali przy przyjęciu na oddział żadnych zmian gruźliczych w innych narządach — natomiast z 3 zmarłych po obustronnem wytrzebieniu, dwóch w wieku l. 57 i l. 62 zmarło w kilka miesięcy po operacyi; trzeci zaś, mając lat 36, w 4 lata po niej. U wszystkich trzech stwierdzono jeszcze za życia stare zmiany gruźlicze w płucach, u jednego nadto w pęcherzu. Z naciskiem podnieść tu wypada, że tak ogól-

nie niemal okrzyczana obawa przed zaburzeniami psychicznemi po obustronnem wytrzebieniu nie znajduje prawie żadnej podstawy w obserwacyi. Simon jedyny notuje wśród swoich operowanych przypadek nieprawidłowych objawów psychicznych, czego ani Bruns na swych 33 obustronnie trzebionych, ani na naszych 9 chorych, nigdy nie zauważono.

Starszy wiek pacyenta ułatwia znacznie wybór sposobu leczenia; — rzecz jasna, że w tych razach nie będzie chirurg marnować czasu na próbach leczenia zachowawczego.

Wobec nadzwyczajnej ważności przedmiotu i jak z powyższego przedstawienia wynika, znacznych trudności w postanowieniu co do wyboru leczenia, polecił mi mój były szef prof. Trzebicky, który zresztą jest wielkim zwolennikiem wycięcia jąder przy gruźlicy, wypracować zestawienie wszystkich przypadków, leczonych w ciągu ostatnich 25 lat w oddziale chirurgicznym szpitala Sw. Łazarza.

W czasie tym, t. j. od r. 1875 do 1900, przyjęto na oddział chirurg. szpitala Sw. Łazarza 50 chorych z zmianami gruźliczemi jąder i przyjądrza. U 35 wykonano wytrzebienie jednego jądra, u 9 obustronnie, u 3 operacya polegała na wycięciu i wyłyżeczkowaniu zajętych części; 3 wreszcie opuściło szpital, nie poddawszy się żadnemu leczeniu. Zanim przystąpimy do zestawienia historyi chorób, zwrócimy uwagę na niektóre szczegóły, powtarzające się i w innych statystykach.

I tak, co do wieku znajdowali się chorzy:

między	1-ym	a 10-tym	rokiem	życia	=	0
„	10	„ 20	„	„	=	3
„	20	„ 30	„	„	=	14
„	30	„ 40	„	„	=	11
„	40	„ 50	„	„	=	9
„	50	„ 60	„	„	=	7
„	60	„ 70	„	„	=	5
„	70	„ 80	„	„	=	1 (71 lat)
						50

Dziedziczność gruźlicy stwierdzono u 7 chorych. Gruźlicę innych narządów — u 12 chorych, z tych 10 miało tylko zmiany w płucach, 2 zaś prócz zmian podobnych gruźlicę nerek i pęcherza moczowego. Z przyczyn, usposabiających do nabycia pierwotnej gruźlicy jądra, u 4 chorych poprzedziła cierpienie rzeżączka i to na 1 rok, 3, 7 i 15 lat przed wybuchem choroby; 9 chorych doznało urazu (kopnięcie, konna jazda i t. d.) na 18 dni do 11 miesięcy przed wystąpieniem objawów gruźlicy jądra. Z innych podawanych przyczyn wspomnieć wypada: zaziębienie i dźwiganie ciężarów. U 5 chorych wystąpiła gruźlica obydwóch jąder równocześnie, u 4 w odstępie 5, 7, 15 miesięcy i po 4 latach.

Informacyi o obecnym stanie zdrowia zasięgałem listownie, już to u samych chorych, względnie ich rodzin, już też u lekarzy miejscowych, którym szczere z mej strony należy się podziękowanie za ich łaskawą w tej sprawie interwencyę. Że nie przychodziło mi łatwo zebrać odpowiednie daty, przyczyna leży w naszych wewnętrznych stosunkach. Większość chorych stanowią robotnicy, których walka za chlebem zmusza do częstej zmiany miejsca pobytu. O 3 chorych niemam żadnej wiadomości, dwóch z nich nieoperowanych, trzeci zaś poddał się wytrzebieniu połowicznemu, pozostaje zatem 47, których dzielę dla łatwiejszego poglądu na 4 kategorye:

I.	kategorya	obejmuje nieoperowanych	1
II.	„	wycięcie częściowe i wyskrobanie	3
III.	„	wytrzebienie jednego jądra	34
IV.	„	wytrzebienie obydwóch jąder	9
		razem	47

Przy wypytywaniu się o obecny stan zdrowia, kładłem główny nacisk na następujące okoliczności: obciążenie dziedziczne, obecny stan płuc, czy są jakie objawy zajęcia nerek lub pęcherza moczowego (parcie na mocz, bolesność mocz mętny i t. d.), wreszcie stan umysłowy chorego, czy oddaje się pracy swej bez przeszkody. Gdzie w historyi choroby nie zaznaczono którego z powyżej wymienionych szczegółów, rozumieć należy, że odpowiedź na te pytania wypadła na korzyść operowanego.

I. Kategorya. Nieoperowani.

1) *JD.* z Hr. lat 35. *Tbc testis d. et funiculi spermat.* Od 14 dni. — 19/3—22/3 1899. Nie operowany. Umarł w r. 1901 z przyczyny nieznanej.

II. Kategorya. Wycięcie częściowe i wyskrobanie.

2) *L G.* z Bł. l. 27. *Tbc. localis faciei, testis d. et inguinis d.* Przyjęty na oddział 10. VI. 1887. Źle odżywiony, zmiany na twarzy od 3 miesięcy, w pachwinie i jądrze od 3 tygodni. 13. VI. 1887. *Incisio-excochleatio.* Wyszedł 18 VII 1887. Ostatnia wiadomość 22. IV. 1902. Zupełnie zdrów. W ciągu 15 lat od czasu operacyi był 4 razy w słonych kąpielach.

3) *J. K.* z P. l. 27. *Fistula tbc. scroti et ani.* Od roku. Przyj. 27. III. 1888. *Induratio apic. sin.* Przed 3 laty rzeżączka. 29. III. 1888. *Excisio-excochleatio.* Wysz. 25. IV. 1888. Ost. wiad. 24. IV. 1902. Zupełnie zdrów.

4) *I. L.* z N. S. l. 44. *Tbc. testis d. et perinei.* Przyj. 16. X. 1899. Lewe jądro zniszczone, prawe twarde. Wyskrobanie. Wysz. 30. XII. 1899. Ost. wiad. 29. XI. 1901. Zupełnie zdrów.

Wszyscy więc z tej kategoryi leczeni zachowawczo z pomyślnym skutkiem.

III. kat. Wytrzebienie jednego jądra.

5) *L. P.* z Fr. l. 40. *Orchitis tbc. d. suppur.* Przyj. 30 VII. 1880. Trzy krwotoki płucne. Od 4 lat obrzęk jądra. 31. VII. 1880. *Castratio testis d.*, Wysz. 20. VIII. 1880. Umarł w r. 1883 na gruźlicę płuc.

6) *F. I.* z Z. l. 25 *Tbc. testis utrque.* Przyj. 6. VI. 1885. Przed 7 laty rzeżączka — od kilku miesięcy obrzęk obu jąder. *Strictura urethrae.* 9 VI 1885. *Castratio testis d. et excochl. testis sin.* Wysz. 17. VII. 1885. Umarł w r. 1893. *Tbc. universal.*

7) *K. K.* z S. l. 40. *Tbc. testis sin.* Przyj. 9. III. 1886. Przed 15 l. rzeżączka, poczem został obrzęk lew. jądra. Dość znaczny nieżyt szczytów płuc. 11. III. 1886 *Castratio testis sin.* Wysz. 25. III. 1886. Ost. wiad. 8. V. 1902. Zupełnie zdrów.

8) *W. Sz.* z S l. 50. *Tbc. testis d.* Przyj. 27. XII. 1888. Od 1/2 roku. Wychudzony, blady. D. 28. XII. 1888. *Castr. testis d.* Wysz. 11. I. 1889. Umarł w r. 1891 z powodu »choroby piersiowej«.

9) *J. K.* z P., l. 33 *Tbc. testis sin.* Przyj. 28. IV. 1890. *Castratio testis sin.* 30. IV. 1890 Wysz. 10. V. 1890. W r. 1895 wyjechał zdrowy do Ameryki, zkąd dość często pisuje do swej rodziny.

10) *J. M.* z R. w., l. 19. *Tbc. testis d.* Przyj. 10. VI. 1891. *Castr.* 13. VI. 1891. Wysz. 21. VI. 1891. Ost. wiad. 28. XII. 1901. Od r. 1899 częste parcie na mocz, zresztą zdrowy.

11) *M. Sp.* z Zb., l. 44. *Tbc. test. sin.* Przyj. 1. VII. 1892. *Castr.* 5. VII. 1892. Wysz. 18. VII. 1892. Umarł w r. 1901 z nieznanej przyczyny.

12) *J. N.* z SW. l. 42. *Tbc testis sin.* Przyj. 5. III. 1892. *Castr.* 5. III. 1892. Wysz. 14. III. 1892. Umarł w Bozen w r. 1893. *Tbc. pulmonun.*

13) *A. Z.* z P. l, 54. *Tbc. t. d.* Przyj. 28. IX. 1893. Od 5 tygodni. *Castr.* 5. X. 1893. Wysz. 11. X. 1893. Ost. wiad. w 1901. Zdrowy.

14) *F. Sch.* z Kr., l. 19. *Tbc. t. d.* Przyj. 26. X. 1893. Od 4 mieś. *Castr.* 27. X. 1893. Wysz. 4. XI. 1893. Ost. wiad. 21. IV. 1902. Zdrowy.

15) *J. K.* z Cz., l. 28. *Epididymitis tbc. sin.* Przyj. 10. X. 1894. Naciek obu szczytów — kaszle. *Castr.* 2. XI. 1894. Wysz. 20. XI. 1894 Ost. wiad. w marcu 1902 — kaszle, krwią nie pluje.

16) *F. F.* z B., l. 21. *Tbc. t. d.* Przyj. 29. VIII. 1894. Od $1^1/_2$ roku. *Castr. et exstirp. glandul. inguin. d.* 31. VIII. 1894. Wysz. 11. IX. 1894. Ost. wiad. 27. IV. 1902. Zupełnie zdrów.

17) *J. Ch.* z N., l. 36. *Tbc. t. d.* Przyj. 3. VII. 1894. Od 8 mieś. *Castr.* 12. VII. 1894. Wysz. 24. VII. 1894. Ost. wiad. 3. XII 1901. Zupełnie zdrów.

18) *A. H.* z L., l. 58. *Tbc. et sin.* 21. I. 1895. *Castr.* 23. I. 1895. Wysz. 8. II. 1895. Ost. wiad. 1. XII. 1901. Zupełnie zdrowy.

19) *Wł. P.* z Zw., l. 20. *Tbc. t. d.* Przyj. 16. IV. 1895. Od 5 mieś. Ojciec zmarł w 35 r. życia na krwotok płucny. *Castratio.* 19. IV. 1895. Wysz. 3. V. 1885. Ost. wiad. 19. XII. 1901. Zdrowy.

20) *J. D.* z W., l. 33. *Tbc. t. sin.* Przyj. 13. VII. 1895. Od 4 mieś. *Castr.* 15. VII 1895. Wysz. 31. VII. 1895 Ost. wiad. 13. XII. 1901. Zdrowy.

21) *J. K.* z Sk. l. 59. *Tbc. t. sin.* Od 4 tyg. Przyj. 10. IX. 1895. *Castratio.* 12. IX. 1895. Wysz. 19. IX. 1895 Umarł 11. V. 1899 z nieznanej przyczyny.

22) *A. Bł.* z B., l. 38. *Tbc. t. sin. et periurethrit. tbc.* Przyj. 14. X. 1895. Od 3 lat. *Castr. et excisio infiltr. tbc. periurethr.* Wysz. 25. XI. 1895. Zmarł na gruźlicę płuc w r. 1897.

23) *J. Gr.* z K., l 63. *Tbc. testis d.* Przyj. 30. X. 1896. Od 18 dni po konnej jeździe. *Castr.* 2. XI. 1896. Wysz. 12. XI. 1896. Ostatnia wiad. 25. V. 1902. Zupełnie zdrowy.

24) *J. Sk.* z. B, l. 36. *Tbc. test. sin.* Przyj. 7. III. 1896. Od 7 mieś. Dziedzicznie obciążony, 2 braci zmarło w młodym wieku. *Castr.* 9. III. 1896. Wysz. 19. III. 1896. Ost. wiad. 20. IV. 1902. Zupełnie zdrowy. W r. 1901 przechodził rzeżączkę.

25) *W. M.* z Lw. l. 28. *Tbc. t. sin.* Przyj. 13. III. 1896. *Tbc. pulmonum. Castr.* 14. III. 1896 (*Cryptorchismus*). Wysz. 27. III. 1896. II-gi raz z powodu *lymphadenit inguin. sin.* 9. VIII. 1896. — 31. VIII. 1896 przeniesiony na oddział wewn. szpitala, zmarł tamże 3. IX. 1896. *Tbc. universalis.*

26) *M. Bl.* z D., l. 42. *Tbc. t. d.*, *hernia inguin. lib. d.* Przyj. 9. III. 1897. *Castr. herniotomia m. Kocher* 10. III. 1897. Wysz. 24. III. 1897. Umarł w r. 1900 podobno na raka.

27) *M. M.* z W., l. 23. *Tbc. t. sin.* Przyj. 10. III. 1897. *Castr.* 11. III. 1897. Wysz. 24. III 1897. Ost. wiad. 29. IV. 1901. Zupełnie zdrowy.

28) *R. W.* z R., l. 52. *Tbc. t. sin.* Przyj. 2. IV. 1897. *Castr.* 2. IV. 1897. Wysz 5 IV. 1897. Ost. wiad. 18. IV. 1902. Żyje zdrowy.

29) *W. P.* z Mor. Ostr., l. 26. *Tbc. t. sin.* Przyj. 6. IV. 1897. *Scrophulosis. Castr.* 7. IV. 1897. Wysz. 2. VI. 1897. Ost. wiad. 17. IV. 1902 — żyje i pracuje w Saksonii.

30) *Sz. Kł.* z B., l. 48. *Tbc. t. d.* Przyj. 2. VII. 1897. *Castr.* 2. VII. 1897. Wysz. 13. VII 1897. Ost. wiad. 27. XI. 1901. Zupełnie zdrowy.

31) *S. O.* z P., l. 63. *Tbc. t. d.* Przyj. 29. VI. 1897. *Castr.* 2 VII. 1897. Wyszedł 11. VII. 1897. Ost. wiad. 25. IV. 1902. Zupełnie zdrowy.

32) *M. P.* z Kr., l. 71 *Tbc. t. d.* Przyj. i operowany w sierpniu 1898. Ost. wiad. 3. VI. 1902. Zupełnie zdrowy.

33) *A. S.* z R., l. 63. *Tbc. t. sin.* Przyj. 25. XI. 1898. Od 5 tygodni. *Castr.* 29 XI. 1898 Wysz. 20 XII. 1898. Przedstawił się osobiście 10. II. 1902 Zupełnie zdrowy.

34) *Fr. P.* z W. l 69. *Tbc. t. d. et gland. inguinal. dex.* Przyj. 16. II. 1899. Od $^1/_2$ roku. *Castr. et exstirp. glandul.* 21. II. 1899. Wysz. 10. III. 1899. Ost. wiad. 24. XI. 1901. Zupełnie zdrów. W r. 1901 zmarła jedna córka w 30 r. życia na suchoty; od 2 mieś. najstarsza córka również chora na gruźlicę płuc.

35) *J. D.* z Ku., l. 45. *Tbc. t. sin.* Przyj. 24. III. 1900. *Castr.* 29. III. 1900. Wysz. 5. IV. 1900. Ost. wiad. 16 IV. 1902. »Od dłuższego czasu kaszle«.

36) *Al. B.* z Cz., l 36. *Tbc. t. d.* Przyj. 3 V. 1900. *Castr.* 3. V. 1900. Wysz. 9. V. 1900 Zmarł w grudniu 1900 na guz złośliwy w krzyżach, kaszel i wychudzenie trwały długi czas przed zgonem. Dziedzicznie obciążony.

37) *Wł. K.* z N. Sl., l. 45. *Tbc. t. d.* Przyj. 11. V. 1900. *Castr.* 12. V. 1900 Wysz. 23. V. 1900. Ost. wiad. 20. X. 1901. Dziedzicznie obciążony; starszy brat zmarł na gruźlicę krtani, dwie siostry na gruźlicę płuc. Obecnie zdrowy. Przed 20 laty po jeździe konnej (jako oficer) prawdopodobnie wskutek drażnienia rozwinęło się ognisko gruźlicze w kości ogonowej. Ropienie trwało przez 5 lat; po wyskrobaniu sprawa całkiem wygasła. Obecnie lekki nieżyt oskrzel. i białko w moczu.

38) *E. Kl.* z K., l. 18. *Tbc. t. d.* Przyj. 7. XI. 1900. *Castr.* 15 XI. 1900 Wysz. 8. II 1901. Przedstawił się osobiście 5. IV. 1902 Zupełnie zdrów. Starszy brat kaszle od $2^1/_2$ lat.

W historyach chorób nie uwzględnialiśmy obrazu chorobowego miejscowego; nie potrzebujemy jednak chyba dodawać, że przedstawiał się on rozmaicie, od zwykłego twardego obrzęku jąder lub przyjądrza aż do owrzodzeń i przetok skóry moszen.

IV. kat. Wytrzebienie obydwóch jąder.

39) *Fr. H.* z L, l. 36. *Tbc. t. d.* Przyj. 11. IV. 1890. W r. 1886. *Castr. testis sin.* — *Castr. t. dex.* 15. IV. 1890. Wysz. 6. V. 1890. Zmarł w r. 1894 na gruźlicę płuc.

40) *J. Sł.* z St. S, l. 57. *Tbc. test. utrque.* Przyj. 13 II. 1893. *Castr. bilater.* 20. II. 1893. — Wysz. 19. III 1893 Zmarł 24. VI. 1894. *Tbc. universal. et vesicae.*

41) *M. K.* z Przyl. ruś., l. 62. *Orchitis tbc. bilater.* Przyj. 14. II. 1895. *Castr. bilater.* 16. II. 1895. Wysz. 1. III. 1895. Zmarł na gruźlicę płuc 9. V. 1895.

42) *J. L.* z M, l 22. *Tbc. test. utrq. Infiltratio tbc. ad urethram, nec non tumor tbc. ad regionem analem.* Od roku. Oba jądra zniszczone. Przyj. 1. III. 1896. *Castr. bilater. Excisio infiltrat.* 2. III. 1896. Wysz. 18. III. 1896. Ost. wiad. 27. XI. 1901. Zupełnie zdrowy.

43) *A. H.* z Brz, l. 30. *Tbc. test. utrq.* Przyj. 28. IV. 1897. Od 10 lat — od $^1/_2$ roku przetoki. *Castr. bilater.* 29 IV. 1897. Wysz. 13. V. 1897 Ost. wiad. 22 XI. 1901. Zupełnie zdrowy.

44) *W. R.* z Z, l. 23, I. raz: *Tbc. t. sin.* Przyj. 7. VI. 1897. *Castr.* 8. VI. 1897. Wysz. 23 VI 1897. Od kilku miesięcy obrzęk lew. jądra i przetoki. — II gi raz: *Tbc. t. d.* Przyj. 29. X. 1898. *Castr.* 11. XI. 1898. Wysz. 1. II. 1899. Ost. wiad. 26. XI. 1901. »Czasem występują uderzenia krwi do głowy, uczucie gorąca i poty«, wszystko to ma trwać 3 minuty. Zresztą zupełnie zdrowy.

45) *El. G.* z M., l. 22, I-szy raz: *Epididymit. sin.* Przyj. 23. II. 1899. *Castr.* 24. II. 1899. Przed rokiem zapalenie rzeżączkowe jądra lew., poczem pozostał obrzęk tegoż jądra. Wysz. 9. III. 1899. II-gi raz: *Tbc. t. d.* Przyj. 6. VII. 1899. Równocześnie rzeżączka. *Castr.* 7. VII. 1899. Wysz. 28. VIII. 1899. na oddział wener. Ost. wiad. 26. XI. 1901. Zupełnie zdrowy. W r. 1901 ożenił się.

46) *J. G.* z J., l. 50. I. raz: *Tbc. t. d.* Przyj. 16. VII. 1899. *Castr* 25. VII. 1899. Wysz. 9. VIII 1899. II. raz: *Tbc. t. sin.* Przyj. 13 I. 1900. *Castr.* 15. I. 1900. Wysz. 2. II. 1900. Ost. wiad. 22. IV. 1902. Zupełnie zdrów.

47) *Fr. L.* z J., l. 58. *Tbc. test. utrq.* Przyj. 2. VII. 1900. *Castr. bilater.* 4. VII. 1900. Wysz. 21. VII. 1900. Ost. wiad. 19. I. 1902. Zdrowy.

Dla łatwiejszej oryentacyi zestawiam wyniki nasze w następującej tabeli, przyczem zwracam uwagę, że śmierć pacyentów we wszystkich przypadkach, nawet tych, w których jej przyczyny dokładnie dociec nie zdołałem, kładę na karb uogólnienia się sprawy gruźliczej.

Kategorya	Żyje zdrowych	Żyje, ale okazuje zmiany chorobowe, stojące z pierwotną chorobą w dalszym lub bliższym związku	Nie żyje
I.	—		1
II	3		—
III.	20	4	10
IV.	6		3

Z zestawienia tego wynika, że chory wcale nie leczony uległ chorobie, a trzech chorych, u których dokonano tylko częściowego wyskrobania, wyzdrowiało zupełnie. Z pomiędzy zaś 43 chorych, u których dokonano trzebienia jedno — lub obustronnego, zdołano na pewno uratować 26 chorych (60·4%). Jakkolwiek liczby te są stanowczo za małe, by na ich pod-

stawie można się kusić o rozwiązanie tak ważnego zagadnienia, jakiem jest kwestya trzebienia przy gruźlicy jądra, toć w każdym razie nie przemawiają one przynajmniej chyba przeciw tej operacyi. Jeżeli zaś zważymy, ile każde leczenie zachowawcze wymaga nakładu czasu, pracy i funduszów, ta rzecz jasna, że staraniem naszem musi być, by pacyentów w jak najkrótszym czasie, a z jak najmniejszym wydatkiem, czy to z ich kieszeni, czy też z funduszu szpitalnego, uczynić zdolnymi do pracy.

To też prof. Trzebicky jest tego zdania, że w zasadzie zarówno leczenie zachowawcze, jak i trzebienie jest zupełnie uprawnionem. Do pierwszej kategoryi nadają się zdaniem jego jednak tylko te przypadki, w których stosunki majątkowe zezwalają choremu na dłuższe leczenie, na pobyt w solankach, a zwłaszcza w kąpielach morskich. Gdzie zaś idzie o to, by choremu szybko umożliwić dalszą pracą zawodową, zwłaszcza w przypadkach, w których gruźlica jąder jest albo jedynym, albo przynajmniej wybitniejszym objawem zakażenia gruźliczego, tam zdaniem jego tylko wczesne wyjęcie jądra i to oczywiście wraz ze sznurem nasiennym, jak daleko on wogóle tylko dla noża chirurga jest dostępnym, jest wskazanem.

Piśmiennictwo. Albert: Gegen die Kastration bei Tuberkulose des Nebenhodens (Therapie d. Gegenwart 1900 Januar). Baumgarten: Über experimentelle Urogenitaltuberculose (Verhandl. d. Deutsch. Ges. für Chir. XXX Congr. 1901) Bohdanowicz: Wstrzykiwania modyfikacyjne w leczeniu gruźlicy jąder i przyjądrza (Medycyna Nr 25—27 1902). Bruns: Über die Endresultate der Castration bei Hodentuberculose (Verhandl. d. D. Ges. für Chir. 1901). Büngner: Zur Behandlung der Tuberculose der männl. Geschlechts-Organe (Ibidem). Haas E: Über die Resultate der Castration bei Hodentuberculose (Beitr. zur. klin. Chir. XXX. T. II. Zesz. 1901). Hildebrand: Jahresberichte der Chirurgie 1899 i 1900. Kocher: Die Krankh. der männl. Geschlechtsorgane. Stuttgart 1887. König Fryd.: Zur Ausführung der Castration bei Hodentuberculose (Verhdl. f. D. Ges. f. Chir. 1901. XXX Congr). Kryński: W sprawie leczenia operacyjnego gruźlicy jąder (Przegl. lekarski Nr. 29. 1900). Herman: Kilka uwag w sprawie leczenia gruźlicy jąder (Gazeta lekarska 1901). Simon: Resultate der Castration bei Hodentuberculose (Verhdl. d D. Ges. f. Chir. 1901). Rydygier: Die Behandlung der Gelenkstuberculose (Wiener Klinik 1895). Verhandlungen der Deutschen Geselschaft für Chirurgie. XXX. Congress. 1901. 10/IV—13/IV. Dyskusya. Wehr: Przyczynek do leczenia operacyjnego gruźlicy jąder (Sprawozd. z IV. Zj. chir. pol. 1892).

III. Z zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

W sprawie jałowości tkanek prawidłowych.

Napisał
Dr. Adam Wrzosek
Asystent Zakładu.

(Dokończenie).

Zachęcony przeto przez Prof. K. Kleckiego, wykonałem szereg doświadczeń, ażeby po pierwsze sprawdzić rzeczone wyniki badań Carrièrea i Vanvertsa, powtóre zaś, aby się przekonać, czy i inne narządy zwierząt prawidłowych mogą zawierać drobnoustroje.

Doświadczenia robiłem w sali aseptycznej. Zwierzę, przeznaczone do doświadczenia zabijał jeden z pomocników (nie w sali aseptycznej) uderzeniem w kark lub skrwawieniem, następnie przywiązywał do deski, golił brzuch i obmywał wodą z mydłem, a w końcu sublimatem 1°/₀₀, poczem dopiero podawał je do sali, w której właściwe badanie bakteryologiczne przeprowadzałem. Tutaj inny pomocnik jeszcze raz zmywał sublimatem klatkę piersiową i brzuch zwierzęcia, a następnie wyjałowionymi płatkami zakrywał całe zwierzę, pozostawiając tylko niewielki otwór w linii środkowej. W miejscu tem pomocnik przecinał aseptycznie powłoki brzuszne, starając się jednak nie uszkodzić otrzewnej, którą dopiero po przypaleniu żegadłem przecinał wyjałowionemi nożyczkami. Wszystkie narzędzia były wyjałowione w roztworze sody przy 100° C., a przed każdorazowem użyciem opalałem je jeszcze w płomieniu palnika Bunsena Płaszcze, w których robiono doświadczenia i płatki wyjałowione były w autoklawie przy 115° C. Po otwarciu jamy brzusznej zwierzęcia jeden z pomocników przybliżał do otworu szczypczykami śledzionę, a drugi niezwłocznie przypalał jej powierzchnię żegadłem, poczem zaraz (w pierwszym szeregu doświadczeń) w miejscu przypalonem wkłówałem wyjałowioną pipetę i wciągałem jedną lub kilka kropli krwistej cieczy, którą natychmiast szczepiłem na bulionie, żelatynie lub na agarze. W ten sam sposób szczepiłem i z innych narządów.

Przekonawszy się jednak w kilku doświadczeniach, iż w ten sposób mogłem otrzymać nader małe ilości płynnej treści narządów, zacząłem używać zamiast pipety grubych drucików platynowych, zakończonych w kształcie siekierki lub dłutka. Po przypaleniu powierzchni narządu wkłówałem wyjałowiony w ogniu drucik platynowy w głąb narządu, poruszałem nim w rozmaitych kierunkach, a następnie, naskrobawszy niejako w ten sposób trochę miazgi, szybko szczepiłem ją na pożywkach. Ale i ten sposób w praktyce okazał się niewystarczającym, gdyż otrzymywałem nieraz zbyt małe ilości miąższu. Zacząłem przeto w drugim szeregu doświadczeń wycinać w miejscach przypalonych nożyczkami kawałki narządów i szybko przenosić je na pożywki. W ten sposób szczepiłem kawałki śledziony, wątroby, płuc, a czasem nerek, mięśni i serca. Klatkę piersiową otwierałem z takiemi samemi ostrożnościami, jak jamę brzuszną. Rozmiary kawałków narządów, które szczepiłem, nie przekraczały zwykle $^1/_2$ ctm.[3].

Podczas doświadczenia stała na stole operacyjnym płyta żelatynowa lub agarowa, aby się przekonać, jakie drobnoustroje znajdowały się w powietrzu sali aseptycznej podczas szczepienia. Do szczepienia używałem rozmaitych pożywek, ale przeważnie bulionu wołowego z dodatkiem 10°/₀ peptonu, żelatyny lub agaru. Wyhodowane drobnoustroje odosobniałem zapomocą płyt żelatynowych, oraz badałem je mikroskopowo. Pożywki trzymałem w termostacie przy 37° C.

Sprawozdanie z doświadczeń.

Doświadczenie I. Królik. Dnia 12/XI 1901 po skrwawieniu zwierzęcia zaszczepiłem pipetą kilka kropli płynnej treści śledzionowej na agar skośny.

Wynik doświadczenia. Dnia 16/XI na pożywce nic nie wyrosło.

Doświadczenie II. Królik. Dnia 13/XI po skrwawieniu zwierzęcia zaszczepiłem pipetą ciecz ze śledziony na bulionie do dwu probówek i na jeden agar skośny.

Wynik doświadczenia. 16/XI. Wszystkie pożywki — jałowe.

Doświadczenie III. Królik. Dnia 15/XI po skrwawieniu zwierzęcia zaszczepiłem pipetą: ciecz ze śledziony na bulionie, mleku i na agarze; z wątroby także na bulionie, mleku i na agarze.

Wynik doświadczenia. 17/XI. Ze śledziony na agarze i w bulionie wyrosły hodowle laseczników, podobnych do *b. coli.* Z wątroby otrzymałem: na agarze hodowlę laseczników, podobnych do *b. coli;* w bulionie hodowlę takich samych laseczników, a prócz tego paciorkowców; w mleku hodowle laseczników ułożonych w łańcuszki.

Doświadczenie IV. Świnka morska. Dnia 18/XI po zabiciu ude

rzeniem w kark zaszczepiłem pipetą i drucikiem platynowym ciecz ze śledziony, wątroby i płuc: na bulionie, mleku, żelatynie, agarze (hodowla kłóta), oraz na ziemniaku i agarze skośnym.

Wynik doświadczenia. 28/XI. Ze śledziony na agarze kłótym otrzymałem hodowlę paciorkowców; z wątroby na bulionie — prątków podobnych do *b. coli;* z płuc na agarze skośnym otrzymałem hodowlę ziarniaków. Pozostałe pożywki — jałowe.

Doświadczenie V. Świnka morska. Dnia 18/XI po zabiciu uderzeniem w kark zaszczepiłem drucikiem: z cieczy wątrobnej na bulionie, agarze i ziemniaku, a prócz tego kawałek na żelatynie; pipetą i drucikiem ciecz z płuc na ziemniaku i bulionie; całą śledzionę na żelatynie w puszce Petriego.

Wynik doświadczenia. 28/XI. Na pożywkach nic nie wyrosło.

Doświadczenie VI. Świnka morska. Dnia 18/XI po zabiciu uderzeniem w kark zaszczepiłem drucikiem: ze śledziony na ziemniaku i agarze skośnym, oraz na bulionie, mleku, żelatynie i agarze (kłótym); z płuca na agarze skośnym i ziemniaku, oraz na bulionie, żelatynie i agarze; z wątroby na agarze skośnym, bulionie i agarze. Prócz tego zaszczepiłem kawałek wątroby na żelatynie.

Wynik doświadczenia. 28/XI. Na pożywkach nic nie wyrosło.

Doświadczenie VII. Królik. Dnia 26/XI. Po skrwawieniu zwierzęcia zaszczepiłem pipetą i drucikiem: ciecz ze śledziony na agarze, ziemniaku i bulionie; z wątroby na agarze i bulionie; z płuc na agarze i do dwu probówek z bulionem.

Wynik doświadczenia. 5/XII. Na pożywkach nic nie wyrosło.

Doświadczenie VIII. Świnka morska. Dnia 27/XI po zabiciu uderzeniem w kark zaszczepiłem drucikiem i pipetą: ciecz ze śledziony na agarze i bulionie; z wątroby i płuc na bulionie.

Wynik doświadczenia. 5/XII. Na pożywkach nic nie wyrosło.

Doświadczenie IX. Świnka morska. Dnia 28/XI z trupa, który leżał w ciągu 20 godzin w chłodnem miejscu, zaszczepiłem pipetą i drucikiem: ciecz ze śledziony na bulionie i żelatynie; z wątroby, trzustki i płuc na bulionie.

Wynik doświadczenia. 5/XII. W bulionie, na którym zaszczepiłem z płuc, wyrosła pleśń. Reszta pożywek pozostała jałową.

Doświadczenie X. Świnka morska. Dnia 28/XI po zabiciu uderzeniem w kark zaszczepiłem drucikiem i pipetą: ciecz ze śledziony na bulionie, żelatynie i na agarze; z wątroby i płuc na bulionie.

Wynik doświadczenia. 17/XII. Pożywki pozostały jałowemi.

Doświadczenie XI. Świnka morska. Dnia 28/XI po zabiciu uderzeniem w kark zaszczepiłem pipetą i drucikiem: ciecz ze śledziony na żelatynie i bulionie; z wątroby do dwu probówek z bulionem. Prócz tego zaszczepiłem kawałek śledziony na agarze i kawałek płuc na bulionie.

Wynik doświadczenia. 17/XII. Na pożywkach nic nie wyrosło.

Doświadczenie XII. Świnka morska. Dnia 28/XI po zabiciu uderzeniem w kark zaszczepiłem pipetą i drucikiem ciecz ze śledziony na bulionie i żelatynie: z wątroby i płuc — na bulionie.

Wynik doświadczenia. 9/XII. Pożywki — jałowe.

Doświadczenie XIII. 28/XI. Świnka morska. Zwierzę skrwawiono. Zaszczepiłem pipetą i drucikiem z trupa, który leżał 4 godziny w cieplocie pokojowej; ciecz ze śledziony na bulionie i żelatynie; z wątroby i płuc — na bulionie.

Wynik doświadczenia 5/XII. Na pożywkach nic nie wyrosło.

Doświadczenie XIV. 30/XI. Pies padł podczas usypiania eterem. Zaszczepiłem drucikiem ciecz ze śledziony i płuca na żelatynie i na bulionie (do dwu probówek z każdego narządu).

Wynik doświadczenia 5/XII. Na pożywkach nic nie wyrosło.

Doświadczenie XV. 13/XII. Pies padł podczas usypiania eterem. Zaszczepiłem drucikiem z trupa, który leżał godzinę w cieplocie pokojowej, ciecz ze śledziony i wątroby na bulionie (do dwu probówek z każdego narządu).

Wynik doświadczenia. 17/XII. Na pożywkach nic nie wyrosło.

Doświadczenie XVI. Świnka morska. Dnia 18/XII po zabiciu uderzeniem w kark zaszczepiłem drucikiem ciecz z wątroby do dwu probówek z bulionem, a ze śledziony kawałek na bulionie.

Wynik doświadczenia. 12/I, 1902. Pożywki — jałowe.

Doświadczenie XVII. Królik. Dnia 17/XII po zabiciu zwierzęcia uderzeniem w kark zaszczepiłem drucikiem: ciecz ze śledziony do dwu probówek z bulionem; z wątroby również do dwu probówek z bulionem. Prócz tego zaszczepiłem na bulionie po kawałku śledziony, płuca i gruczołu krezkowego.

Wynik doświadczenia. 12/I, 1902. We wszystkich pożywkach, na których zaszczepiłem kawałki narządów, rozwinęły się hodowle; natomiast pożywki szczepione drucikiem pozostały jałowemi. Ze śledziony i gruczołu krezkowego wyhodowałem ziarniaki; z płuca — ziarniaki i *b. subtilis.*

Doświadczenie XVIII. Królik. Dnia 17/XII po zabiciu uderzeniem w kark zaszczepiłem drucikiem na bulionie: ciecz ze śledziony do dwu probówek i z wątroby do jednej. Prócz tego zaszczepiłem na bulionie po kawałku śledziony i płuca.

Wynik doświadczenia. 12/I, 1902. W bulionach z kawałkami śledziony i płuca otrzymałem hodowle ziarniaków. Pozostałe pożywki — jałowe.

Doświadczenie XIX. Pies. Dnia 20/I po skrwawieniu zwierzęcia zaszczepiłem drucikiem: ciecz ze śledziony i płuc na bulionie i agarze; z wątroby na bulionie. Prócz tego zaszczepiłem po kawałku wątroby i płuca na bulionie i żelatynie, oraz dwa kawałki śledziony na żelatynie.

Wynik doświadczenia. 31/I. W bulionie z kawałkiem wątroby otrzymałem hodowlę ziarniaków; w bulionie z płucem — laseczników i wreszcie na żelatynie z kawałkiem płuca — *penicillium glaucum.*

Doświadczenie XX. Królik. Dnia 20/I po skrwawieniu zaszczepiłem drucikiem ciecz ze śledziony, wątroby i płuc na bulionie i na agarze, a prócz tego kawałki z tych narządów na bulionie i żelatynie. Przez nieuwagę zaszczepiłem do probówki z bulionem prócz kawałka śledziony królika również kawałek śledziony psa (doświadczenie XIX).

Wynik doświadczenia. 31/I. Na żelatynie z kawałkiem wątroby rozwinęła się hodowla ziarniaków. W bulionie z kawałkami śledziony psa i królika otrzymałem również hodowlę ziarniaków. Pozostałe pożywki — jałowe.

Doświadczenie XXI. Świnka morska. Dnia 20/I po skrwawieniu zaszczepiłem drucikiem ciecz ze śledziony, wątroby i płuc na bulionie i na agarze skośnym, a prócz tego po kawałku z tych narządów na bulionie i żelatynie.

Wynik doświadczenia. 31/I. W bulionie z kawałkiem śledziony otrzymałem ziarniaki, a w bulionie z kawałkiem płuca — pleśń. Pozostałe pożywki jałowe.

Doświadczenie XXII. Świnka morska. Po skrwawieniu (20/I) zaszczepiłem drucikiem ciecz ze śledziony, wątroby i płuc na bulionie i na agarze skośnym, a prócz tego po kawałku tych narządów na bulionie i żelatynie. Powierzchni śledziony wyjątkowo w tym doświadczeniu nie przypalałem.

Wynik doświadczenia 31/I. Z kawałków śledziony i płuc wyhodowałem w bulionie ziarniaki. Pozostałe pożywki jałowe.

Doświadczenie XXIII. Świnka morska. Dnia 20/I po skrwawieniu zaszczepiłem po kawałku śledziony, wątroby i płuc na bulionie i żelatynie, a prócz tego drucikiem z wymienionych narządów na bulionie i na agarze skośnym.

Wynik doświadczenia. 31/I. Na pożywkach nic nie wyrosło.

Doświadczenie XXIV. 25/I. Pies. Po skrwawieniu zwierzęcia zaszczepiłem: ze śledziony kawałek na bulionie i dwa kawałki na żelatynie; z wątroby po dwa kawałki na bulionie i żelatynie; z płuca po kawałku na bulionie i żelatynie; z gruczołów krezkowych cztery kawałki na bulionie i dwa kawałki na żelatynie.

Wynik doświadczenia 31/I. Wyhodowałem we wszystkich czterech pożywkach z kawałkami wątroby laseczniki; w obydwu pożywkach z kawałkami płuca — *b. subtilis;* w trzech bulionach z kawałkami gruczołu krezkowego laseczniki do *b. mesentericus* podobne. Pozostałe pożywki jałowe.

Doświadczenie XXV. Królik. Dnia 25/I zaszczepiłem ze śledziony dwa kawałki na bulionie i jeden na żelatynie; z płuca po kawałku na bulionie i żelatynie; z wątroby kawałek na bulionie i dwa kawałki na żelatynie; z serca kawałek na bulionie; z gruczołu krezkowego dwa kawałki na bulionie i jeden na żelatynie.

Wynik doświadczenia. 7/II. W bulionie z kawałkiem płuca rozwinęła się hodowla laseczników, a w bulionie z kawałkiem gruczołu krezkowego — ziarniaków. Na pozostałych pożywkach nic nie wyrosło.

Doświadczenie XXVI. Młody królik, który żył zaledwie kilkanaście godzin. Dnia 11/III po zabiciu uderzeniem w kark zaszczepiłem: ze śledziony, płuca i serca po kawałku na bulionie i żelatynie; z wątroby i nerek po dwa kawałki na żelatynie i po kawałku na bulionie.

Wynik doświadczenia 20/III. Na żelatynie z nerką rozwinęła się hodowla laseczników. Na pozostałych pożywkach nic nie wyrosło.

Zwierzę użyte do doświadczenia	Data doświadczenia	Czas, w ciągu którego obserwowałem pożywki	Narządy, z których wyhodowałem drobnoustroje	Rodzaj wyhodowanych drobnoustrojów
Pierwszy szereg doświadczeń, w którym szczepiłem pipetą i drucikiem.				
I. Królik	12/XI 1901	4	—	—
II. Królik	13/XI	3	—	—
III. Królik	15/XI	2	śledziona wątroba	*b. coli com.?* *b. coli com.?* paciorkowce
IV. Świnka morska	18/XI	10	śledziona wątroba płuco	paciorkowce *b. coli com.?* ziarniaki
V. Świnka morska	18/XI	10	—	—
VI. Świnka morska	18/XI	10	—	—
VII. Królik	26/XI	9	—	—
VIII. Świnka morska	27/XI	8	—	—
IX. Świnka morska	28/XI	7	płuco	pleśń
X. Świnka morska	28/XI	19	—	—
XI. Świnka morska	28/XI	19	—	—
XII. Świnka morska	28/XI	7	—	—
XIII Świnka morska	28/XI	7	—	—
XIV. Pies	30/XI	5	—	—
XV. Pies	13/XII	4	—	—
XVI. Świnka morska	18/XII	25	—	—
Drugi szereg doświadczeń, w którym szczepiłem kawałki narządów.				
XVII. Królik	17/XII	26	śledziona, płuco. gruczoł krezk.	ziarniaki *b. subtilis* ziarniaki ziarniaki
XVIII. Królik	17/XII	26	śledziona płuco	ziarniaki ziarniaki
XIX Pies	20/I 1902	11	wątroba płuco	ziarniaki laseczniki
XX. Królik	20/I	11	śledziona wątroba	ziarniaki ziarniaki
XXI. Świnka morska	20/I	11	śledziona	ziarniaki
XXII. Świnka morska	20/I	11	śledziona płuco	ziarniaki ziarniaki
XXIII. Świnka morska	20/I	11	—	—
XXIV. Pies	25/I	6	wątroba płuco, gruczoł krezk	laseczniki *b. subtilis* *b. mesenteric.*
XXV. Królik	25/I	13	płuco, gruczoł krezk.	laseczniki ziarniaki
XXVI. Królik	11/III	9	nerka	laseczniki

Omówienie wyników doświadczeń.

Ze sprawozdania powyższych doświadczeń wynika, iż, szczepiąc pipetą lub drucikiem z narządów wewnętrznych 16 zwierząt prawidłowych, tylko z narządów dwóch zwierząt wyhodowałem drobnoustroje, podczas gdy szczepiąc kawałki narządów, tylko z narządów jednego zwierzęcia, nie otrzymałem hodowli drobnoustrojów.

Co się tyczy poszczególnych narządów, to szczepiąc pipetą lub drucikiem:

ze śledziony 16 zwierząt, wyhodowałem drobnoustroje z 2
z wątroby 13 „ „ „ „ 2
z płuc 11 „ „ „ „ 1

Szczepiąc natomiast kawałki:

ze śledziony 10 zwierząt, wyhodowałem drobnoustroje z 5
z wątroby 10 „ „ „ „ 3
z płuc 10 „ „ „ „ 5
z grucz. krezk. 3 „ „ „ „ 3

Szczepiąc drucikiem lub pipetą w pierwszym szeregu doświadczeń (16 zwierząt), otrzymałem hodowle drobnoustrojów tylko z narządów dwóch zwierząt. Na podstawie pierwszego szeregu doświadczeń nie mógłbym więc potwierdzić wyników doświadczeń Carrière'a i Vanvertsa, gdyż, wprowadzając do pożywek, podobnie jak przytoczeni wyżej badacze, nader małe ilości miąższu narządów, otrzymywałem wyniki przeważnie ujemne. Szczepiąc natomiast kawałki narządów, prawie u wszystkich zwierząt wyhodowałem drobnoustroje, a najczęściej ze śledziony i płuc. Gruczoły krezkowe badałem bakteryologicznie tylko u trzech zwierząt, zawsze z wynikiem dodatnim.

Jest rzeczą już z góry wielce prawdopodobną, że jeżeli drobnoustroje znajdują się w tkankach prawidłowych, to w niezmiernie małej ilości. Jasną wobec tego wydaje się okoliczność, iż wynik szczepienia w wysokim stopniu zależy od ilości użytego do szczepienia materyału. Że tak jest istotnie, wskazują te doświadczenia, w których szczepiłem jednocześnie z tych samych narządów pipetą, drucikiem i kawałki narządów; w pożywkach, na których zaszczepiłem kawałki narządów, otrzymywałem stosunkowo bardzo często hodowle drobnoustrojów, podczas gdy pożywki zaszczepione drucikiem lub pipetą pozostawały jałowemi. Doświadczenia IX, XIII i XV, w których szczepiłem ze zwlok zwierząt pipetą i otrzymałem wyniki ujemne, świadczą także o tem, iż na wynik doświadczenia ma wielki wpływ ilość zaszczepionego miąższu narządów. Wiadomo bowiem, iż po śmierci odbywa się przechodzenie drobnoustrojów z jelita do narządów wewnętrznych, przypuszczać przeto należy, że i narządy zwłok zwierząt, z których szczepiłem, a przynajmniej trup zwierzęcia, który dwadzieścia godzin leżał, zawierały w sobie drobnoustroje, które dałyby się wykazać, gdybym był szczepił kawałki narządów.

Możnaby przypuszczać, iż wyniki dodatnie, jakie w doświadczeniach otrzymałem, należy położyć na karb zanieczyszczeń z powietrza. Istotnie wobec dotychczasowych metod badania nie da się zaprzeczyć, że w części moich doświadczeń wyhodowane przezemnie drobnoustroje pochodzą rzeczywiście z powietrza.

Przypuszczenie to jednak nie może dotyczyć wszystkich wyników dodatnich moich doświadczeń z następujących względów: narzędzia, których do doświadczeń używałem, po wyjęciu ze sterylizatora zawsze przed każdorazowem użyciem przeprowadzałem przez płomień palnika Bunsena, przyczem rozpalały się one tak silnie, iż ledwo je w ręku utrzymać mogłem.

Pomiędzy przypaleniem powierzchni narządu a wycięciem kawałka i przeniesieniem go do pożywki upływało zaledwie kilka sekund. Musiałoby być wobec tego bardzo dużo drobnoustrojów w powietrzu, aby stosunkowo tak często zdarzały się zanieczyszczenia. Tymczasem wskutek odpowiedniego przygotowania sali aseptycznej w przeddzień doświadczenia, powietrze w niej zawierało podczas szczepienia bardzo mało drobnoustrojów, jak o tem świadczą płyty żelatynowe i agarowe, wystawione przez cały czas doświadczenia, na których tylko nieliczne kolonie drobnoustrojów wywyrastały. Przytem w części doświadczeń wyhodowałem z narządów takie gatunki drobnoustrojów, jakich w powietrzu podczas doświadczenia nie było, a niekiedy zdarzało się, iż z kilku kawałków jednego i tego samego narządu wyrastał jeden i ten sam gatunek drobnoustrojów

Na płytach, wystawionych w sali aseptycznej podczas doświadczeń, wyrastały najczęściej kolonie ziarniaków, a tylko rzadko laseczników, tymczasem w hodowlach z narządów 19 razy otrzymałem laseczniki, a 15 razy ziarniaki.

Przytoczone fakty uprawniają więc do wniosku, iż przynajmniej w części moich doświadczeń, w których otrzymałem wyniki dodatnie, wyniki te nie pochodziły z zanieczyszczeń z powietrza, a były sprowadzone przez drobnoustroje, znajdujące się w miąższu narządów.

Raczej byłbym skłonny przypuścić, że część wyników ujemnych w moich doświadczeniach przypisać należy tej okoliczności, iż nadto silnie przypalałem powierzchnię narządów, oraz że wycinałem kawałki narządów zbyt silnie rozpalonemi nożyczkami.

Jakkolwiek więc metoda badania bakteryologicznego, jaką dziś posiadamy i jaką się w pracy niniejszej posługiwałem, nie zawsze daje bezwzględną pewność, iż otrzymane wyniki doświadczeń odpowiadają istotnemu stanowi rzeczy, to jednak przytoczone wyżej doświadczenia wskazują, że w warunkach prawidłowych narządy wewnętrzne nie zawsze są bezwzględnie jałowe.

Twierdzenie to tembardziej jest uzasadnione, iż u zwierząt prawidłowych drobnoustroje mogą z przewodu pokarmowego wydostać się, jak to wykazały doświadczenia Rogozińskiego i osiąść w gruczołach krezkowych. Szereg własnych doświadczeń, które wkrótce ogłoszę, wykazuje nadto, iż w warunkach fizyologicznych drobnoustroje z przewodu pokarmowego przechodzą nie tylko do gruczołów krezkowych, ale i do innych narządów wewnętrznych.

Całokształt przeto badań nad jałowością tkanek wyraźnie wskazuje, iż nawet w warunkach prawidłowych narządy wewnętrzne niezawsze są zupełnie wolne od drobnoustrojów.

Kończąc pracę, składam serdeczne podziękowanie P. Prof. K. Kleckiemu, Dyrektorowi Zakładu patologii ogólnej i doświadczalnej Uniw. Jagiell., za rady, których mi udzielał, i kol. B. Rzegocińskiemu za pomoc w doświadczeniach.

Piśmiennictwo. 1) Moor: Mikroorganizmy wozducha i ich rol w razprostranienii zaraznych boliezniej. (Istoriczeskij oczerk. Petersburg 1895). 2) L. Pasteur: Mémoires sur les corpuscules organisés, qui existent dans l'atmosphére (Annales de chimie et physique. 1862. Vol. 64). 3) Rosenbach: Gibt es Spaltpilze oder deren Keime in den Geweben... (Deutsch. Zeitschr. f Chirurgie 1880 Bd. 13 Cyt. według Hausera p. l. 5). 4) Rindfleisch: Virchow's Archiv. Bd. LIV. 1872. Cyt. według Hausera. 5) G. Hauser: Ueber das Vorkommen von Mikroorganismen im lebenden Gewebe gesunder Thiere. (Archiv f. exper. Path. u. Pharmak. 1886. Bd. XX). 6) L. Manfredi: Ueber die Bedeutung des Lymphgangliensystems für die moderne Lehre von der Infection u. der Immunität. (Virchow's Archiv 1899. Bd. 155. W pracy Manfrediego podane są także wyniki prac jego uczniów). 7) Kälble: Untersuchungen über den Keimgehalt normaler Bronchiallymphdrüsen (Münch med. Woch. 1899. pag. 622. Cyt. według Rogozińskiego). 8) Rogoziński: O fizyologicznej rezorbcyi bakteryj z jelita (Rozprawy wydziału mat. przyrodn. Akademii Umiejętności. Serya III. Tom 2 Dział B. 1902 str. 57—158). 9) Carrière i Vanverts. Etudes sur les lesions produites par la ligature expérimentale de vaisseaux de la rate. (Archives de méd. expér. 1899). 10) W. W. Ford. On the Bacteriology of Normal Organs. (Journal of Hygiene. 1901. vol I. Nr. 2.)

IV. Oceny i sprawozdania.

O łamliwości żeber u obłąkanych.*)

Podał

Dr. Stanisław Jankowski.

Sprawa złamań kości u obłąkanych wogóle, a złamań żeber w szczególności, zajmuje uwagę tak psychiatrów, jak i anatomów od lat czterdziestu; w ostatnich atoli dopiero latach badania drobnowidowe i chemiczne, przeprowadzone przez niemieckich przeważnie autorów, rzuciły światło na tę kwestyę i wyjaśniły do pewnego stopnia powody takich złamań.

Pracując od dłuższego już czasu nad tą sprawą, postanowiłem, — zanim będę mógł podać wyniki własnych spostrzeżeń, — przedstawić w krótkości wyniki badań obcych od lat 40 w tym kierunku robionych, tem więcej, że przypadek, jaki się zdarzył w bieżącym roku w szpitalu św. Łazarza, zwrócił powszechną uwagę na te złamania.

Pierwszymi, którzy zauważyli tę stosunkową częstość złamań żeber u obłąkanych, byli lekarze angielscy Mc. Jntosh, Lindsay, Haerder, Ormerod i inni), a jeden z nich (Lindsay) w pracy swej (omawianej na 36-tem zgromadzeniu Towarzystwa psychiatrów w Berlinie 15 grudnia 1879 r.) przytoczył cały szereg podobnych przypadków z zakładów Sussex, Shorpshire, Carmarthen i Hamwell, z charakterystyczną uwagą, że Anglia jest wprawdzie królestwem systemu „non restraint“, — „ale równocześnie i państwem złamań żeber u obłąkanych“.

Lekarze angielscy stwierdzili, że w wielu takich przypadkach powodem złamania było użycie gwałtu i brutalność personalu dozorczego, równocześnie atoli zwrócili uwagę na to, że, jak sekcye obłąkanych świadezą, żebra ich zdradzają często nadmierną kruchość i łamliwość.

I tak Davey (*The Lancet* 1870) podnosi, że już w roku 1842 zwrócił uwagę na znaczne rozmiękczenie kości u obłąkanych, a na podstawie opisanych przez siebie 6 przypadków niedołęztwa porażennego przypuszcza, że powodem takiego rozmiękczenia jest rozwijające się u takich chorych charłactwo.

Podobne spostrzeżenie podaje Ullersperger[1]) z Monachium, który opisał cały szereg podobnych przypadków, zaszłych w Anglii, i który, stwierdziwszy smutny stan zakładów angielskich, dodaje, że złe odżywienie kości skutkiem.... *„Cacochymieen und Cachexien... sich in Erweichung und Zerbrechlichkeit der Knochen kundgebend, sich bei Irren herausgestellt hat“.*

W ślad za spostrzeżeniami angielskiemi idą spostrzeżenia niemieckie (Gudden, Meyer), następnie włoskie, francuskie (Morselli, Bianto i Verneuil 1876). W Anglii szczególnie około roku 1870 wrzał gorący spór w sprawie powodów złamania żeber u obłąkanych. Z jednej strony lekarze podnosili zmiany zanikowe, napotykane często w żebrach obłąkanych i im przypisywali przyczynę częstych złamań, z drugiej strony opinia publiczna i prasa nie dawały wiary sprawozdaniom lekarskim i w każdym podobnym przypadku dopatrywały powodu złamania w gwałcie i brutalnem obchodzeniu się dozorców.

Wynikł ztąd cały szereg procesów sądowo-karnych, w niewielu jednak tylko przypadkach zdołano z całą pewnością stwierdzić winę personalu służbowego; w znaczniejszej części przypuścić należało, że kości obłąkanych odznaczają się pewną nadmierną łamliwością, która przy przepełnieniu, złem urządzeniu i niedostatecznej ilości dozorczego personalu w zakładach angielskich — ułatwia powstawanie takich złamań. Dokładny opis smutnego ówczesnego stanu angielskich zakładów dla obłąkanych podaje Dr. Uller-

*) Rękopis ten otrzymała Redakcya 9go sierpnia b. r.

sperger z Monachium[1]) w swych psychiatrycznych zapiskach o Anglii

Z psychiatrów niemieckich pierwszy Bernard Gudden (który zginął wraz z królem bawarskim Ludwikiem II tragiczną śmiercią w jeziorze Sternbergskiem 13 go czerwca, 1886) zwrócił w r. 1864 uwagę lekarzy zakładów niemieckich na częste stosunkowo wypadki złamań żeber u obłąkanych z równoczesną prośbą, aby mu o takich wypadkach donoszono. Liczby statystyczne, które Gudden[2]) z nadsyłanych mu przez pięć lat sprawozdań zestawił, przedstawiają się, jak następuje: na 100 autopsyj obłąkanych (50 m. i 50 k.) stwierdzono w 16-tu przypadkach złamanie żeber (16%), 14 u mężczyzn (87·5%), a 2 u kobiet (12·5%), a z tych 14-tu przypadków dotyczyło 8 (a więc 57%) dotkniętych niedowładem postępującym.

W 4 przypadkach złamania były obustronne, w 6 znalazły się po stronie prawej, w 6 po lewej; w 4 przypadkach uległo złamaniu jedno tylko żebro, w 12 pozostałych przypadkach było ich więcej złamanych; tak w jednym przypadku było 14, w drugim 23, w trzecim 30 złamań; zwykle złamania były jednokrotne, czasem wielokrotne (jedno żebro było n. p. 4 razy złamane); w jednym przypadku złamane było tylko żebro XII, w innym znowu I-sze i to w tem miejscu, gdzie wychodziło na zewnątrz z pod nienaruszonego obojczyka.

Jeden z przypadków opisanych przez Guddena dotyczył chorego z wybitnemi zmianami rozmiękczenia kości, a przy sekcyi stwierdzono u niego 30 złamań żeber, których to złamań za życia wcale nie dostrzeżono.

Oprócz tego stwierdził Gudden wybitne rozmiękczenie kości w trzech przypadkach, podając równocześnie, że wogóle lżejsze przypadki rozmiękczenia kości spotyka się u obłąkanych znacznie częściej, niżby za życia przypuszczać było można.

Badania te zniewoliły Guddena do ogólnikowego twierdzenia, że u obłąkanych „mierny stopień rozmiękczenia kości nie jest rzadkiem zjawiskiem“ — dalej, że wielu obłąkanych zostaje przyjętych już z złamanemi żebrami do zakładów — wreszcie, że często stwierdzenie takich złamań za życia jest bardzo utrudnione.

Ścisłych badań anatomo-patologicznych, mikroskopowych i chemicznych Gudden nie przeprowadził; podał natomiast szereg uwag o złamaniach żeber, które i dzisiaj po 33 latach uznać należy za zupełnie słuszne i trafne.

Rozpatrując przyczyny złamań (po uwzględnieniu zmian patologicznych), uznaje je Gudden wogóle za urazowe i podaje trzy zasadnicze powody, które złamania takie wywołać mogą.

W pierwszym rzędzie mogą chorzy sami upaść, uderzyć się o jakiś przedmiot, czy to skutkiem podniecenia, czy też niedołęztwa i niezborności ruchów; „przypadki“ takie w dosłownem tego wyrazu znaczeniu uważa Gudden za bardzo rzadkie, a opisali je Tyermann[3]) (dwa przypadki: w jednym złamanie obojczyka i rzepki skutkiem silnego rzucenia się na drzwi, w drugim złamanie kilku żeber po obu stronach skutkiem upadku na brzeg krzesła): Thurnam[4]) (złamanie obojczyka w czasie upadku padaczkowego).

Charakterystyczny w tym kierunku przypadek przytacza Laehr[5]): jeden chory rzucił się kilkakrotnie sam na poręcz krzesła i kratę komina, następnie chodził bez jakichkolwiek oznak bólu lub niedomagania z rękoma w kieszeniach i wykonywał groźne ruchy ramionami; po dwóch dniach zmarł, a sekcya stwierdziła rozliczne obustronne złamania żeber, których odłamki uszkodziły płuca.

Drugim powodem złamania żeber u obłąkanych jest według Guddena pobicie, uderzenie, kopnięcie, potrącenie itp. obłąkanego przez innego chorego, a podobny przypadek własny cytuje Gudden z zakładu w Werneck, nadto zaś i Thurnam[4]) i to dwa przypadki: w pierwszym złamanie wyrostka kruczodzióbego łopatki, w drugim złamanie kości ramieniowej. Trzecią przyczyną złamania żeber jest pobicie i brutalne obchodzenie się personalu dozorczego z chorymi„. Jestto smutnem i można temu zaprzeczać, a tak jest przecież w istocie“, — powiada Gudden; cały szereg takich przypadków podają sprawozdania angielskie i niemieckie, a do tej kategoryi zaliczyć należy także przypadek zaszły w Krakowie w r. b.

Zastanawiając się nad tem, w jaki sposób możnaby zapobiedz takiej brutalności personalu dozorczego, podnosi Gudden, że uniknięcie jej jest rzeczą bardzo trudną, a przedewszystkiem radzi, aby lekarze zakładów dla obłąkanych uczyli dozorców względnego, łagodnego i umiejętnego obchodzenia się z chorymi; — następnie aby płace dozorców były odpowiednio podwyższane w miarę ich zdolności i pracy; dalej — aby umożliwiać personalowi dozorczemu wstępowanie w związki małżeńskie i w ten sposób przywiązywać go do służby w zakładach, wreszcie — aby, o ile to jest możliwe, zapobiegać sposobnościom do gwałtownych zajść.

W tym celu zakład powinien rozporządzać zawsze dostateczną liczbą dozorców płci obojej; — dozorcy ci powinni pozostawać pod ustawiczną kontrolą lekarza i nie powinni wobec chorych używać siły fizycznej, tylko w obecności, względnie za wiedzą lekarzy zakładowych. (C. d. n.).

¹) Ullersperger: „Psych. Notizen über England“ Allg. Zeitschrift für Psychiatrie XXVIII, 1871.

²) B. Gudden: „Ueber den Rippenbr. b. Geisteskr.“ Archiv für Psychiatrie II. 1869.

³) Tyermann: „Chirurgie b. Behand. der Geist-skr.“: Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie XX 1863.

⁴) Thurnam: Sprawozdanie z Wilts county Asylum według All. Zeitschrift für Psychiatrie XXI. 1864.

⁵) Laehr: „Ueber die Rippenbrüch: der psych. Kranken“. All. Zeitschrift für Psychiatrie XX. i XXVII. 1881.

V. Wyciągi.

Zimmermann. **Zastosowanie balonu do jamy macicy w położnictwie.** (*Monatsschrift für Geb. und Gyn.* tom 16, Zeszyt I, 1902). Na podstawie 645 przypadków zebranych w piśmiennictwie, oraz własnych spostrzeżeń zastanawia się Z. nad sposobem działania, techniką, wskazaniami i wynikami zastosowania balonów do jamy macicy. Już dawniej wiedziano, że balon, ułożony nad ujściem wewnętrznem macicy, wywołuje bóle, nie wiedziano jednak dlaczego. Wytłómaczył to Keilmann (1898), który na podstawie swych badań doszedł do przekonania, że tak bóle porodowe fizyologiczne, jak i sztuczne, wywołane są wskutek ucisku pęcherza płodowego, względnie balonu, na zwoje nerwowe samoistne, leżące w szyjce macicy; że zwoje takie istnieją i nie zależą od ośrodkowego układu nerwowego, za tem przemawiają przypadki porodu dobrowolnego przy silnych bólach, mimo obecności *myelitis transversa* dolnej części rdzenia lędźwiowego. Wytłómaczenie to niemało przyczyniło się do udoskonalenia samej techniki. Tam, gdzie idzie tylko o zastąpienie przedwcześnie pękniętego pęcherza płodowego, wystarczy wsunąć balon elastyczny (Brauna) do jamy macicy, wypełnić odpowiednią ilością płynu (woda przekroplona, płyn antyseptyczny) i zostawić, aż sam się urodzi do pochwy. Tam zaś, gdzie idzie o wzmocnienie słabych bólów porodowych, trzeba w celu silniejszego podrażnienia zwoju nerwowego, a więc w celu wywołania nań silniejszego ucisku, obciążyć balon stosunkowo małym ciężarem, większym zaś, gdy idzie równocześnie o szybsze ukończenie porodu. Wreszcie w przypadkach, gdzie zależy głównie na możebnie szybkiem rozszerzeniu szyjki w celu natychmiastowego ukończenia porodu, albo wskutek blizn w szyjce, tam należy użyć balonu nie elastycznego (Champétier-de-Ribes), albowiem ten znosi o wiele większe obciążenie, aniżeli elastyczny. Przed zastosowaniem balonu należy dokładnie oczyścić zewnętrzne części rodne i pochwę, wypróżnić pęcherz moczowy i kiszkę stolcową; sam zaś balon i narzędzia wygotować, lub wyjałowić, podobnie jak i ręce. Przed wprowadzeniem balonu należy się przekonać o jego nieprzepuszczalności. Wprowadza się go pod kontrolą palców, zapomocą „koranzangi“.

Balon znajduje zastosowanie 1) w celu sztucznego przerwania ciąży; 2) w celu rozszerzenia ujścia macicy przy porodzie w przypadkach patologicznych; 3) przy łożysku przodującem. — *Ad* 1). Najważniejsze znaczenie ma zastosowanie balonu w celu

wzniecenia przedwczesnego porodu. Sposób ten o tyle lepszy od innych, że szybko i pewnie wywołuje bóle, że zachowuje pęcherz płodowy aż do zupełnego rozwarcia ujścia macicy, że w największej liczbie przypadków zabieg ten, raz wykonany, wystarcza. Po urodzeniu się balonu bardzo często korzystniej będzie poród natychmiast sztucznie ukończyć, bacząc na to, że poród przedwczesny wznieca się już to z powodu ciasnej (płaskiej) miednicy, już to z powodu choroby matki. Na 211 porodów przedwczesnych, wzniecanych balonem elastycznym, urodziło się żywych dzieci 85·6%, wyszło żywych dzieci 70·3%, chorowało kobiet 15·8%, umarło kobiet 3·8%. Na 59 przypadków, gdzie poród ukończono natychmiast sztucznie, urodziło się żywych dzieci 93·2%, a wypuszczono żywych dzieci 86·4%. Z również dobrym skutkiem użyto balonu elastycznego do wzniecenia, względnie przyspieszenia, poronienia. — *Ad* 2). Tu należą przypadki przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego, osłabienie bólów porodowych, nieprawidłowe położenia płodu, wypadnięcia części drobnych lub pępowiny, gorączka, rzucawka porodowa. Jest to grupa przypadków, w których zależnie od nagłości można użyć tak balonów elastycznych, jak i nie elastycznych. Na 159 przypadków, w których z powodu powyższych powikłań zastosowano balon do jamy macicy, urodziło się żywych dzieci 127, gorączkowało kobiet 29, zmarły 2. — *Ad* 3). Przy łożysku przodującem niema zdaniem autora lepszego leczenia, szczególnie w praktyce prywatnej, jak zastosowanie balonu. Działa on tamponująco i równocześnie rozszerzająco tak, że po jego urodzeniu się można natychmiast przystąpić do sztucznego rozwiązania kobiety. Balon należy o ile możności wprowadzić między błony płodowe a ściany macicy tak, aby pęcherza płodowego nie naruszyć. Da się to prawie zawsze osiągnąć, nawet przy przodującem łożysku środkowem. Na 79 przypadków łożyska przodującego, w których zastosowano balon po przebiciu błon płodowych, urodziło się żywych dzieci 56·99%, gorączkowało kobiet 16·4%, zmarło kobiet 7·59%; na 30 przypadków, gdzie nienaruszono pęcherza płodowego, urodziło się żywych dzieci 76·66%, gorączkowało kobiet 10%, zmarło kobiet 3·33%. Należy zawsze użyć balonu elastycznego i małego obciążenia.

Dr. E. Ehrenpreis.

Max Einhorn. **Dychawica niestrawnościowa** *(asthma dyspepticum)*. (*Journal of Americ. Medic. Assoc.* 1 lutego 1902 r.). Cierpienie to stosunkowo nieczęste i mało znane ogółowi lekarzy polega na napadach duszności po jedzeniu u osób, ulegających cierpieniom żołądka przy zdrowych narządach piersiowych. Prof. Einhorn spostrzegał 31 przypadków tej choroby i na podstawie tego materyału uważa za możliwe wyosobnienie dwóch postaci dychawicy z niestrawności: 1. przypadki, w których napady duszności zjawiają się peryodycznie w formie ostrej, i 2. przypadki, w których dychawica ta ma przebieg więcej przewlekły. Pierwsza grupa cechuje się występowaniem ostrych napadów duszności, po mniej lub więcej długich przestankach, bądź bez żadnego widocznego powodu usposabiającego, bądź też po nadużyciach w jedzeniu, piciu, paleniu, lub wreszcie po silnych podbudzeniach innego rodzaju. Napady bywają zazwyczaj bardzo ciężkie i towarzyszą im nieraz objawy grożące życiu: niezmiernie silna duszność, sinica, nawet zapad.

Grupa przewlekłej dychawicy niestrawnościowej jest większą od poprzedniej i może być podzielona na dwie kategorye: w pierwszej napady duszności powstają wkrótce po jedzeniu bez żadnych zewnętrznych pobudek, lub też po ruchu; w drugiej odmianie napady występują w 2—3 godziny po jedzeniu, również same przez się, lub po chodzeniu i t. p.; w pewnej części przypadków tej kategoryi udaje się wstrzymać napad spożyciem jadła w niewielkiej ilości.

Przypadki, należące do pierwszej kategoryi, są bardzo podobne do dusznicy bolesnej, w której z początku również nieraz nie udaje się wykryć żadnych zmian w sercu i naczyniach. Zazwyczaj ścisłe rozpoznanie udaje się ustalić dopiero po wypróbowaniu leczenia: gdy dychawica niestrawnościowa stale i napewno ustępuje po wyleczeniu cierpienia przyczynowego (żołądka) i napady — przy odpowiednim trybie życia — nie wracają, t. j. że następuje wyleczenie trwałe, to dusznica bolesna, wywołana cierpieniami serca i naczyń, daleko trudniej podlega leczeniu i polepszenie, jeżeli nawet nastąpi, bywa nietrwałe i przemijające.

Prawie we wszystkich przypadkach autora (a zauważyć należy, że tyczyły się one wyłącznie osób dorosłych, wbrew utartemu zdaniu, iż dychawica niestrawnościowa bywa prawie tylko u dzieci), wykonano badanie wydzielniczej wydolności żołądka. Jakiegoś określonego jednostajnego cierpienia u wszystkich chorych nie wykryto, lecz w pewnej części przypadków znaleziono niedomogę wydzielniczą (*achylia gastrica*), a jeszcze częściej nadmiar kwasu solnego *(hyperchlorhydria)*. W obu rodzajach tych zaburzeń odpowiednie leczenie uwieńczone zostało zupełnem powodzeniem, względnie ustaniem napadów duszności.

Fakt, iż dwa wręcz przeciwne stany żołądka wywołują to samo zjawisko, t. j. dychawicę, tłómaczy się tem, iż w obu przypadkach mamy do czynienia z podrażnieniem błony śluzowej żołądka (przy zwiększonej ilości HCl od nadmiaru kwasów w soku żołądkowym, zaś przy *achylia gastrica* od mechanicznego podrażnienia cząstkami jadła). W przypadkach, w których zmian wydzielniczych w żołądku nie znaleziono, należy przypuścić nadczułość żołądka (jak to utrzymywał już dawniej Boas). Nakoniec w niektórych przypadkach dychawicy niestrawnościowej spostrzegano opuszczenie wątroby, mogące również być przyczyną powstania napadów dychawicy.

Leczenie należy kierować przeciw zaburzeniom w trawieniu i starać się poprawić nieprawidłowe położenia narządów brzusznych, głównie wątroby, jeżeli ten stan istnieje. Prawidłowy tryb życia, unikanie nadmiaru tytoniu i wyskoku, a również przepracowania umysłowego, ma też niemałe znaczenie w leczeniu dychawicy niestrawnościowej.

Dr. St. Rudzki (Lublin).

Prof. Sydney Kuh. **Leczenie akromegalii przetworami nasadki mózgowej.** (*Journal of Amer. Med. Assoc.* 1 lutego, 1902 r.). Jak wiadomo, w większości przypadków akromegalii znajdowano po śmierci zmiany w nasadce mózgowej. Autor niniejszej pracy idzie jeszcze dalej i wypowiada przekonanie, iż we wszystkich przypadkach tej choroby, gdzie tylko rozpoznanie było bez zarzutu, można było znaleźć te lub inne zmiany w nasadce mózgu, jeżeli poddano ją nietylko makroskopowemu, lecz i mikroskopowemu badaniu. Na podstawie tej obserwacyi zapoczątkowano próby organoterapii w akromegalii. Autor stosował nasadkę mózgową w trzech przypadkach akromegalii: u wszystkich tych chorych działanie okazało się dodatnie, szczególnie widoczne było u dwóch z nich: ustąpiły mianowicie bóle i zawroty głowy, ogólne osłabienie, nadmierne pocenie się i wymioty. Zmiany organiczne, jak zanik nerwu wzrokowego, lub powiększenie się obwodowych części ciała, oczywiście pozostały i po leczeniu nasadką mózgową, lecz objawy podmiotowe bezwarunkowo złagodniały, co ma niemałe znaczenie wobec bezskuteczności innych sposobów leczenia. (Niektórzy badacze spostrzegali krótkotrwałe co prawda, polepszenie po zastosowaniu przetworów gruczołu tarczykowego, co i ja osobiście stwierdziłem w jednym przypadku akromegalii. *Sprawozd.*).

Wpływ poddawania (sugestyi) w przytoczonych przypadkach autor stanowczo wyklucza.

Dodatnie działanie przetworów nasadki mózgowej na chorych autora trwa (do chwili ogłoszenia artykułu drukiem) 1—1½ lat, w ciągu których stan ich widocznie się jeszcze polepszył. Nasadkę mózgową stosowano w postaci proszku, lub kołaczyków (dawka jednorazowa 0,3); po kołaczykach jednak spostrzegano mniejsze działanie przy jednakowej zawartości leku, zapewne wskutek gorszej rozpuszczalności. Wyniki, otrzymane przez prof. Sydney Kuha, zgadzają się w ogólnych zarysach ze spostrzeżeniami wielu innych autorów, którzy stosowali organoterapię w akromegalii.

Dr. St. Rudzki (Lublin).

Dr. Soetbeer. **Fosfaturya.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* T. 56, 6 B. 1 H., 1902). Niejasny obraz kliniczny fosfaturyi dał powód do licznych hipotez. I tak Peyer w swej monografii zalicza ją do neurozy nerkowej. Ch. H. Rolfe odróżnia dwie postacie fosfaturyi: *a)* fosfaturya z cukrzycą, jako zbiór objawów, połączonych ze zwiększonem wydzielaniem kwasu fosforowego, i *b)* fosfaturya, w której niema zwiększonego wydzielania kwasu fosforowego, lecz tylko złogi fosforowe w moczu. Robin, tworząc swoją „phosphaturie terreuse des dyspeptiques", kładzie główny nacisk nie na przypadłości nerwowe, lecz na niestrawnościowe i rozróżnia *a)* postać ciężką, połączoną z kamieniami fosforowymi i *b)* lekką z bólami w okolicy krzyżów i pęcherza, oraz z objawami neurastenicznymi, zwolnieniem tętna, dusznością, znużeniem, bladością cery, kwaśnemi odbijaniami, kurczami i bólami żołądka.

Autor opisuje przypadek fosfaturyi u dziewczynki sześcioletniej, okazującej wyraźne zaburzenia odżywcze, nieżyt kiszki grubej, nieregularnie występujące napady silnych bólów w okolicy żołądka, rozszerzających się ku wątrobie, nerkom i rdzeniowi pacierzowemu.

Chcąc się przekonać o przyczynie tego patologicznego stanu moczu, S. poddał równocześnie próbie kontrolnej ustrój zdrowy i przekonał się, że kwasota moczu obu prób jest prawie jednakowa, ilość kwasu fosforowego u zdrowej zwiększona o 0·05, zaś wapna u chorej zwiększona o 0·263 grm.; zaś badanie kału wykazuje u chorej w stosunku do zdrowej zmniejszenie wapna o 0·31 grm. Zwiększona ilość wapna w moczu chorej pochodzi z wapna, znajdującego się w pokarmach, które nie zostało wydalone drogą jelit, lecz przeszło przez nerki.

Liczbowy stosunek P_2O_5 do CaO w moczu u zdrowej, jest

jak 12: 1, a u chorej 4: 1; to wyjaśnia zupełnie powstanie osadu, gdyż nadmiar alkaliów ziemnych ułatwia tworzenie się trudno rozpuszczalnych obojętnych i alkalicznych fosforanów w moczu. Nienaruszona czynność nerek przemawia przeciw temu, by nerki były nadmiernie przepuszczające dla wapna; o wiele pewniejszem jest przypuszczenie choroby w kiszce grubej, objawiającej się jako jej nieżyt i upośledzenie w czynności wydzielniczej, zwłaszcza w stosunku do wapna. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Dr. J. G. Rey. **Nagminne występowanie ostrego zapalenia ucha środkowego u dzieci.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* N. F. 55, B. 5, 3. Nr., 1902). Prócz zapaleń ostrych, ropnych lub surowiczych ucha środkowego, wikłających przebieg chorób zakaźnych, zwraca autor uwagę na pierwotną postać tego zapalenia, występującego nader często u dzieci w wieku od 3 do czterech lat. Rey spostrzegał 57 przypadków ostrego zapalenia ucha środkowego u dzieci, w 49 przypadkach obustronnego, a w 8 jednostronnego. W 47 przypadkach wypocina była surowicza, w dwóch po jednej stronie surowicza, po drugiej ropna; w 8 przypadkach ropna. Objawy zapalnego zajęcia błony bębenkowej istniały we wszystkich przypadkach z wypociną surowiczą; raz zaś tylko przy wypocinie ropnej. Wiek chorych wahał się od 2 miesięcy do 8 lat. Choroba ta zawsze zaczynała się zwiastunowym stanem gorączkowym dochodzącym do 39°, a nawet 40°, oraz nieżytem błon śluzowych ócz, nosa i gardła. Po kilku dniach stan ten znika, pozostawał tylko lekki nieżyt nosa, a po krótkiej przerwie bezgorączkowej ciepłota podnosiła się znowu nawet do 40·5°, dzieci stawały się niespokojne, po nocach krzyczały, biły główką o pościel, chwytały się rękami za skroń, twarz zaczerwieniała się, a nieraz na klatce piersiowej występowała szkarłatna wysypka. Dzieci takie przestają odżywiać się, tracą łaknienie, pobudzane są do krótkiego męczącego kaszlu, opadają z sił, a czasem ulegają śpiączce. Badanie wziernikowe uszów wykazuje objawy, począwszy od nieżytu trąbki, aż do ciężkiego zapalenia ucha środkowego z przedziurawieniem błony bębenkowej. Choroba trwa zależnie od natężenia i umiejscowienia: zapalenie surowicze i surowiczo-krwawe ustępuje bez śladu po dwóch do trzech dniach, również przedziurawienie przy wypocinie surowiczej, o ile występuje łatwo, o tyle kończy się zwykle pomyślnie. Jeżeli przebicie ropnej wypociny nie nastąpi w krótkim czasie, czy to samoistnie, czy przez nakłócie, to występują najczęściej objawy zadrażnienia błon mózgowych, zapalenie kości skalistej i t. d. Ropa z ucha środkowego u dzieci, w przeciwieństwie do wieku ludzi dorosłych, nie zawsze wylewa się do komór wyrostka sutkowego, lecz często przesuwa się wzdłuż trąbki do przestworu nosowo-gardłowego, a istniejące wybujałości gruczołowate mogą utrudniać ten odpływ, co podtrzymuje stan gorączkowy.

Na 57 przypadków zapalenia środkowego spostrzegał autor 6 przypadków powikłań z zapaleniem włóknikowem płuc. W wypocinie ostrego zapalenia ucha wykazał Zaufal istnienie Friedländerowskich i Fränkl-Weichselbaumowskich prątków, względnie diplokoków. Prątki te, wywołujące zapalenie płuc i zapalenie ucha środkowego, znaleziono również w wydzielinach błony śluzowej nosa, a zakażenie z nosa przedostaje się do trąbki i do ucha środkowego szczególnie łatwo tam, gdzie z powodu istniejących wyrośli gruczołowatych zapalna wydzielina jamy nosowo-gardłowej z powodu utrudnionego odpływu wciska się do trąbki. Ropne zapalenie ucha środkowego w przypadkach takiej epidemii należy uważać za zakażenie mięszane, względnie następowe. Leczenie tej choroby polega głównie na zwalczaniu zapalenia błony śluzowej nosa i zapalenia gruczołów, które należy uważać jako wstępne okresy do powstania zapalenia ucha środkowego. Autor poleca wdmuchiwania do nosa proszku z kseroformem, z początku co trzy godziny, później trzy razy dziennie. W razie istniejącego przedziurawienia lub dokonego już przekłócia błony bębenkowej doradza przepłókiwanie ucha trzy razy dziennie jałowym fizyologicznym rozczynem soli kuchennej i wkraplanie płynu Burowa po połowie z gliceryną.

Dr. Bolesław Komorowski.

Prof. Dr. Cattaneo. **Niektóre odruchy w pierwszym wieku dziecięcym.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 55, 13, 5. Heft 4). Autor dokonał 180 spostrzeżeń odruchów u dzieci od chwili urodzenia się aż do końca drugiego roku życia i przyszedł do następujących wniosków: I. Wyprostowywanie palców zamiast zginania przy badaniu odruchu podeszwowego spostrzegamy w pierwszym roku życia oseska w 30% przypadków, a najczęściej w pierwszych trzech miesiącach życia, najrzadziej zaś w drugiej połowie drugiego roku życia. Odruch Babińskiego prawie w $^1/_3$ części przypadków występuje równocześnie z zwiększeniem odruchu ścięgnistego rzepkowego, a w $^1/_4$ części z powiększeniem odruchu podeszwowego, — lecz może występować i przy nieobecności odruchów ścięgnistych i skórnych. Odruch ten częściej jest u dzieci zdrowych, niż u chorych i niema aż do końca drugiego roku życia patologicznego znaczenia. II. Odruch Schäfera znajduje się u wszystkich dzieci i w każdym wieku. Prof. Cattaneo przy badaniu odruchu Schäferowskiego nigdy nie wykazał wyprostowania palców nóg, tylko zawsze zgięcie, nawet w przypadkach obecności objawu Babińskiego. Dlatego potwierdzonem zdaje się być przypuszczenie Vergera i Abadiego, że ucisk na ścięgno Achillesa wytwarza działanie samoistne, niezależne od drażnienia skóry. III. Odruch podeszwowy można spostrzegać już w pierwszych dniach życia i występuje on prawie zawsze w pierwszym roku życia, u dzieci atroficznych, zwiędłych jest nader słaby. IV. Odruch rzepkowy jest bardzo silny w pierwszych dniach życia, a więc w myśl teoryi Jendrassika wybitny jest wpływ podwyższonego napięcia mięśni na wytwarzanie się odruchów. Bezwzględna równoległość nie istnieje między jędrnością mięśni, a odruchami ścięgnistymi, gdyż autor spostrzegał powiększenie odruchu ścięgnistego rzepkowego w przypadkach zwątlenia mięśni. V. Odruchy rzepkowe i podeszwowe są nader żywe u dzieci krzywiczych. VI. Odruch brzuszny spostrzega się tylko w połowie przypadków, występuje bardzo słabo po pierwszym miesiącu życia, silniejszy po drugim miesiącu, a często pojawia się dopiero po pierwszym roku życia. VII. Odruch mięśnia dźwigacza jądra jest rzadki w pierwszym roku życia, a występuje dopiero po trzecim roku. VIII. Stała obecność odruchów rzepkowych i podeszwowych w pierwszym czasie życia oseska może mieć znaczenie patologiczne.

Dr. Bolesław Komorowski.

Gerson. **Przyczynek do mechanicznego leczenia niezdolności do spółkowania.** (*Therapie der Gegenwart* 1902, Nr. 7). Ponieważ środki wewnętrzne i higieniczno-dyetetyczne, stosowane przeciw niezdolności do spółkowania, nie odnoszą wyników zadawalniających, dlatego też środki mechaniczne mają ważne znaczenie praktyczne. Dla wywołania wzwodu podaje autor mocno tkaną opaskę plastrową (Beiersdorfa), długości 14 ctm., której przedni i tylny brzeg tworzą rozciągliwe paski ze sukna. Trzymając lewą ręką za żołądź, chory pociąga mocno prącie i nakłada prawą ręką opaskę ściśle naokoło prącia tak, że węższy pasek sukna znajduje się za żołędzią, poczem przytwierdza się jeszcze opaskę tasiemkami, do niej przymocowanemi. Na tak uzbrojony członek naciąga się kondom, którego koniec można odciąć i wolną żołądź należy trochę namaścić. Kondom tworzy gładką powierzchnię tarcia, a żołądź wolna nie robi ujmy uczuciu rozkoszy. Opaska ta przytrzymuje prącie w położeniu naciągniętem, paski sukienne na brzegach zapobiegają przylepieniu się włosów i wrzynaniu się w prącie. Opaska umożliwia przypływ tętniczy, wywołując równocześnie lekki zastój żylny w żołędzi, a nieraz nawet i wzwód. Opierając się tylnym brzegiem o brzuch i mocną swoją tkaniną nadaje opaska prąciu mechaniczną podporę i sztywność, co umożliwia wprowadzenie prącia. Doświadczenia autora na chorych dają dobre wyniki; przy niezdolności psychicznej opaska działa korzystnie na wyobraźnię, umożliwiając w krótkim czasie spółkowanie bez opaski. *Dr. Fels.*

Dr. P. Hampeln. **O niezwykłym przypadku uwięźnięcia jelita cienkiego.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. IX, Zeszyt 4 i 5, 1902). Autor opisuje przypadek niedrożności przewodu pokarmowego, stwierdzonej sekcyjnie. W czasie autopsyi znaleziono następujące stosunki: znaczna część pętli jelita cienkiego (890 ctm.) została przerzuconą ponad jelito esowate z prawej strony na lewą. Równocześnie jelito esowate przesunęło się na stronę prawą. Ugniecione jelito esowate tak się rozdęło, że uwięzło jakby w pierścieniu nad niem leżącego trzonu krezkowego. Tę formę niedrożności, w której niemałą rolę odgrywa odruchowe napięcie powłok brzusznych, proponuje K. nazwać „prostem skrzyżowaniem osi pętli jelitowych". *Herman.*

Dr. M. Jaffé. **O wskazaniach i rokowaniu po operacyi raka odbytnicy — z dodatkiem modyfikacyi techniki operacyjnej.** (*Archiv Langenbecka* Tom 67, Zeszyt I, 1902). Na wstępie podnosi autor ważność badania odbytnicy palcem, zwłaszcza w położeniu chorego, jak przy *sectio mediana* i w postawie stojącej. Następnie zastanawia się nad rozpoznaniem różniczkowem między rakiem a innemi owrzodzeniami, omawia (rzecz znana zresztą), gdzie szukać należy gruczołów zajętych i kończy pewną modyfikacą operacyi. Zasadniczo i w każdym przypadku rozpoczyna cięciem poprzecznem przez międzykrocze i ztąd drąży wgłąb aż do otwarcia otrzewnej. W każdym przypadku ułatwia sobie przez to późniejszą operacyę od kości krzyżowej, — a zaś tam, gdzie istnieją zrosty z gruczołem krokowym, wczas jeszcze odstąpić może od operacyi. Następnie w przypadkach wycięcia odbytnicy koniec dośrodkowy jelita przeciąga obok kości krzyżowej i przyszywa do skóry (*(anus praeternat. sacralis)*, a obwodowy przyszywa do bocznej ściany poprzedniego. Dopiero po przygojeniu się tego osta-

tniego, przepala Paquelinem przez rzyć otwór w ścianie odcinka dośrodkowego i w końcu plastycznie zamyka rzyć sztuczną. *Herman.*

Dr. F. Krauserer. **W sprawie całkowitego wykluczenia pętli jelit.** *(Centralblatt für Chirurgie* 1902, Nr. 19). Kilkoma zabiegami wykluczył autor u 53-letniego mężczyzny z powodu dużej przetoki w jelicie ślepem po zapaleniu wyrostka robaczkowego, 6 cali jelita biodrowego, całą kiszkę wstępującą i połowę kiszki poprzecznej. W pół roku dopiero po tej ostatniej operacyi zamknął plastycznie przetokę. Dziś $4^1/_2$ lata po operacyi chory ma się zupełnie dobrze. *Herman.*

Maksymilian Kohn.

W szeregach lekarzy krakowskich powstała nowa luka. Zgasł człowiek wybitny, utalentowany, znakomity specyalista-ginekolog, lekarz szerokiego wzięcia, który zajmował przodujące stanowisko nietylko w ścisłym zakresie zawodu lekarskiego, lecz i na arenie społecznej odegrał znaczącą i zaszczytną rolę, która Mu zjednała szczere uznanie za życia, a niespożytą pamięć po śmierci.

Błog. pamięci Maksymilian Kohn urodził się w Limanowej r. 1849, szkoły średnie i nauki lekarskie ze stopniem doktora medycyny ukończył w Krakowie. W r. 1876 udał się do Wiednia, gdzie złożył egzamin na stopień magistra położnictwa i w dalszym a nieprzerwanym ciągu poświęcał się tej gałęzi medycyny, pracując w klinice prof. Brauna i w poliklinice Karola Rokitańskiego, u którego został sekundaryuszem w szpitalu chorób kobiecych Maryi Teresy i na tem stanowisku przetrwał lat kilka. W r. 1879 przybył do Krakowa i objął obowiązki sekundaryusza w oddziale szpitala św. Łazarza, zostającym pod kierownictwem ś. p. prof. Madurowicza i piastował tę posadę przez lat 4, oddając się jednocześnie wykonawstwu lekarskiemu poza szpitalem, w czem miał szczególne powodzenie i wziętość. Po wystąpieniu ze szpitala św. Łazarza staraniami swemi przyczynił się do otworzenia oddziału ginekologicznego w szpitalu izraelickim na Kazimierzu, który, o ile to nam wiadomo, własnym kosztem urządził i zaopatrzył w narzędzia.

Zmarły był członkiem czynnym Towarzystwa lekarsk. krak. i sprawował urząd jego wiceprezesa; należał do założycieli krak. Towarz. ginekologicznego, był członkiem zarządu Izby lekar. zachodnio-galicyjskiej; wybrany do Rady miejskiej m. Krakowa, pełnił obowiązki radzieckie pilnie i z wielką korzyścią dla miasta. W ruchu literackim brał chlubny udział; do cenniejszych rozpraw zmarłego należały: 1) O leczeniu śródmacicznem i oddziaływaniu macicy przy temże (Przegl. lek., r. 1879). 2) Przyczynek do kazuistyki drenowania macicy chorej po porodzie (Przegl. lek., 1889). 3) Torbiel jajnika, owaryotomia, wyzdrowienie (Przegl. lek., 1880). 4) O zastosowaniu nowego sposobu rozszerzania szyi macicznej (Przegl. lek., 1880). 5) Polip łożyskowy. Przyczynek kazuistyczny do rozpoznawania i leczenia krwotoków macicznych (Przegl. lek., 1883) 7) Urywki z dziejów ginekologii (Przegl. lek., 1883). 8) Vagina septa infra simplex. Operatio (Przegl. lek., 1885). 9) Przyczynek do leczenia niepłodności, wywołanej przodozgięciem macicy (Przegląd lekarski, 1888).

Ten pobieżny rzut oka na życie błog. pamięci Maksymiliana Kohna dowodnie świadczy nietylko o wysokich zaletach Jego umysłu i serca, lecz i o znakomitych zasługach na rozmaitych polach zawodowego i obywatelskiego działania. Stan lekarski stracił w Nim światłego towarzysza, który etykę koleżeńską wcielił w życie swoje; chorzy stracili biegłego i sumiennego lekarza i pocieszyciela; piśmiennictwo zawodowe — wytrawnego autora; szpitalnictwo — znakomitego kierownika oddziału; ubodzy i wydziedziczeni — filantropa dobroczyńcę; miasto — pilnego, zapobiegliwego i światłego radcę; a ogół — wysoce uspołecznioną jednostkę, szczerego obywatela polaka. Błog. pamięci Maksymilian Kohn był całe życie tem, czem Go Bóg stworzył: wpływ jednak kształcący środowiska społecznego i kulturalne oddziaływanie szkoły, literatury i sztuki wypielęgnowały w Nim uczucia narodowe polskie bez wszelkich zastrzeżeń osobistych, wyznaniowych lub rasowych; myślą obejmował cały horyzont polski, sercem miłował wszystkich synów tej ziemi, przeszłość i przyszłość polskiego narodu. Nie tu miejsce przytaczać dowody szczerości tych uczuć: wszyscy je mamy w myśli, pielęgnujemy w wdzięcznem sercu. Ten pierwiastek społeczny i narodowy w zasadach, uczuciach i działaniu bł. p. Maksymiliana Kohna uczynił Jego osobę nietylko poważaną, lecz serdecznie kochaną i szczerze szanowaną, — powtarzamy przez całe społeczeństwo nasze bez żadnej różnicy. Dziś, gdy nam z zbolałem i rozżalonem sercem pozostaje poddać się wyrokom nieubłaganego losu, żegnamy Go słowami niewygasłej wdzięczności i czci dla Jego niespożytych zasług. *A. K.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 25 września.

* W biurze Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbyło się d. 20 b. m. skrutynium wyborów do zarządu Izby na nowe trzechlecie. Wybrani zostali: Z miasta Krakowa członkami Izby: Dr. Łazarski, Dr. Kwaśnicki, Dr. Trzebicky, Dr. Schoengut. — Zastępcami: Dr. Raczyński, Dr. Rutkowski, Dr. Żuławski, Dr. Gwiazdomorski.

Z grup wyborczych: Z I-szej: Dr. Opydo — członkiem, Dr. Bogdanik — zastępcą. Z II-giej: Dr. Aronson — członkiem, Dr. Smorągiewicz — zastępcą. Z III-ciej: Dr. Kijas — członkiem, Dr. Zieliński — zastępcą. Z IV-tej: Dr. Ćwiklicer — członkiem, Dr. Galant — zastępcą. Z V-tej: Dr. Walczyński — członkiem, Dr. Bernadzikowski — zastępcą. Z VI-tej Dr. Jabłoński — członkiem, Dr. Zagórski — zastępcą. Z VII-mej: Dr. Dietzius — członkiem, Dr. Fleszar — zastępcą.

* Dzienniki donoszą, że sprawa założenia Towarzystwa naukowego imienia Marcelego Nenckiego w Warszawie natrafia w sferach decydujących na trudności. Jednocześnie otrzymujemy z »Instytutu medycyny doświadczalnej« w Petersburgu wezwanie do składek na fundusz imienia Marcelego Nenckiego, którego cel ma się później oznaczyć.

Petersburscy wielbiciele genialnego badacza zgodzą się z nami, że najwznioślejszem uczczeniem ludzi nauki jest wytworzenie warunków do pójścia w ich ślady; nie ujmujemy szlachetnemu zamiarowi zebrania funduszu imienia zmarłego badacza i przeznaczenia go n. p. na stypendya, ale głęboko przekonani jesteśmy o słuszności naszego twierdzenia, że stworzenie instytucyi dla dalszych badań, nakreślonych przez Nenckiego, jest jedynie pomysłem stosownym i godnym zmarłego profesora. Warszawa posiada wszystkie wymarzone warunki, dające rękojmię pomyślnego rozwoju takiego Towarzystwa. Niech nam więc będzie wolno żywić nadzieję, że petersburscy czciciele Marcelego Nenckiego poprą nad Newą podanie grona badaczy warszawskich, a nim te sprawy wezmą obrót pożądany, musimy się zachować wyczekująco wobec nadesłanego nam z Petersburga wezwania do składek na fundusz imienia M. Nenckiego.

* Kursa przygotowawcze do egzaminu fizykackiego w terminie jesiennym w Krakowie rozpoczną się 1 października.

* Towarzystwo higieniczne warszawskie otrzymało pozwolenie na otwarcie oddziałów w Częstochowej, Lublinie i Łodzi.

* Dr. Łogucki mianowany został ordynatorem nadetatowym w szpitalu św. Ducha.

* Dr. Czaki, lekarz kolejowy na dalekim Wschodzie, obdarzył (jak donosi »Gazeta lekarska«) warszawskie Muzeum etnograficzne wspaniałym zbiorem bardzo cennych i bardzo dobrze dobranych przedmiotów chińskich, japońskich i t. d.

* Dnia 21 b. m. rozpoczął się 74-ty Zjazd lekarzy niemieckich w Karlsbadzie, z udziałem ministrów oświaty: austryackiego — Hartla i niemieckiego — Studta. »Časopis lékařů českých« (Nr. 38) wita kolegów niemieckich na czeskiej ziemi, a jednocześnie im przypomina zakaz Zjazdu lekarzy polskich w Poznaniu przed trzema laty, w którym lekarze czescy zamierzali wziąć udział jako goście.

* Mor w Odesie nie wygasa. Nowe przypadki występują w tych

samych domach, w których zaraza pojawiła się pierwotnie; zarządzono więc ponowne odkażanie zapowietrzonych domostw. Od 5 maja do 1 września zapadło (według urzędowych sprawozdań) 21 osób, z których tylko 5 zmarło. W celu przedsięwzięcia energiczniejszych środków zapobiegawczych rząd wysłał do Odessy kijowskiego profesora Wysokowicza.

* Bardzo pouczające wykazy śmiertelności we Francyi przedstawia statystyka francuska. Pierwsza rzecz, która uderza jest, że przyczyna śmierci w dwóch trzecich przypadków nie jest podana. Śmiertelność we Francyi w roku 1900 wynosiła 21·9 na tysiąc mieszkańców i przewyższała poraz czwarty w ciągu ostatnich 11 lat liczbę urodzin, która w r. 1900 wynosiła 21·4. Z nowonarodzonych jedna szósta (w Anglii $1/_{25}$) należy do dzieci nieprawego łoża; cyfra urodzin we Francyi jest najniższa w Europie (21·4 we Francyi, 35·6 w Niemczech, 39·3 w Węgrzech, 28·7 w Anglii). Śmiertelność w Paryżu wynosiła 20·6‰ (w Londynie 18·8‰). Śmiertelność z gruźlicy wynosiła w Paryżu 4·01‰ (w Londynie 1·75‰); śmiertelność z chorób zakaźnych była dwa razy większą w Paryżu niż w Londynie, z wyjątkiem błonicy, której w Londynie było 1·27‰, a w Paryżu 0·78‰, co należy przypisać częstszemu w Paryżu stosowaniu surowicy.

* W Bernie na 451 słuchaczów medycyny jest 252 kobiet a 199 mężczyzn. Ogólna liczba studentek na wszystkich wydziałach wynosi 348, z których 291 posiada paszporty rosyjskie.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXXVI (31—VIII—6—IX). Ludność średnia roczna wynosi 90 057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 18, urodziło się dzieci 63, zmarło osób 47, mianowicie: z gruźlicy 14 (3 zam.), z zapalenia płuc 4 (2 zam.), z błonicy 1, z duru brzusznego 2 (1 zam.), z cholery dziecięcej 4.

W tygodniu XXXVII (7—13—IX): zawarto małżeństw 15, urodziło się dzieci 62, umarło osób 42, mianowicie: z gruźlicy 8, z zapalenia płuc 3 (1 zam.), z płonicy 5 (3 zam.), z odry 1 (z.), z cholery niemowląt 1 (zam.).

* Między 3 a 9 b. m. doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), horodeńskim 1 (gm.), husiatyńskim (2 gm.), jaworowskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), rawskim (1 gm.), skałackim (1 gm.), śniatyńskim (1 gm.), stryjskim (1 gm.).

Wszystkich przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było w Galicyi 22, w tygodniu poprzedzającym 34.

Mianowania i odznaczenia. Mianowani: Dr. D'Urso — prof. zwyczajnym chirurg. patologii w Turynie. Dr Garcia — profesorem ogólnej patologii w Saragossie. Dr. Lorentzen — prof. nadzwyczajnym chorób trawienia i Dr. Ehlers — prof. nadzw. dermatologii — obaj w Kopenhadze.

Nekrologia. Zmarli: Dr Gustaw Dempniak lekarz pułkowy — w Przemyślu. Dr. Józef Zgorzelski, l. 38, zmarł d. 17 b. m. na dur brzuszny w Korzeniowszczyznie w Nowogródzkiem. Dr. Ryszard Sagatowski, l. 37 — w gub. kowieńskiej. Dr. Aleksander Zatwarnicki, podolanin, wychowaniec gimnazyum winnickiego i uniwersytetu kijowskiego, zakończył życie w Archangielsku, licząc lat 73.

Bibliografia:

— *Przegląd higieniczny* Nr. 9. Formalinowy aparat desinfekcyjny systemu Zarewicza. Gorecki: Nowa rzeźnia miejska we Lwowie (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 38. Trzebicky: O operacyjnem leczeniu chłoniaków zołzowych na szyi. Wizel: Przypadek fenomenalnych zdolności rachunkowych u głuptasa.

— *Gazeta lekarska* Nr. 38. Starkiewicz: Przypadek promienicy płuca i opłucnej. A. Landau: Nowa teorya (Koranyiego) powstawania moczu w świetle faktów i krytyki (dok.). Wizel: Patogeneza swoistego bredzenia paralityków (dok.)

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 9. Kopczyński: Udział niektórych instytucyi publicznych w sprawie wychowania higienicznego. Mogilnicki: O własnościach odkażających formaliny (c. d.). Pinkus O sposobach badania plwociny w pierwszych okresach gruźlicy (dok.).

— *Przegląd felczerski* Nr. 18. O złamaniach (c. d.). — O zmianach i zaburzeniach w organiźmie, następujących pod wpływem urazu. — Główniejsze zjawisko w organiźmie matki w okresie połogowym (c. d.). — Gorączka połogowa. — Wypadki akuszeryjne po wsiach. — Technika sekcyi zwłok (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 38. Wobr: Léčeni vleklých chorob kožnich a celkově přijice lázněmi, zvlášt sirnými vřidly Radojković: Léčivé prameny v království Srbském (dok.). Jehlička: Třikrát kvalifikované těžké ublíženi na těle.

Liečnički Viestnik Nr. 9. Šlajmer: Prinos kazuistici ozljeda srdca s osobitim obzirom na strana tiela u srdcu. Tončić: Nešto o detiologiji i prophylaxi tuberkuloze (dok.). Spitzer: Perityphlitis, abscessus hepatis s provalom gnoja u desna pluća. Ozdravljenje.

— *La Presse médicale* Nr. 75. Pozzi: Wskazania i wyniki do histeroktomii przy raku macicy. Thienot: Wdychiwania lekarstwiane, jako leczenie systematyczne chorób piersiowych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 37. Talma: Metemoglobinemia w ciałkach krwi u ludzi. Dorendorf: O występowaniu wdechowej cieśni krtani przy obustronnem porażeniu n. krtaniowego tylnego. Korschun i Morgenroth: O hemolitycznych własnościach wyciągu z narządów. Joachimsthal: Przyczynek do nauki o istocie i leczeniu wrodzonego zwichnięcia w stawie biodrowym.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 38. Ludwig, Panzer i Zeynek: Badanie nowych źródeł karlsbadzkich Mühlbrunn i Franz-Joseph-Quelle. Chrobak: Tamponowanie macicy w połogu Fuchs: O kokainie. Gussenbauer: Stwardnienie mózgu i objawy ogniskowe. Neusser: Objawy zaburzeń żołądkowo-jelitowych przy zwapnieniu tętnic. Schrötter: Rozpoznanie utajonego w klatce piersiowej tętniaka aorty. Weichselbaum i Stangl: Dalsze badania biologiczne trzustki w cukrzycy.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 37. Hösslin: Wykazanie udawania w histeryi i chorobach, powstałych z wypadków. Decker: Rozpoznawanie piasku w żołądku. Schmitt: Leczenie chirurgiczne piasku w żołądku. Düring: Zasady leczenia przymiotu. Blumberg: Badania nad działaniem sublaminu, jako przetworem odkażającym. Meyer: Cukrzyca a wiąd rdzenia pacierzowego. Hahn: Żylotętniak jednej gałęzi żyły podskórnej odgoleniowej, mylnie rozpoznany jako złamanie uda. Stömmer: Przypadek przedwczesnego miesiączkowania. Scherenberg: Ciała obce w jelicie odchodowem.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 38. Hirschfeld: O odżywianiu się w gorącej porze roku i w klimacie gorącym. Jacoby: Przyczynek do operacyi Bottiniego. Uhlenhuth: Praktyczne wyniki serodyagnostyki krwi dla medycyny sądowej (dok.). Strauss: Osmotyczne i chemiczne procesy w ludzkim mleczu (chylus) (dok.).

Redakcya otrzymała. Szumowski: Zein als Nährstoff. Piskaček: Lehrbuch für Schülerinnen des Hebammenkurses und Nachschlagebuch für Hebammen. Talko-Hryncewicz: K antropologii Zabajkalija i Mongolii. Buckiewicz: Geo-Higiena powiatu ciechanowskiego gub. płockiej.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków 4 Października 1902. Nr. 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

RUDOLF VIRCHOW.

W przemówieniu jubileuszowem, zwróconem do Virchowa, wyraził się Eugeniusz Richter, że kiedyś, dla dalekiej potomności, stanie się on jakby mityczną postacią, z której imieniem wiązać będą wszystko, co było pięknego, znakomitego, wzniosłego i szlachetnego w życiu i dziełach lekarzy XIX wieku. Że ta na pozór bardzo śmiała przepowiednia zawiera cząstkę prawdy, zdawałoby się z tego, co napisano z powodu zgonu wielkiego badacza, ponieważ już dzisiaj przypisują niektórzy biografowie zmarłemu „księciu nauki" odkrycia, których nie on dokonał, poglądy, który nie on pierwszy w skończonej postaci wygłosił i przewrót zasad niemal nauki lekarskiej.

Jeżeli odległe wieki złączą z imieniem Virchowa i to, co nie on sam zdziałał, to jednak z pewnością zasłużył on na to tem, czego dokonał, bo pracą swoją i jej wynikami przekroczył zwykłą ludzką miarę, a zapłodnieniem mnóstwa umysłów zdobył prawo do tego, aby potomność uznała jego za wyraz epoki. Dziś jednak i dopóki szczegółów ruchu naukowego XIX stulecia nie przesłoni mgła oddalenia, nie potrzebuje ta wielka postać sztucznego piedestału, który jakby ujmę prawie czynił jego pamięci; na rzeczywiste jego dzieła trzebaby ogromu pracy kilku żywotów i kilku niepospolitych umysłów ludzkich, a czyż to nie dosyć, by zyskać pamięć nieśmiertelną?

Jeden z tych niewielu, którzy zdołali w całej pełni ucieleśnić swe dążenia, Virchow sam najtrafniej określił rolę, jaka dziełu jego życia przypadnie, kiedy o dążeniach swoich tak pisał: „Wir wollen die Reform, nicht die Revolution. Wir wollen das Alte conservieren und das Neue hinzufügen". Nie dążył do przewrotu w nauce; chciał stać się i stał się istotnie nie tyle twórcą nowych zupełnie prądów i nieznanych przedtem dziedzin naukowych, jak przedewszystkiem reformatorem już istniejących, głównie patologii w najszerszym jej zakresie; na stary jej pień szczepiąc idee, wykwitłe z innych gałęzi nauki, obfity przygotował i zebrał owoc; na podwalinach, rzuconych ręką poprzedników, budował dalej swoją część gmachu, dobierając materyał starannie i przezornie, obrabiając go wszechstronnie. Wytrwałą tą pracą sprawił, że patologia dorosła do poziomu wiedzy prawdziwie przyrodniczej, zrównała się w siostrzanym rzędzie z resztą nauk biologicznych. Wywalczyć jej to stanowisko było celem, który całej działalności Virchowa na tem polu przyświecał.

Dla nas, wzrosłych w pojęciach, których rozwój Virchow bądź przyspieszył, bądź wywołał, bądź które sam stworzył, wydają się one tak oczywiste, że prawie nie możemy sobie wyobrazić, jakiego wymagały one nakładu krytycznych badań, jakiej olbrzymiej pracy myśli. Temu, kto je dopiero przeczuwał, kto ich pragnął, były one zadaniem, czekającem na jakiś umysł genialny. Wielki poprzednik i mistrz Virchowa, Johannes Müller, zaledwo przewidywał je w słowach, które wyrzekl w r. 1836: „Möge der Genius schon da sein, der auf eine ernstere Grundlage philosophischer Vorbildung der Naturwissenschaften, der Geschichte, der Medicin, der Anatomie und Physiologie fussend, selbst Untersucher in der chemischen, pathologisch-anatomischen und mikroskopischen Analyse der pathologischen Formen ist und eine auf die Physiologie und die pathologische Anatomie gegründete, dem Zustande der medicinischen und der Naturwissenschaften würdige allgemeine Pathologie vor uns hinstellen wird".

Dopiero przemierzywszy odległość, jaka dzieli dzisiejszy etap wiedzy patologicznej od tych pragnień Müllera, czuje się, że niema przesady w zdaniu, które do nich nad trumną Virchowa dorzucił jego druh i przyjaciel: „Dieser Genius war schon da, es war Rudolf Virchow!"

Udziałem Virchowa stało się to, co bardzo tylko niewielu jednostkom losy osiągnąć dozwalają: zwycięstwo głoszonych poglądów naukowych, wdzięczność i cześć współczesnych. Niewiele chyba pozostało instytucyj lekarskich i przyrodniczych, któreby nie ofiarowały Virchowowi najwyższych swych godności; wielokrotnie, na 50 rocznicę doktoratu, habilitacyi, objęcia katedry, na 70 i 80 rocznicę urodzin składały mu hołd społeczeństwa i koła uczone całego świata; to też powstała cała ogromna literatura, poświęcona zasługom naukowym Virchowa i przeglądowi jego działalności. I w naszem piśmiennictwie, prócz licznych okolicznościo-

wych artykułów, życiorysów i charakterystyk, między któremi zwraca najwięcej uwagę piękne a trzeźwe przemówienie Władysława Biegańskiego, posiadamy obszerną, doskonałą monografię pióra Prof. Przewóskiego. Wystarczy więc dzisiaj w niewielu wyrazach tylko przypomnieć kilka dat z życia i wytyczne punkta działalności Virchowa.

Imię w nauce i stanowisko zdobywa Virchow szybko. Urodzony 13 października 1821 w Schivelbein na Pomorzu, w 22 roku życia kończy w Berlinie studya lekarskie i otrzymuje dyplom doktorski. Tymi, którym Virchow najwięcej w czasie studyów zawdzięczał, byli Schönlein i Johannes Müller, zwłaszcza ostatni, którego sam Virchow niejednokrotnie, jako swego mistrza wymienia. W r. 1844 zostaje Virchow asystentem Froriepa, prosektora w szpitalu „Charité“, w dwa lata potem jego następcą. W następnym roku habilituje się i w tymże roku zakłada swoje słynne „Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin“. W tym już czasie zyskuje Virchow ogromny rozgłos swoją świetną krytyką dzieła Rokitanskyego i pracami o zakrzepie, zatorze i białaczce. W r 1848 z polecenia rządu bada dziesiątkujący ludność górnego Śląska dur osutkowy, a w sprawozdaniu swojem wskazując na głębsze przyczyny klęski, kreśląc jej tło społeczne, piętnuje niedbalstwo rządu o oświatę, dobrobyt i zdrowie ludności i nawołuje do obszernej reformy. Naraziwszy się swoją działalnością społeczno-polityczną rządowi, zmuszony opuścić Berlin, przyjmuje, mając lat dopiero 27, zwyczajną katedrę anatomii patologicznej, którą mu ofiarował uniwersytet w Würzburgu; na tem stanowisku redaguje organ tamtejszego Towarzystwa naukowego, obejmuje kierunek znanych „Jahresberichte über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin“, wydaje trzytomowy zbiorowy podręcznik patologii i terapii szczegółowej i przygotowuje wydawnictwo wykładów popularno-naukowych. W r. 1856 powraca na katedrę anatomii patologicznej do Berlina, który już odtąd do końca życia miał zostać jego siedzibą. Szerszą działalność społeczną i polityczną rozpoczyna na nowo w r. 1861, wybrany radnym miasta, w następnym roku posłem na Sejm, gdzie należy do założycieli stronnictwa postępowego, w końcu w roku 1880 przyjmuje wybór do Rady państwa, pracując na tych stanowiskach gorliwie przez długie lata i czynnie uczestnicząc w wykonaniu zadań sanitarnych pierwszorzędnej wagi dla państwa i miasta, jak ustawy zdrowotne, asanizacya Berlina, budowa licznych szpitali. W czasie wojen w r. 1866 i 1870 krząta się sam niestrudzenie około stworzenia ochotniczej pomocy lekarskiej. A ten niezmordowany badacz, pedagog, higienista, popularyzator, polityk i filantrop znajduje jeszcze czas na dalekie wyjazdy dla badania trądu w Skandynawii, Hiszpanii i Portugalii, wycieczki naukowe do Anglii, długą podróż do wykopalisk trojańskich i t. d. Taki ruchliwy, najróżnorodniejszą pracą wypełniony żywot wiódł Virchow bezmała do końca, usuwając się z areny publicznej na kilka zaledwo miesięcy przed śmiercią, która zabrała go w dniu 5 września b. r.

Zdumiewającą po prostu jest ta umiejętność pracowania i wyzyskania czasu, sprężystość umysłu i wytrzymałość, gdy tak ruchliwy żywot w niczem nie uszczuplił dorobku ściśle naukowego, który miał być jeżeli nie głównym celem życia Virchowa, to w każdym razie tem, co najdłużej potomność w pamięci przechowa. A dorobek to zadziwiający nietylko już swoją jakością, ale wprost ilością. Spis samych tylko tytułów prac Virchowa i to tylko prac i rozpraw ściśle przyrodniczo-lekarskich, zestawiony na obchód 80 rocznicy jego urodzin, zajął 118 stronnic druku. Samo „Archiv“ Virchowa mieści 210 prac jego pióra. Wśród tego dominują dzieła. z których każde wystarczyłoby, aby zapełnić jedno życie, tyle w nich nagromadzonego świeżego materyału, nowych faktów i bystrych, troskliwie opracowanych poglądów i wniosków: „Cellularpathologie“ i „Die krankhaften Geschwülste“.

Co z tego ogromu pozostanie, jako trwały dla wiedzy nabytek? Pytanie to w rozmaity sposób próbowali i próbują rozstrzygnąć biografowie Virchowa, boć wobec ciągłego postępu nauki nikt nie może się łudzić, aby nasze dzisiejsze poglądy na wieki ostać się zdołały i nie ustąpiły miejsca szerszym, doskonalszym uogólnieniom. Zresztą niejedno z zapatrywań Virchowa, jak n. p. w nauce o zapaleniu, w pierwotnych jego pojęciach o gruźlicy, uległo już dzisiaj znacznym modyfikacyom i dopiero z zaciętej nieraz walki skrajnych twierdzeń wyłoniło się to, co dziś uznano za pewnik. Oczywiście przyszłość przynieść musi i powinna dalsze zmiany; rzekoma nieomylność jest znamieniem zastoju: „Es irrt der Mensch, so lang er strebt“. Trudno z drugiej strony zaprzeczyć, że znaczna, bardzo znaczna część wniosków ogólniejszych, wysnutych w zakresie patologii przez Virchowa, przetrwała szczęśliwie burze i w zasadach swoich wyszła z nich nietknięta. Dotyczy to choćby sprawy chorób zakaźnych, gdzie była chwila, zdająca się na pozór zagrażać szkodliwą przewagą kierunku skrajnie bakteryologicznego; i nowoczesne badania zawikłanych zagadnień, dotyczących odporności ustroju, przysparzając tyle nieoczekiwanych zdobyczy i uwodząc nawet niektórych do głoszenia o bankructwie dotychczasowych zapatrywań, nie złamały jednak zrębu, zbudowanego przez Virchowa w postaci patologii komórkowej. Co więcej uogólnienia Virchowa posiadały tę niezwykłą zaletę, że nie uchylają się od poprawek, że sprostowanie pewnych szczegółów nie obala całej budowli, lecz tylko ją ulepsza. Ztąd może pochodzi, że niejedna teorya, która w pierwotnej postaci i zastósowaniu okazała się błędną i którą sam Virchow porzucił, dziś w odświeżonej szacie się odradza, utrzymując się krócej lub dłużej na powierzchni prądu naukowego, zależnie od wartości umysłowej tego z epigonów mistrza, który podjął okruchy jego nauk. Dość tu wspomnieć o teoryi anaplazyi w rozmaitych jej odmianach, której porzucony przez samego twórcę pierwowzór odszukać można w pierwotnej jego hipotezie powstawania nowotworów.

Tę podatność, zdolność udoskonalenia, zawdzięczały zapewne teorye Virchowa tej okoliczności, iż starał się rozumować zawsze ściśle, nie naginając faktów, lub tego, co w danej chwili zdawało się być faktem krytycznie stwierdzonym, do powziętych z góry uprzedzeń. Miał też prawo napisać w przedmowie do swego dzieła o nowotworach: „Ich wage zu hoffen, dass auch strenge Kritiker mir das Zeugniss nicht versagen werden, dass ich eine ehrliche Arbeit vorlege, in welcher das Streben nach Wahrheit, nach Unbefangenheit und nach Gerechtigkeit vorwaltet“, a co prawdą jest nietylko o tem dziele, ale o dziele całego jego życia i to nietylko na polu naukowem. To też, choć losów, jakie czekają poglądy Virchowa, niepodobna przepowiadać na dłuższą metę, jak niepodobna przewidzieć, jakie nowe światy odkryją przyszłe

badania, to jednak zdaje się wolno już dziś przypuścić, że zasadnicze zapatrywania Virchowa mają warunki życia na kilka ludzkich pokoleń. A gdyby nawet tak nie było, przetrwa je szerszy cel, nakreślony przez ich twórcę na wstępie drugiej głównej jego pracy: „Das Buch wird seinen Zweck erfüllt haben wenn es Propaganda nicht für die Cellularpathologie, sondern nur überhaupt für unabhängiges Denken und Forschen in grossen Kreisen machen hilft“. Ten cel został osiągnięty; przez pół wieku z dzieł Virchowa płynął ożywczy strumień, rozlewając się szeroko we wszystkich dziedzinach nauk lekarskich, kierowany przez licznych, jego duchem natchnionych uczniów.

Odkrycie zjawiska biologicznego ma wartość bez porównania trwalszą, niż próba wysnucia z niego ogólniejszych wniosków. Więc też i te spostrzeżenia, które Virchow poczynił, z natury rzeczy przetrwają o wiele jego teorye. Pod tym względem bardzo niewielu biologów może się porównywać z Virchowem, zwłaszcza, że swoje odkrycia zawdzięczał on nie szczęśliwemu przypadkowi, ale świadomej swego celu, wytrwałej i systematycznej pracy. Poczynając od zbadania sprawy powstawania zakrzepu, szykują się te odkrycia w długi, organicznie powiązany szereg, w miarę jak jedno dokonane torowało drogę do następnych. Idą więc z kolei prace o zatorze, które znów wiążą się z poszukiwaniami w przedmiocie ropnicy i zapalenia. Rozjaśnienie sprawy ropnicy pociąga za sobą odkrycie białaczki, jako odrębnej choroby i dokładne jej wyświetlenie, które znów otwiera erę nowoczesnej patologii krwi i narządów krwiotwórczych. Drugą kopalnią nowych faktów były dla Virchowa badania nad złogami mineralnymi w ustroju, nad barwikami, powstającymi w warunkach chorobowych i t. d. Badania nad nowotworzeniem w warunkach patologicznych koronowało wielkie, choć niezupełnie ukończone dzieło o nowotworach, skupiające mnóstwo nowych spostrzeżeń, a znakomitą krytyką dawniejszych prowadzące do rozjaśnienia i uporządkowania tej rozległej, bardzo przedtem zachwaszczonej dziedziny patologii. Równocześnie zbierały się skrzętnie zapisywane drobniejsze i większe spostrzeżenia, cegiełki do największej budowy, do patologii celularnej. Jako pierwszą jej zapowiedź uważaćby można chyba już młodzieńcze zapasy Virchowa z największą może ówczesną powagą naukową, Rokitańskym, które ukończyły się zwycięstwem genialnego krytyka, a klęską zwalczanych teoryj, pętających rozwój patologii wszechwładnem pojęciem „crasis“. Podstawy nowego dzieła stwarzał Virchow odkryciami tej wagi, jak wykazanie istnienia komórek tkanki łącznej i zbadanie rozwoju tkanek tej gromady, ustaleniem w zakresie patologii tak zasadniczych prawd, jak owo słynne: „omnis cellula a cellula“, równocześnie czy wcześniej w embryologii wykazywane przez Remaka. Związanie zasadniczych spraw zdrowia i choroby z pierwociną tkanki, z komórką, wytyczające na długie lata kierunek dalszej drogi, oto wynik tej wieloletniej pracy, którą Virchow zdobył sobie na zawsze w dziejach miejsce obok swych wielkich poprzedników, Morgagniego i Bichata. A jeżeli bieg badań przekraczać poczyna już granicę, zakreśloną przez patologię komórkową, to jednak była i jest ona szczeblem, bez którego dalszy postęp nie byłby wogóle możliwy, a zasadniczej jej idei nie usuną przyszłe odkrycia tak samo, jak ona nie usunęła, lecz pogłębiła zasadniczą ideę patologii narządów i tkanek.

Ożywczy prąd, który Virchow tchnąć umiał we wszystko, czego się jął, dostrzega się nietylko w zakresie wiedzy patologicznej. W antropologii, do której pociągnęły go badania nad kretynizmem i nad chorobowymi kształtami czaszek, pozostawił wybitne ślady swej działalności, a Niemcy jemu dopiero zawdzięczają prawidłowy rozwój tej gałęzi nauki u siebie; zreformował nauczanie anatomii patologicznej i patologii, którym tak ważna przypadła rola w ostatniej dobie rozwoju nauk lekarskich; jemu przypisują rozpoczęcie w Niemczech ery wielkich reform na polu higieny publicznej. Zajmowanie się temi ostatniemi jest rysem bardzo znamiennym i dla umysłu i dla charakteru Virchowa.

Umysłowość ludzką porównał ktoś do powierzchni kuli; całości jej nigdy nie posiądzie jednostka, tak odrębne są pola myśli człowieczej. Na jednym biegunie mieści się twórczość artystyczna, na drugim ściśle naukowa; gdzieindziej szukać zdolności polityka, socyologa, gdzieindziej przyrodnika. I gdy na całość złożyćby się musiały wszystkie rodzaje umysłów, gdy zazwyczaj zakres duchowy jednego człowieka ledwo drobnemu odpowiada wycinkowi, to tylko wyjątkowym organizacyom psychicznym dano objąć większe przestrzenie, a bardzo rzadko jednoczą się kręgi myśli z różnych, przeciwległych nieraz dziedzin ducha. To ostatnie bywa darem nawet nie każdego, w ciaśniejszym zakresie jednej gałęzi wiedzy bezwarunkowo zresztą genialnego umysłu.

Virchow był jednak jednym z tych wybranych. W uczonym przyrodniku, w wielkim badaczu, wpatrzonym zda się z całem wytężeniem w zjawiska, które oderwaną od spraw walczącego i cierpiącego tłumu ludzkiego myślą przenikać trzeba, była dusza prawdziwie człowiecza, niezdolna zapomnieć o współbraci, rwąca się z zacisza pracowni w kłębiące dokoła życie, szukająca dróg do wysokich ideałów humanitarnych, szczęścia ludzkości. Jeżeli w Virchowie, stającym pod tym sztandarem, na którym wypisano postęp i wolność myśli i słowa, mógł jeszcze odzywać się badacz, którego działalność bez tych przywilejów pomyśleć się nie da, to w Virchowie, czyniącym marzycielski prawie wniosek rozbrojenia, zwalczany gwałtownie przez Bismarcka, w Virchowie, poświęcającym się zbadaniu praktycznych zagadnień higienicznych, wołającym o światło dla mas, działał tylko człowiek wrażliwy na wszelkie bliźnich bóle i nędze i badający sposoby ich ulżenia. I nie dość mu było lot swej myśli nagiąć do naukowego rozwiązywania tych zagadnień; on chciał być w całej pełni dobrym obywatelem swego kraju, nie uchylał się od ściśle praktycznej działalności, tak napozór odległej od jego „zawodu“. A gdy w niej szedł za popędem swego szlachetnego serca, gdy stawał na służbie swego miasta, swego kraju, zachowywał zawsze tę samą dążność do bezstronności, sprawiedliwości i prawdy, jaka go w badaniach naukowych prowadziła. Jeśli w chwili wybuchu wojny francuskiej wyrwały mu się z ust słowa oburzenia i nienawiści dla wroga, to wszak był to krok przywiązanego syna swej ojczyzny, który chyba nie trudno zrozumieć nam, Polakom... Prócz tych burzliwych i niepewnych czasów dochował wierności prawdziwie męskiemu swemu hasłu: „Ich halte auf mein Recht, und darum erkenne ich auch das Recht der anderen an. Das ist mein Standpunkt im Leben, in der Politik, in der Wissenschaft“. W myśl tego pisał po powrocie ze Śląska: „Ludność Śląska jest polską ze względu na jej pochodzenie,

mowę i obyczaje. Dziś niemczyć ją zapóźno.... Nie róbmy więc próżnych usiłowań. Zwróćmy bieg kultury tego narodu we własne jego koryto przez założenie szkół, duchowi narodu odpowiednich, przez posłanie mu książek właściwych...."

Dobrze się stało, że słowa te przypomniał autor pięknej polskiej monografii o Virchowie. Byłaby może zamgliła je niepamięć, a przecież są one, dziś więcej jeszcze, niż kiedykolwiek, dowodem, że prawa innych nie były w ustach Virchowa frazesem. Dziś nam coraz trudniej wierzyć, że „vae victis" nie jest jeszcze powszechnem hasłem... Pociechą i pokrzepieniem jest módz stwierdzić, że duchy prawdziwie wielkie nie znają kompromisów z sumieniem dla jakichkolwiek szowinizmów. Bez tego stwierdzenia byłoby boleśnie na tem właśnie miejscu skazę wielkiej duszy zakrywać ogólnikiem, że wobec zasługi genialnych umysłów umilknąć powinny skargi ciemiężonych i zapomniane być wszystkie krzywdy. A tak nic nie mąci szczerości hołdu, jaki wraz z całą ludzkością winniśmy pamięci nietylko jednego z największych uczonych, ale i wielkiego człowieka.

Ale też może naprawdę i może rychlej, niżby się zdawało, sprawdzi się przepowiednia Eugeniusza Richtera i postać wielkiego zmarłego osnuje się legendą o pogrzebanej wraz z nim wielkoduszności i szlachetności tego narodu, gdzie dziś wśród rozpasania namiętności rasowych szlachetność dla przeciwników i sprawiedliwość dla słabszych zda się stawać jakby już tylko mytem...

Stanisław Ciechanowski.

II. Śródtorebkowe odcięcie *(resectio)* gruczołu krokowego, jako postępowanie normalne przy przeroście tego gruczołu*).

Podał

L. Rydygier.

Upłynęły już dwa lata od czasu, jak zaleciłem śródtorebkowe wyłuszczenie stercza *(prostata)*, celem leczenia przerostu tego gruczołu. W tym czasie z kilku stron, zwłaszcza z Ameryki, poczęto zalecać podobne metody. W ostatnich zaś czasach miał także Albarran, korzystając z obfitego pod tym względem materyału kliniki Guyona, wykonać cały szereg tego rodzaju operacyj, podobno z dobrym wynikiem.

Studyując zaś dalej operacyę tę na chorych mojej kliniki, przekonałem się, że przy całkowitem wyłuszczaniu śródtorebkowem gruczołu krokowego, jak to dawniej zalecałem, i to bez względu na to, czy tę część operacyi wykonywamy palcem, czy też półtępemi, specyalnemi narzędziami, niemal w każdym przypadku otwiera się pomimowolnie część krokową cewki. Nie straciłem wprawdzie pomimo tego powikłania ani jednego z operowanych, w każdym jednak razie niepożądany ten dodatek niepotrzebnie przedłuża i wikła okres leczenia pooperacyjnego; z czynnikiem tym tembardziej liczyć się należy, że „prostatycy", — to ludzie wiekowi, często o bardzo podupadłym stanie ogólnym. W potrzebie wybierać zatem dla nich należy metody operacyjne jak najłagodniejsze i jak najmniej narażające ich na możliwe niebezpieczeństwa. Te względy ostatnie skłoniły mnię właśnie do zalecania śródtorebkowego wyłuszczania gruczołu. Ponieważ zaś owo przypadkowe otwarcie cewki, o którem wyżej wspomniałem, przedłużając niepotrzebnie okres leczenia pooperacyjnego sprawia, że łatwa i łagodna sama przez się metoda śródtorebkowego wyłuszczenia traci na swej wartości, zalecam na przyszłość śródtorebkowe odcięcie płatów stercza z pozostawieniem tkanki gruczołowej, przylegającej do cewki *(resectio)*.

Postępujemy zatem tak: od międzykrocza odsłaniamy tylną powierzchnię gruczołu krokowego. Zwykle wystarcza do tego najmniej uszkadzające cięcie podłużne wzdłuż szwu krokowego. Zarzuciłem początkowo używane cięcie poprzeczne od jednego guza siedzeniowego do drugiego. Chociaż bowiem cięcie to daje niewątpliwie swobodniejszy dostęp do gruczołu, niż cięcie podłużne, jest jednak bez porównania bardziej obrażającem. niż to ostatnie. Więc cięcie poprzeczne zachować należy dla przypadków bardzo trudnych. To samo powiedzieć należy i o cięciu bocznem Dittla. W ostatnich kilku przypadkach cięcie podłużne wystarczało mi zupełnie. Pamiętać bowiem należy, że operacya śródtorebkowa jest znacznie łatwiejszą i prostszą od dawniejszego całkowitego wycięcia (prostatectomia). Cięcie moje sięga od nasady moszen do samej niemal rzyci.

Po przecięciu powięzi krokowej operuję w głębi na tępo, już to palcem, już też krzywemi nożyczkami, zbliżając się powoli do tylnej powierzchni gruczołu krokowego. Poprzednio wprowadzić należy możliwie gruby cewnik do pęcherza. Rozciągnąwszy hakami ranę w kierunku poprzecznym, odsłaniamy sobie tylną powierzchnię stercza, pokrytą torebką. Tę ostatnią przecinamy w pewnem oddaleniu od linii środkowej nożem poprzecznie, trzymając się bliżej dolnego brzegu. Chwytamy teraz w kleszczyki haczykowate brzegi szczeliny w torebce i łagodnie rozciągając je, wchodzimy palcem wskazującym do torebki, starając się palcem na tępo obluźnić odpowiedni płat stercza i przez otwór w torebce wydostać z niej na zewnątrz. Niekiedy udaje się to łatwo, kiedyindziej jednak torebka jest tak cienką i z tkanką gruczołową tak ściśle zrosłą, że się ciągle naddziera. Są zaś i takie przypadki, w których wyłuszczanie w głębi udaje się łatwiej, jak bezpośrednio pod torebką. W pewnem oddaleniu od cewki, zaznaczonej wyraźnie wprowadzonym cewnikiem, przestajemy tkankę gruczołową wyłuszczać. Wydzielony na zewnątrz torebki płat zwisa do rany na szypule, którą, niby wnęką, łączy się z płatem po stronie drugiej. Na tę szypułę, w pewnem oddaleniu od ścian cewki moczowej i równolegle do nich zakładamy, starając się uniknąć przewodu wytryskowego, długie kleszczyki i na zewnątrz od nich wyłuszczony płat odcinamy, czyli resekujemy.

Tak samo postępujemy po stronie przeciwnej.

Operacya ta jest zwykle łatwą, niezbyt krwawą, w przeciwieństwie do operacyi Dittla, o której E. Burckhardt pisze, że:... „nie jest bynajmniej łatwą i prostą technicznie... wymaga długiego, do trzech godzin trwającego, uśpienia.... podczas operacyi utrata krwi bywa bardzo znaczną". Trudno dziś stanowczo orzec, czy i jak często po tej operacyi, przypominającej pod niektórymi względami wycięcie wola, zdarzać się będą nawroty cierpienia, które, jak

*) Wedle wykładu na XII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie dnia 15 lipca, 1902 r.

Burckhardt wspomina, zdarzały się i po operacyi Dittla. Dopiero dłuższe spostrzeganie kliniczne operowanych wykaże, czy przekonanie moje, że nawroty do wyjątków chyba należeć będą, będzie prawdziwem. Wszakże bliznowate zaciągnięcie rany jamistej tak samo po tej operacyi powinno otworzyć swobodną drogę w zaciśniętej przedtem cewce moczowej, jak po resekcyi wola następuje swobodny oddech w spłaszczonej dawniej tchawicy.

III. O leczeniu operacyjnem raka macicy.

Podał

Docent Dr. A. Sołowij.

(Według wykładu na XII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie).

Po szeregu lat, poświęconych szukaniu nowych dróg i metod operacyjnych, tudzież wydoskonaleniu techniki operacyjnej, zaczęto zwracać coraz baczniejszą uwagę na trwałość wyników leczenia operacyjnego. Między innemi wysunęło się niebawem na pierwszy plan pytanie: jak często zdołamy trwale wyleczyć raka macicy zapomocą dotychczasowego leczenia operacyjnego?

W czasach jeszcze przed rozwojem ginekologii operacyjnej miała w leczeniu raka macicy szerokie zastosowanie amputacya części pochwowej, głównie zapomocą pętli galwanokaustycznej; w istocie znane są przypadki nawet trwałego wyleczenia raka części pochwowej zapomocą tej metody. Ponieważ jednak tylko początkowe i nizko usadowione w części pochwowej raki macicy mogły być w ten sposób skutecznie operowane, więc prawdziwym postępem była operacya Schroedera, polegająca na amputacyi nadpochwowej szyi macicy. Zaletą tego postępowania było podobnie jak przy amputacyi galwanokaustycznej pozostawienie macicy ewentualnie zdolnej do funkcyi rozpłodowej. Podobnie jednak, jak amputacya części pochwowej zapomocą pętli galwanokaustycznej, i operacya Schroedera pozostawiała bliznę, utrudniającą często odpływ krwi miesiączkowej i będącą nieraz przyczyną silnych dolegliwości, lub nawet nagromadzenia się krwi w macicy *(haematometra)*.

Najsilniejszym zaś zarzutem, jaki Schroederowskiej operacyi trzeba było zrobić, był brak skutku doszczętnego, gdyż pozostawiała ona w trzonie macicy czasem przerzutowe ognisko rakowe, nie mówiąc o tem, że nieraz wśród operacyi okazała się niemożność osiągnięcia granicy tkanki zdrowej w szyi macicy i trzeba było po amputacyi szyi przystąpić do wyłuszczenia całego trzonu macicy w warunkach trudniejszych, bez możności ściągania macicy ku dołowi. Z tych powodów zarzucono powszechnie amputacyę szyi macicy nadpochwową i dzisiaj bezmała tylko Hofmeier pozostał jej wierny przez pietyzm dla swego znakomitego nauczyciela.

Natomiast zdobyło sobie ogólne uznanie całkowite wycięcie macicy przez pochwę, jako doszczętny sposób operowania raka macicy i w miarę rozwoju techniki operacyjnej, tudzież pod wpływem postępowania przeciw — i bezgnilnego udało się tak dalece zmniejszyć niebezpieczeństwo całkowitego wycięcia macicy przez pochwę, że przewyższa ono tylko całkiem nieznacznie niebezpieczeństwo amputacyi nadpochwowej Schroedera. Śmiertelność pooperacyjna wynosiła u Olshausena 6%, Zweifla 7·3%, Chrobaka 5·6% i t. d., wogóle przewyższa tylko nieznacznie 5%. Niebawem jednak wykazało coraz dokładniejsze spostrzeganie operowanych przypadków, że wyniki całkowitego wycięcia macicy przez pochwę pozostawiają wiele do życzenia pod względem trwałości wyleczenia raka. Przyjmując wedle ogólnie przyjętego zwyczaju 5 lat wolnych od nawrotu po operacyi jako normę trwałego wyleczenia raka wynika, że udało się trwale wyleczyć: Olshausenowi 38·5%, Chrobakowi 37·1%, Winterowi 29% operowanych zapomocą całkowitego wycięcia macicy przez pochwę. Liczby te są prawdopodobnie trochę za wysokie i najprawdopodobniejszy odsetek trwałego wyleczenia raka macicy zapomocą całkowitego wycięcia macicy przez pochwę wynosi tylko 20—25%. W następstwie tego zaczęli niektórzy operatorowie szukać za bardziej doszczętnym sposobem leczenia operacyjnego raka macicy, nastąpił zwrot ku dawno porzuconej operacyi Freunda, a więc całkowitemu wycięciu macicy zapomocą laparotomii, z którem połączono wycięcie gruczołów chłonnych, i przylegającej tkanki łącznej i tłuszczowej *(operatio radicalis abdominalis)*.

Dążeniu temu niepodobna wogóle odmówić pewnej konsekwencyi. Wszak stosując się do zasad chirurgii staramy się wszędzie usunąć nietylko złośliwy nowotwór, ale i gruczoły przylegające. Gdy jednak np. wyjęcie gruczołów chłonnych i tkanki łącznej pachy jest tylko nieznacznem powiększeniem niebezpieczeństwa amputacyi sutka, w zastosowaniu do macicy zmusza do długotrwającej, nader ciężkiej laparotomii, zamiast o wiele mniej niebezpiecznego całkowitego wycięcia macicy przez pochwę, połączonego z otwarciem jamy otrzewnowej w miejscu najmniej niebezpiecznem od dołu i prawie z zupełnem pominięciem jelit. Stosunki anatomiczne miednicy, a przedewszystkiem siedziba gruczołów chłonnych wzdłuż potężnych naczyń, z któremi często są kolosalnie pozrastane, stają się przyczyną, że doszczętne usunięcie gruczołów chłonnych może się udać tylko czasem, a najczęściej jest wręcz niewykonalne.

A choćbyśmy nawet wyłuszczyli wszystkie dostrzegalne gruczoły, to pozostawimy przynajmniej przewody chłonne, które mogą być także zakażone rakiem. Operując zatem zapomocą laparotomii, wykonujemy zabieg operacyjny zagrażający w wysokim stopniu życiu operowanej, nie mogąc równocześnie mieć pewności, że w istocie uda nam się wydalić wszystkie zajęte gruczoły i przewody chłonne. I tutaj tkwi główny zarzut, jaki temu postępowaniu zrobić musimy, mianowicie zarzut niepewności, czy potrafimy w istocie usunąć wszystkie rakiem już zakażone ogniska. Nawet jeden z najżarliwszych wyznawców i propagatorów tej operacyi, Wertheim, przyznaje, że wyłuszczenie wszystkich gruczołów chłonnych nie zawsze jest możliwe *(Verhandlungen d. deutschen Gesellsch. f. Gynaekol. IX)*.

Gdyby nie ta niepewność, nie potrzebowałaby nas przerażać kolosalna śmiertelność operacyi, jeżeliby niebezpieczeństwo jej mogło być równoważone trwałością wyleczenia. Jeszcze za krótki jest czas, ażeby mieć statystyczne daty co do trwałości wyleczenia raka macicy zapomocą laparotomii *(operatio radicalis abdominalis)*, nie ulega jednak wątpliwości, że z powodu niemożności doszczętnego usunięcia wszystkich gruczołów chłonnych, tylko czasem potrafimy uczynić wyniki leczenia bardziej trwałe, niż zapomocą całkowitego wycięcia macicy przez pochwę. — Winter *(Verhand. der deutschen Gesellsch. f. Gyn. IX.)* oblicza śmiertel-

ność *operatio radicalis abdominalis* raka macicy na 24·6% wśród 134 przypadków; Wertheim zaś stracił w pierwszej seryi (29 przypadków) 38% operowanych *(A. f. G. Bd. 61 Hft 3)*, a w drugiej seryi (28 przypadków) 21·4% operowanych *(Verhandl. d. deutsch. Gesellsch. f. Gyn. IX)*. Ten kolosalny niestosunek między wątpliwą trwałością wyleczenia a bezpośredniem niebezpieczeństwem operacyi nie da się nigdy wyrównać. Pomimo wszelkich bowiem usiłowań przedstawienia niebezpieczeństwa doszczętnej operacyi brzusznej (abdominalnej) w świetle bardziej korzystnem, nie ulega wątpliwości, że przewyższa ono wszystkie inne laparotomie. Być może, że modyfikacye Mackenrodta *(Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Gyn. IX.)*, Amanna (tamże) i Herffa *(Beiträge f. G. u. G. Bd. 6, Heft 1)*, polegające na wspólnem dążeniu do jak najmniejszego narażania jamy otrzewnowej na zakażenie, zdołają jeszcze trochę obniżyć odsetek bezpośredniej śmiertelności z powodu operacyi, pozostanie on jednak jeszcze zawsze tak wysoki, że tylko niewielu operatorów potrafi się oprzeć jego przygnębiającemu wrażeniu. Gorzej jeżeli nie to ostatnie, lecz względy oportunizmu kierują postanowieniami lekarza. Słychać bowiem o operatorach, którzy w praktyce prywatnej operują przypadki raka macicy zapomocą całkowitego wycięcia macicy przez pochwę, podczas gdy tylko wśród chorych klinicznych, względnie szpitalnych, wyszukują przypadki dla doszczętnej operacyi brzusznej (abdominalnej). Wskazania do zabiegu operacyjnego, zawisłe od względów oportunizmu, sprzeciwiają się zasadom etyki i uczciwości! Tym zaś operatorom, którzy przy raku macicy wykonują laparotomię, a równocześnie rozszerzają nadmiernie wskazania do operacyi przez pochwę nawet wielkich guzów macicy, jajników lub trąbek, nie można oszczędzić zarzutu nielogiczności. Z jednej strony bowiem pozbawiają się drogi naturalnej i operacyi łatwiejszej i mniej niebezpiecznej, z drugiej strony zaś obierają drogę niepewną i trudną.

Technika całkowitego wycięcia macicy przez pochwę, jakkolwiek doprowadzona już dawno do wysokiego stopnia doskonałości, może być jeszcze zawsze ulepszona, jeżeli zwrócimy uwagę przedewszystkiem na te niebezpieczeństwa, które są najbardziej groźne. Ponieważ największa liczba operowanych umiera na posocznicę, z powodu niedostatecznego przygotowania pola operacyjnego, więc należy przeprowadzić jak najstaranniej przedoperacyjne przygotowanie pochwy i macicy, tembardziej w przypadkach, gdzie zwyrodnienie rakowate sięga w głąb szyi lub trzonu macicy. W przygotowaniu pola operacyjnego odgrywa także bardzo ważną rolę należyte wypróżnienie jelit i niejedno pozornie niezrozumiałe niepowodzenie całkowitego wycięcia macicy przez pochwę ma swoje źródło w zanieczyszczeniu drobnoustrojami kałowymi.

Zagadnienie sporne stanowi po dzień dzisiejszy zaopatrywanie więzów szerokich macicy. Używaniu podwiązek przeciwstawiono klamry. Że ten ostatni sposób zaopatrywania więzadeł szerokich ułatwia w wysokim stopniu operacyę, nie ulega wątpliwości. Mimo to nie mogę przyłączyć się do jego zwolenników, a przedewszystkiem dlatego, ponieważ znane są przypadki śmiertelnego krwotoku po usunięciu klamer, podczas gdy krwotok jest wykluczony przy starannem założeniu jedwabnych podwiązek. Że dolegliwości pooperacyjne są stanowczo większe przy klamrach, niż przy podwiązkach, że niebezpieczeństwo zrostu jelita z kikutami, niebezpieczeństwo niedrożności jelit lub nawet zgorzel jelita uciśniętego przez koniec klamry sterczącej ku górze powinno także wchodzić w rachubę przy ocenieniu tego sposobu operowania, muszę podnieść z naciskiem. Dlatego powinniśmy posługiwać się klamrami tylko wyjątkowo przy całkowitem wycięciu macicy przez pochwę, gdy zły dostęp, krótkość więzów szerokich lub nadmierne powiększenie macicy sprawiają, że założenie podwiązek jest nader trudne lub wręcz niemożliwe.

Ażeby ułatwić dostęp do pola operacyjnego zalecił Schuchardt *(Centralbl. f. Chirur. 1893, Nr. 51 i Monatsschr. f. G. u. G. Bd. XIII. Hft 6)* wykonywać w każdym przypadku całkowitego wycięcia macicy przez pochwę „cięcie parawaginalne". Staude *(Monatsschr. f. G. u. G. Bd. XV. Hft 6)* zalecił w ostatnich czasach używanie nawet dwóch cięć „parawaginalnych". W ten sposób da się uzyskać szeroki dostęp do macicy przez pochwę, trudno jednak zgodzić się na używanie tych cięć w każdym przypadku, a o wiele jest racyonalniej posługiwać się niemi tylko wtedy, gdy zachodzi konieczna potrzeba. I w tym sensie używało już dawno przedtem wielu operatorów cięć rozszerzających przy nader wązkiej pochwie lub zbyt wielkiej macicy. Nie można jednak zgodzić się w każdym przypadku na niepotrzebne wywołanie dużej rany w pochwie, która trudno się goi, a co gorsza zwiększa niebezpieczeństwo wszczepienia raka.

W celu poprawienia wyników całkowitego wycięcia macicy przez pochwę nie można dostatecznie podnieść znaczenia toalety kikutów. Idąc za radą Schauty najlepiej jest wszywać kikuty ile możności zawsze z obu stron w rogach pochwy w ten sposób, że pozostawiamy tylko mały otwór w środku w celu wprowadzenia małego sączka do jamy Douglasa. W ten sposób części kikutów, ulegające zgorzeli, znajdują się w pochwie i nie narażają otrzewnej na następowe zanieczyszczenie, podczas gdy późniejsze usunięcie podwiązek przymocowanych do brzegu pochwy nie sprawia żadnych trudności.

Przyszycie otrzewnej przedniego załamka *(plica vesico-uterina)* do brzegu przedniej ściany pochwy, tudzież otrzewnej jamy Douglasa do brzegu tylnej ściany pochwy, poprzedzające założenie podwiązek, odgrywa także nie małą rolę, jako dopełnienie jednego z warunków gładkiego gojenia się rany.

Jak widzimy zatem technika całkowitego wycięcia macicy przez pochwę dozwala żywić nadzieję dalszego poprawienia bezpośrednich wyników operacyjnych, jeżeli będziemy ściśle przestrzegać tych zasad, które ze stanowiska chirurgicznego jedynie słusznemi nazwać można. Zatem nie szukając dróg nowych, lecz wydoskonalając we wszystkich szczegółach dawną, w wielu tysiącach przypadków wypróbowaną metodę całkowitego wycięcia macicy przez pochwę, możemy dojść jeszcze do znacznego poprawienia bezpośrednich wyników leczenia operacyjnego raka macicy.

Są jednak do spełnienia jeszcze inne ważne zadania, mianowicie: jak najprędsze rozpoznanie i operowanie. Już wielokrotnie podnoszono trudność wczesnego rozpoznania jako największą przeszkodę w osiągnięciu lepszych i trwalszych wyników leczenia operacyjnego raka macicy. Jeden z ostatnich dał temu wyraz Winter na końcu swego sprawozdania, opracowanego dla IX-go Zjazdu Towarzystwa

ginekologicznego niemieckiego słowami: „Przyszłość leczenia chirurgicznego raka macicy nie polega na jak najdalej posuniętych, lecz na jak najwcześniej wykonanych operacyach".

Ciemnota, fałszywa wstydliwość i brak zaufania są główną przyczyną, dla której kobiety chore na raka macicy wcale nie, lub przeważnie zapóźno, szukają rady u lekarza. Zapobiedz temu można podniesieniem poziomu oświaty, gdyż od tej zawisło zaufanie do lekarza i przekonanie o potrzebie leczenia. Bardzo ważnym czynnikiem poprawy mogłaby być także instytucya lekarzy domowych, którzy będąc stałymi doradcami rodziny, pozyskują łatwiej jej zaufanie i mogą chorobę w samym początku rozpoznać.

Ponieważ atoli rozpoznanie wczesnego okresu zwyrodnienia rakowatego macicy nie jest łatwe, więc bardzo wiele zawisło także od wykształcenia i sumienności lekarza, który, nie rozporządzając sam zasobem specyalnych wiadomości, powinien postarać się zawczasu, by chore dostały się w zawodowe ręce. Mimo to pozostaną jeszcze zawsze te wyjątkowe przypadki, w których rak macicy rozwija się prawie bez żadnych objawów. Znajdujemy wówczas nieraz już daleko posuniętego raka macicy, nawet nacieki w tkance łącznej podotrzewnowej, jakkolwiek nie było żadnych objawów chorobowych. Na szczęście są to przypadki rzadkie. Z chwilą, gdy rak macicy przeszedł już na jej otoczenie, nie należy wykonywać żadnego doszczętnego zabiegu operacyjnego, a więc przeciwskazane jest całkowite wycięcie macicy przez pochwę, tak samo jak laparotomia (*operatio radicalis abdominalis)*, gdyż z góry wiemy, że nie zdołamy wszystkiego usunąć i nie wstrzymamy choroby ani na chwilę w pochodzie. Natomiast w przypadkach tych możemy przynieść ulgę, a nawet wielki pożytek chorym zapomocą leczenia zachowawczego, t. j. wyskrobania mas rakowatych, przypalenia żegadlem i leczenia następowego środkami żrącymi i odkażającymi. Wśród tych rozpaczliwych przypadków bywają i takie, gdzie uda nam się utrzymać chore przez czas dłuższy (2—3 lata i dłużej) w znośnym stanie, a nieraz stan chorych tak bardzo się poprawia, że są wolne od wszelkich dolegliwości, przybywa im wagi i uważają się przez czas dłuższy za zupełnie zdrowe. Są to twarde postacie raka *(scirrhus)* o powolnym przebiegu. Dlatego należy być ostrożnym w rokowaniu *quoad vitam* tych chorych, które żyją często znacznie dłużej, niż im naszym horoskopem rokujemy. Nawet zapomocą najdoszczętniejszego zabiegu operacyjnego nie potrafilibyśmy u tych chorych osiągnąć lepszego wyniku, niż zapomocą leczenia zachowawczego; przeciwnie narazilibyśmy w wysokim stopniu życie operowanych, które, jeżeli przetrwają szczęśliwie ciężką operacyę, nie żyją dłużej i lepiej od tych, które traktujemy zachowawczo.

Należy zatem pamiętać, że w leczeniu operacyjnem raka macicy muszą być już z góry zakreślone pewne granice co do sposobów, którymi skutecznie pomoc nieść możemy, z powodu osobliwych warunków anatomicznych, dozwalających nowotworowi rozszerzać się nader szybko na otoczenie macicy drogą mnóstwa przewodów i gruczołów chłonnych, tudzież nader złośliwej natury nowotworu. Szczególnie rak szyi macicy zajmuje wśród raków innych narządów jedno z pierwszych miejsc co do złośliwości.

Jako punkta wytyczne leczenia raka macicy podnoszę zatem następujące zasady:

1. Jak najwcześniejsze rozpoznanie.
2. Jak najwcześniejsze całkowite wycięcie macicy przez pochwę z użyciem podwiązek jedwabnych i wszyciem kikutów do pochwy po jak najstaranniejszem przedoperacyjnem przygotowaniu pochwy, macicy i jelit.
3. Laparotomia tylko przy nadmiernem powiększeniu macicy.
4. Leczenie zachowawcze w obecności nacieków w otoczeniu macicy.

Czułem potrzebę wziąść w obronę metodę całkowitego wycięcia macicy przez pochwę przeciw usiłowaniom zastąpienia jej laparotomią, polegającą na wyjęciu macicy, tkanki otaczającej i gruczołów chłonnych miednicy *(operatio radicalis abdominalis)*. Nie wątpię bowiem ani na chwilę, że tak jak z jednej strony wyniki całkowitego wycięcia macicy przez pochwę dadzą się jeszcze znacznie polepszyć zapomocą wczesnego rozpoznania, większej staranności przygotowania przedoperacyjnego pochwy, macicy i jelit, tudzież przestrzegania pewnych ważnych, przedtem przezemnie podniesionych szczegółów techniki operacyjnej, tak z drugiej strony nie możemy oczekiwać poprawy wyników leczenia operacyjnego raka macicy zapomocą laparotomii, nie dającej rękojmi usunięcia wszystkich ognisk rakowych z otoczenia macicy, a połączonej z kolosalną bezpośrednią śmiertelnością.

IV. Czy trwałe upośledzenie widzenia na jednem oku jest trwałem osłabieniem wzroku w rozumieniu § 156 *a)* u. k.?

Podał
Dr. Adam Szulisławski
Docent Uniwersytetu lwowskiego.

W okulistycznej praktyce sądowo-lekarskiej stajemy bardzo często wobec konieczności stanowczej odpowiedzi na to pytanie Dla wszystkich laików, a wielu także lekarzy, nie przedstawia ona żadnych trudności. Ani na chwilę nie wahają się z oświadczeniem: „oczywiście że tak, — czyż mogłoby wogóle być inaczej?" Rozumowanie ich jest krótkie i proste: „skoro natura mi dała dwoje oczu, więc sumę tego, co widzę jednem i drugiem okiem, nazywam wzrokiem. To całość. Jeżeli stracę jedno oko, straciłem połowę całości, czyli 50% z mego wzroku. Jeżeli przedtem każdem okiem z osobna bystro widziałem, t. j. miałem po 50% na każdem oku, obecnie zaś widzę skutkiem plamki rogówkowej lewem tylko $1/2$ tego co dawniej, a więc już nie mam 50% na tem oku, lecz tylko 25%, — to mam w rzeczywistości: nienaruszone 50% na prawem, *plus* 25% na lewem, czyli razem 75% mego dawnego wzroku. Strata moja, czyli trwałe upośledzenie wzroku, wynosi przeto 25%". „Tu, panie, liczby mówią".

A jednak nie jest to ani takie proste, ani takie łatwe i zobaczymy, że przy bliższem rozpatrzeniu okaże się ten rachunek zupełnie fałszywym.

Chcąc tę sprawę należycie zrozumieć i ocenić, musimy ją oświetlić z kilku punktów. Więc rozebrać ją ze stanowiska czysto naukowego, lekarskiego i okulistycznego, — powtóre wykazać jej znaczenie w zwykłem, codziennem życiu pod względem praktycznym, t. j. zarobkowym, gospo-

darczym, — powiedzmy użytkowym, a w końcu przystosować wyniki do brzmienia § 156 *a)*, obowiązującej ustawy karnej.

Postępując tedy w tym porządku, musimy sobie przedewszystkiem uprzytomnić, że to, co nazywamy wzrokiem, jest pojęciem złożonem z wielu i różnorodnych czynników, nazwijmy je fizycznymi elementami widzenia, które dopiero razem wzięte, stanowią pełnię wrażeń wzrokowych i dają podstawę do wytworzenia się wyobrażeń i pojęć o przedmiotach świata zewnętrznego. Składa się na nie widzenie naośne, widzenie obwodowe (pole widzenia), czucie mięśniowe i złączona z niem zdolność oceniania odległości (nazwijmy to krótko „poczuciem bryłowatości“), czucie światła i barw, zdolność odbierania wrażeń i ich przyswajania, t. j tworzenia się obrazów na siatkówce, przewodzenia podniet wzdłuż nerwów wzrokowych i wreszcie przerobienia ich w ośrodkach nerwowych.

Operowanie wszystkimi tymi czynnikami w naszych rozumowaniach utrudniłoby niezmiernie jasne przedstawienie rzeczy, a jest też zupełnie zbyteczne wobec faktu, że wszystkie one dadzą się odnieść i znajdują swój wyraz w trzech pierwszych, t. j. widzeniu naośnem (*N.*), obwodowem (*P.*) i poczuciu bryłowatości (*B.*). Z istnienia tych trzech czynników wnosić możemy na pewno o istnieniu reszty, — a są to wszystko ilości wymierne, a więc przydatne do ścisłych obliczeń. Zmiany urazowe w czuciu światła i barw mogą się wprawdzie przydarzać jako objawy odosobnione. Nie mają one jednak nigdy znaczenia utraty lub trwałego upośledzenia wzroku i dla tego możemy je tu również pominąć.

Rozpatrzmy tedy te trzy elementy widzenia pojedynczo i starajmy się zmierzyć ich wartość dla pełnego aktu widzenia.

Zbytecznem by było nad tem się rozwodzić, że pierwsze miejsce dzierży widzenie naośne (*N.*). Każde uszczuplenie tego czynnika najdotkliwiej odbija się na całości, a zupełny ubytek równa się ślepocie. Widzenie obwodowe (*P.*) natomiast mniej przemożny wpływ wywiera na całość. Jest też rzeczą łatwo zrozumiałą, że mniejsze lecz obwodowe ubytki w polu widzenia pozostają na dzielność wzroku i zdolność do pracy bez żadnego niemal wpływu, większe zaś, po prostu mówiąc, mniej szkodzą, niż drobne nawet uszczuplenie widzenia naośnego. To samo, tylko w wyższym jeszcze stopniu odnosi się do trzeciego czynnika, t. j. poczucia bryłowatości. Istnienie jego wogóle zależy przedewszystkiem od sprawności dwóch pierwszych czynników, to też i ważność jego dla ogólnego aktu widzenia jest, w porównaniu z N. jeszcze mniejsza, niż pola widzenia. Fakt ten i wzajemny stosunek tych trzech czynników do siebie jeszcze plastyczniej wystąpi, gdy się zajmiemy rozbiorem pojęcia, które tu jako „poczucie bryłowatości“ oznaczyłem.

Gdybyśmy teraz za przykładem Magnusa [1]), który pierwszy podał naukowo uzasadnioną, racyonalną i sprawiedliwą formułę do obliczenia ubytku zdolności zarobkowej przy uszkodzeniach oczu, chcieli się pokusić o ułożenie podobnego wzoru matematycznego na określenie wzroku, to, chcąc dać wyraz rozmaitej wartości (a raczej ważności) *N, P i B* w ogólnym akcie widzenia, wprowadzićbyśmy musieli do wzoru: *N*, w pełnej jego wartości, *P* i *B* zaś jako pierwiastki. Ogólnej wartości wzoru zmienićby to na razie nie mogło tak długo, dopóki pole widzenia i poczucie bryłowatości byłoby prawidłowe, t. j.

$$P = 1 \text{ i } B = 1; \text{ gdyż } \sqrt[n]{1} = 1.$$

Zupełnie inaczej rzecz się będzie miała, skoro *P* stanie się mniejszem i wynosić będzie n. p.

$$\frac{P}{n}; \text{ gdyż } \sqrt{\frac{P}{n}} > \frac{P}{n},$$

t. j. wartość pierwiastka z ułamka jest większą od wartości samego ułamka i będzie tem większą, im wyższym jest wykładnik pierwiastkowy. W ten prosty sposób osiągniemy, że *P* i *B*, które jak wiemy mniejszy wywierają wpływ na całość *W*, nie uszczuplą wartości pełnego wzoru o całą ilość tego, cośmy utracili w *P* i *B*, lecz o ilość mniejszą, bo

$$\sqrt{\frac{P}{n}} > \frac{P}{n}, \text{ a } \sqrt{\frac{B}{n}} > \frac{B}{n}.$$

Ponieważ zaś wartość pierwiastka z ułamka jest tem większą, im wyższy wykładnik, będziemy więc mogli stosownie do danego przypadku, zwiększając lub zmniejszając wykładnik, wpływać bezpośrednio na ogólną wartość wzoru. Przy wprowadzeniu do wzoru *B*, musimy oczywiście dać wyraz temu, że ono ma jeszcze mniejszy wpływ na *W* od *P*. Jeżeli tedy na oznaczenie pozostałej reszty pola widzenia wprowadzimy n. p. $\sqrt[r]{\frac{P}{n}}$, to na oznaczenie pozostałości z poczucia bryłowatości będziemy musieli dać wyższy wykładnik, n. p. $\sqrt[r+\rho]{\frac{B}{n}}$.

Według tego cośmy wyżej powiedzieli, wyglądałby wzór nasz, jak następuje:

$$W = N \times \sqrt[r]{P.} \times \sqrt[r+\rho]{B.}$$

Winienem tu jeszcze wytłómaczyć, dla czego we wzorze tym przedstawiono wzrok *(W.)*, jako iloczyn fizycznych elementów widzenia

$$N \times \sqrt[r]{P} \times \sqrt[r+\rho]{B.}$$

nie zaś jako ich sumę

$$N + \sqrt[r]{P} + \sqrt[r+\rho]{B},$$

jakby to na pozór wydawało się właściwszem. Gdyby to była suma, to w stosunkach prawidłowych gdy

$$N = 1, \sqrt[r]{P} = 1 \text{ i } \sqrt[r+\rho]{B} = 1,$$

mielibyśmy $W = 3$. Natomiast przy zupełnym ubytku n. p. naośnego widzenia, a więc gdy $N = 0$ wyglądałby wzór:

$$W = 0 + \sqrt[r]{1} + \sqrt[r+\rho]{1} = 2,$$

coby urągało wszelkiej logice i rzeczywistości, gdyż jasnem jest, że utrata naośnego widzenia równa się zupełnej utracie wzroku. Przeciwnie, jeżeli pojmiemy wzrok, jako iloczyn tych trzech czynników, to w stosunkach prawidło-

[1]) Leitfaden für Begutachtung und Berechnung von Unfallsbeschädigungen der Augen. Breslau 1894.

Die Einäugigkeit in ihren Beziehungen zur Erwerbsfähigkeit. Breslau 1895.

wych, gdy każdy z nich = 1, także i iloczyn. t. j. $W = 1$. Natomiast gdy którykolwiek z czynników zupełnie ubędzie, t. j. stanie się = 0, cały iloczyn będzie również = 0, czyli $W = 0$.

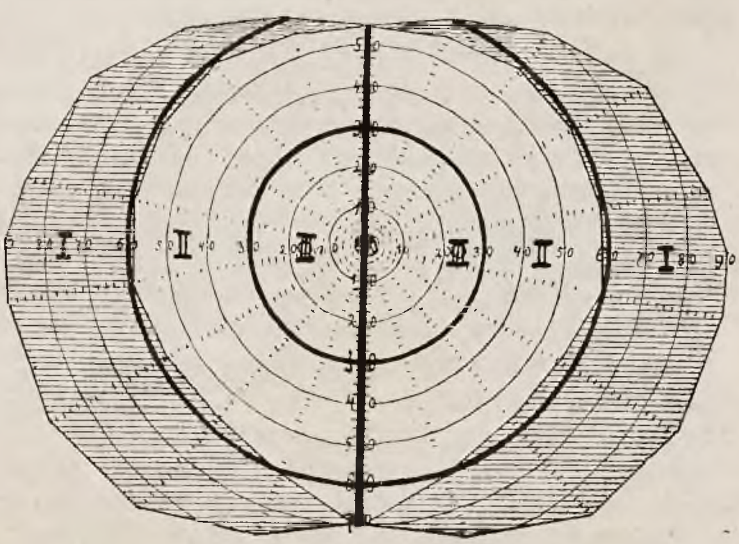
Odnośnie do tego wzoru musimy celem uniknięcia możliwych nieporozumień zwrócić uwagę na jeszcze jedną bardzo ważną okoliczność, t. j. na różnicę w pojęciu utraty wzroku pod względem naukowym — a użytkowym $W = 0$, czyli zupełna utrata wzroku istnieje ze stanowiska naukowego, okulistycznego, tylko przy zupełnej utracie poczucia światła. Przypadek taki zaszedłby wówczas, gdyby we wzorze naszym było $N = 0$ *i* $P = 0$ — ostatni czynnik B naturalnie sam przez się odpada. Jeśli jednak $N = 0$ podczas gdy P zresztą pełną swą wartość posiadać będzie, to pod względem naukowym nie może być wcale mowy o zupełnej utracie wzroku, gdyż widzenie obwodowe istnieć będzie, a nawet jakaś tam marna część bardzo uszczuplonego poczucia bryłowatości, o ile to wogóle możliwe na obwodzie. A jednak wzór nasz okazuje $W = 0$. I słusznie, bo pod względem użytkowym wzrok, zupełnie pozbawiony naośnego widzenia, nie ma najmniejszego praktycznego znaczenia i nie wystarczy do wykonania jakiejkolwiek pracy. Łatwo również pojąć, że utrzymanie nawet dobrego naośnego widzenia przy zupełnem zniesieniu pola widzenia, jakby się to n. p. w obustronnej hemianopsyi korowego pochodzenia przygodzić mogło, będzie ze względów praktycznych równoznaczne z ślepotą, gdyż stan taki musi pociągnąć za sobą całkowitą niemożność oryentowania się w otoczeniu, a co za tem idzie zupełną i trwałą niezdolność do jakiejkolwiek pracy. — Podobnie rzecz się ma i z trzecim czynnikiem, chociaż to na pozór trudniej zrozumieć. Jeżeli jednak przez poczucie bryłowatości pojmiemy całą zdolność oryentowania się w przestrzeni, to przyznać musimy, że zupełny brak tego czynnika uczyni posiadanie dwóch pierwszych zupełnie iluzorycznem, — gdyż na nic się one przydać nie mogą. Chory taki widząc, zachowuje się jak zupełnie ślepy, nie omija przeszkód, nie zdaje sobie zupełnie sprawy z położenia otaczających go przedmiotów, bez pomocy chodzić nie może. Nawiasem wspomnę, że spostrzegałem jeden taki bardzo szczególny przypadek wspólnie z kolegą Feuersteinem. Że o wykonywaniu jakiejkolwiek pracy wśród takich warunków, a więc zużytkowaniu wzroku wcale mowy być nie może, jest zupełnie naturalnem. A stąd słusznem jest, że gdy $\sqrt[r+p]{B} = 0$, także i $W = 0$. Zresztą powiedzmy wyraźnie, że wspominając o tej trzeciej możliwości, czynimy to raczej ze względów teoretycznych, celem wszechstronnego oświetlenia wzoru; w rzeczywistości, t. j. w praktyce, dzieje się bowiem z reguły tak, że gdy obecne N *i* P, istnieje już tem samem także B. Widzimy przeto, że wzór nasz który, ma na celu oznaczyć użytkową wartość wzroku, właściwie wyżej ocenia stratę, niżby to z teoretycznego punktu widzenia wypadało. Ze stanowiska jednak sądowo-lekarskiego jest to właściwie zupełnie wszystko jedno. Skoro bowiem ustawodawca wymienia obok siebie wyraźnie utratę wzroku i trwałe osłabienie wzroku i stawia je na równi, to czy ubytek jednego z tych czynników ocenimy ze stanowiska użytkowego według wzoru, jako utratę wzroku, czy ze stanowiska ściśle naukowego, jako trwałe osłabienie wzroku, zawsze nas to zaprowadzi do § 156 *a)* u. k.

Zastanówmy się teraz jakim zmianom ulegnie rzeczywista wartość naszego wzoru, t. j. W., przy zupełnej utracie widzenia na jednem oku. Bierzemy z umysłu najgorszy przypadek, gdyż ułatwi to z jednej strony rachunek, z drugiej strony najlepiej wykaże ubytek we wzroku, przy jednostronnej, już nie utracie, lecz tylko obniżeniu widzenia.

Najprostszem będzie rozpatrzeć kolejno poszczególne czynniki, wchodzące w skład powyższego wzoru, obliczyć dla każdego wartość przy całkowitej utracie zdolności widzenia na jednem oku i wstawić je do wzoru.

Widzenie naośne *(N)* najmniej nam sprawi trudności. Jeżeli ktoś przed uszkodzeniem widział w dal każdem okiem $^6/_6$, to po utracie jednego oka widzi również $^6/_6$, czyli to samo, co przedtem. Z widzenia więc naośnego, t. j. czynnika, który na wartość wzoru (czyli wzroku) przemożny wpływ wywiera i jest, jak wiemy, dla wzroku najważniejszym, — nic nie utracił. Słusznem więc jest, że do nowego wzoru wprowadzimy N w pełnej jego wartości.

Ubytek w polu widzenia najlepiej ocenimy z dołączonego tu rysunku Schrötera, który wyjmujemy ze wpomnianej pracy Magnusa.



Rysunek ten przedstawia pole widzenia obydwu oczu, podzielone na 3 pola, każde po 30°. Pierwsze z nich rozciąga się od obwodu do 60°, drugie od 60°—30°, trzecie od 30°—0°, tj. do punktu środkowego. Środkowa, biała część pola widzenia jest wspólną dla obydwu oczu; obie skrajne pokreskowane, należą lewa, tylko do lewego oka, prawa tylko do prawego oka. Najczulszemi przeto i najważniejszemi dla wzroku, jak to już Schröter podnosi, co wreszcie zupełnie jest zrozumiałe, są dwa pola wewnętrzne, znacznie mniej czułem i mniej ważnem jest pole obwodowe. Zważywszy jednak, że odpowiada ono znacznie większym co do rozmiarów partyom siatkówki, od środkowych, mniejszych wprawdzie, lecz za to bez porównania czulszych, wydaje mi się propozycya Magnusa, aby je w obliczeniach za równe uważać, zupełnie słuszną. Tak też postąpimy. Średnica prostopadła dzieli te pola na 6 równych części. Z rysunku tego jasno, wynika, że utrata zdolności widzenia na jednem oku pociągnie za sobą utratę $^1/_6$ obwodowej części pola widzenia. Pozostaje więc $^5/_6$, które z wyżej przytoczonych, zu-

pełnie już zrozumiałych powodów wejdzie do wzoru jako $\sqrt[3]{\frac{5}{6}} P$. Nie będzie może zbytecznem, jeśli tu dodam, że ubytek ten $^1/_6$ obwodowej całkowitego pola widzenia bardzo łatwo uczą się jednoocy wyrównywać przez szybkie wprost bezwiedne ruchy głowy tak, że w krótkim czasie nie odczuwają oni żadnego z powodu tej straty upośledzenia. Jeżeli tedy przyjmiemy wobec tego sześcienny wykładnik pierwiastkowy, oceniliśmy stratę raczej za wysoko, niż za nizko.

Ocenienie ważności trzeciego czynnika t. j poczucia bryłowatości *(B.)* wymaga obszerniejszego nieco omówienia. Rzecz tę znajdzie czytelnik szczegółowo przedstawioną w wiekopomnem dziele Helmholtza [1]), z którego czerpię i przytaczam te tylko szczegóły, które do zrozumienia sprawy są niezbędnie potrzebne.

Aby nabrać wyobrażenia o rzeczywistem rozmieszczeniu widzianych przedmiotów w przestrzeni, potrzeba módz oznaczyć kierunek, w którym pojedyncze punkta danego przedmiotu leżą (rozmiary powierzchni), a nadto ocenić odległość każdego z nich z osobna od naszego oka (rozmiary głębokości).

Ocenienie rozmiarów powierzchni jest równie dokładne jednem, jak obydwoma oczyma; będziemy się więc starali zbadać tu tylko, w jaki sposób dochodzimy do pojęcia odległości widzianych przedmiotów od naszego oka.

Ze środków, prowadzących do tego celu, musimy przedewszystkiem oddzielić te, które na podstawie nabytego doświadczenia o rozmaitej przyrodzie widzianych przedmiotów, dają nam już *a priori* wyobrażenie odległości — od tych, które biorą swój początek w świeżem, w danej chwili doznawanem wrażeniu, t. j. stanowią rzeczywiste postrzeganie odległości. Na to ostatnie składają się: 1) czucie natężenia akomodacyi, 2) postrzeganie przy ruchach głowy i ciała, 3) równoczesne użycie obydwu oczu.

Krótko będziemy się mogli załatwić z pierwszym czynnikiem głównym, to jest wyobrażeniem odległości; składa się bowiem nań wszystko to, co pod względem rozmiarów głębokości możemy rozróżnić jednem tylko okiem, przy zupełnie unieruchomionej głowie i całkowitem zwolnieniu akomodacyi. Wchodzi tu w grę: a) nabyta doświadczeniem znajomość wielkości widzianych przedmiotów, b) ich kształtu, c) układanie się świateł i cieniów (światłocień), d) zaćmienie leżącego przed nimi powietrza (perspektywa powietrzna). Jasną jest rzeczą, że żaden z tych wymienionych tu czynników nie dozna najlżejszego nawet uszczerbku przy zupełnej utracie jednego oka i dla tego pomijam tu szczegółowy ich rozbiór, chociaż byłoby to bardzo nęcące. Dodam tylko, że wpływ ich na zdolność bryłowatego widzenia jest tak wielki, że w wielu przypadkach wystarczy wiedzieć z góry, lub nawet przypuszczać tylko, że jakiś przedmiot ma pewien określony kształt, aby perspektywiczny obraz niedokładnego wrażenia wzrokowego lub sztucznego tylko rysunku odczuć wyraźnie i z całą dokładnością jako ciało bryłowate. Tymi też tylko czynnikami posługują się malarze, aby na powierzchniowym rysunku lub obrazie wywołać wrażenie głębi i plastyki przedmiotów. Wiadomo też powszechnie, że im to się udaje.

[1]) Helmholtz: Handbuch der physiologischen Optik. Hamburg und Leipzig. 1896.

Przechodzimy teraz do drugiego działu czynników wpływających na poczucie bryłowatości, t. j. do postrzegania odległości, którego podstawę, jak wiemy, stanowią świeże wrażenia zmysłowe.

Z tych wymieniliśmy na czele akomodacyę. Przez akomodacyę rozumiemy zdolność przystosowania oka do rozmaitych odległości Dzieje się to za pomocą skurczu mięśnia rzęskowego, przez co zwalnia się więzadełko Zinna, przytrzymujące soczewkę, która ulegając własnej sprężystości, wypukla się, staje się więc silniejszą, mocniej załamuje promienie świetlne, czyli nastawia się na bliższe odległości, Większemu lub mniejszemu napięciu mięśnia rzęskowego towarzyszy właściwe czucie mięśniowe, z którego dokładnie zdajemy sobie sprawę, ilekroć na nie zwrócimy uwagę, — a z którego to czucia przy pewnem ćwiczeniu możemy wnosić, czy oko nasze jest nastawione na większą, czy też na mniejszą odległość. Rozumie się samo przez się, że tylko przy ocenianiu bliższych przedmiotów możemy mieć jakiś pożytek z akomodacyi, — przy patrzeniu bowiem w dal akomodacya pozostaje w zupełnym spoczynku. Według obliczeń Wundta, zgodnych zresztą z późniejszemi doświadczeniami Helmholtza, możemy n. p. w odległości 250 ctm. ocenić różnice oddalenia 12 ctm.; w odległości od 200 do 100 ctm. różnice wynoszące 8 ctm.; w 80 ctm. —5 ctm.; w 40 ctm. —4,5 ctm i to tylko za pomocą akomodacyi, z możliwem wykluczeniem wszystkich innych środków pomocniczych. — Widzimy, że delikatniejszych różnic odległości za pomocą samej tylko akomodacyi nie możemy ocenić, w każdym jednak razie nie można jej odmówić pewnego znaczenia. Dodawać nie potrzeba, że przy zupełnej utracie jednego oka nie doznaje akomodacya żadnego uszczuplenia.

Najważniejszem atoli dla ocenienia głębokości jest bezwątpienia możność porównania perspektywicznych obrazów, które ten sam przedmiot przedstawia z rozmaitych punktów widzenia. Porównanie takie możemy osięgnąć praktycznie w dwojaki sposób. Jednoocznie przez poruszenia głowy i reszty ciała, lub dwuocznie na podstawie obydwu obrazów, tworzących się równocześnie na obydwu siatkówkach, czyli przez tak zwane widzenie stereoskopowe, o czem niżej.

Kiedy n. p. stoimy w oknie jadącego wagonu, widzimy że przedmioty blizko toru ułożone, szybko się przesuwają w kierunku przeciwnym, dalsze czynią to samo, tylko wolniej, bardzo zaś odległe, n. p. gwiazdy na niebie, nie zmieniają wcale swego położenia. Łatwo tu zrozumieć, że pozorna chyżość przesuwania się kątów umykających przedmiotów w naszem polu widzenia jest odwrotnie proporcyonalną do ich odległości od naszego oka tak, że z chyżości tego pozornego poruszania się możemy na pewno wnosić o ich odległości. Wzmacnia i potęguje jeszcze dokładność także ta okoliczność, że rozmaicie ułożone przedmioty zmieniają także względem siebie położenie; tak n. p. gdy blizkie umykają wstecz, odleglejsze zdają się dążyć w kierunku przeciwnym a więc ku przodowi. Helmholtz wyraża przekonanie, że właśnie ta zmiana obrazów siatkówkowych przy ruchu naszego ciała lub głowy (którymi się posługujemy zależnie od odległości i wielkości przedmiotów), jest najważniejszym czynnikiem, zapomocą którego osoby jednookie stwarzają sobie dokładne wyobrażenie o bryłowatości otoczenia.

Przy współdziałaniu wszystkich tych dotychczas omówionych czynników możemy przeto bez najmniejszej wątpliwości odnosić dokładne wyobrażenie o bryłowatości otaczających przedmiotów świata zewnętrznego. A ponieważ ważność ich dla bryłowatego widzenia pozostaje, jakeśmy to widzieli, zawsze jednakowa, bez względu na to, czy patrzymy jednem, czy obydwoma oczyma, będziemy je więc mogli do naszego wzoru wprowadzić w pełnej ich wartości, a stwierdzić tu tylko raz jeszcze wyraźnie, że już one same wystarczają do dokładnego uplastycznienia sobie świata zewnętrznego, czyli, że dokładne poczucie bryłowatości istnieć może również i rzeczywiście istnieje także przy jednoocznem widzeniu. (C. d. n.).

V. Oceny i sprawozdania.

O łamliwości żeber u obłąkanych.

Podał

Dr. Stanisław Jankowski.

(Ciąg dalszy).

Praca Guddena zwróciła na siebie powszechną uwagę i już w następnych latach spotykamy cały szereg prac, zwłaszcza niemieckich i angielskich autorów, które zajmują się złamaniem żeber u obłąkanych — przyczem coraz to dokładniej uwzględniono wejrzenie ogólne, siłę, często budowę mikroskopową, a czasem i skład chemiczny żeber. Pomimo bardzo obfitego piśmiennictwa w tym kierunku zapatrywania autorów na tę sprawę nie są zupełnie z sobą zgodne, tak co do etyologii złamań żeber, jak i co do rodzaju zmian anatomopatologicznych.

Christian n. p.[6]) zaprzecza wogóle istnieniu nadmiernej łamliwości żeber (szczególnie u porażonych) i twierdzi, że w kościach ich nigdy zmian mikroskopowych nie znalazł. To zapatrywanie Christiana jest jednak zupełnie odosobnionem, gdyż wszyscy inni autorowie, zajmujący się tą sprawą, stwierdzili w kościach obłąkanych wogóle, a w żebrach w szczególności, szereg zmian o charakterze odżywczym destrukcyjnym.

Część autorów, przyznając istnienie takich zmian, twierdzi, że przecież w bardzo wielu przypadkach bezpośrednim powodem złamania bywa uraz, a szczególnie użycie grubej siły ze strony personalu dozorczego. (Gudden[2]), Kraepelin[7]), Ziehen[8]). Inni natomiast autorowie nie przypisują urazowi tak wysokiego znaczenia i przypuszczają, że przyczyna częstych złamań kości wogóle u obłąkanych leży głębiej, a mianowicie w jakiejś zmianie samego kośćca, gdyż inaczej nie można wytłómaczyć tego faktu, że często najsłabszy nawet uraz, który sam przez się nie mógłby u zdrowych wywołać złamania, u obłąkanych już takie złamania sprowadza; co więcej, istnieje cały szereg spostrzeżeń dowodzących, że u obłąkanych występują czasem nawet samoistne złamania kości *(fractura spontanea)*, szczególnie zaś u porażonych.

Z wielu takich spostrzeżeń, zawartych w piśmiennictwie, przytoczę kilka charakterystyczniejszych.

Deas[9]) opisał przypadek tyczący się 50-cio letniej chorej, cierpiącej na szaleństwo przewłoczne z przejściem w wtórorzędne niedołęstwo umysłu, która z powodu połowiczego niedowładu leżała stale w łóżku. Lekarz badający ją pewnego razu stwierdził złamanie lewej kości ramieniowej, a dochodzenie nie stwierdziło żadnego pobicia, tylko upadek, przy którym chora ani nie potłukła się, ani na ból po nim się nie skarżyła. Po 10 dniach lekarz stwierdził u tej samej chorej znowu złamanie lewej kości udowej, powstałe przy ostrożnem przenoszeniu chorej z łóżka na klozet, przyczem chora nawet nie poczuła bolu.

More[10]) przytacza dwa przypadki takich złamań: pierwszy dotyczy 34-letniego idyoty, którego własna matka przeprowadzała z łóżka na krzesło, przyczem chory doznał złamania kości udowej. Autor wyklucza w tym przypadku użycie grubej siły, podnosząc miłość matki ku choremu, jej troskliwe i staranne obchodzenie się z synem.

Drugi przypadek, opisany przez Morego, dotyczy kobiety od lat wielu umysłowo chorej; kobieta ta, przechodząc koło drzwi, chwyciła się nagle z krzykiem za nogę — przy badaniu stwierdzono złamanie kości udowej.

Biaute[11]) opisuje przypadek zaszły u pewnego 50-letniego porażonego, który potknąwszy się upadł na prawy bark i złamał skośnie kość ramieniową, która oprócz tego pękła jeszcze kilkakrotnie w górnej połowie trzonu. Autor zwraca uwagę na niestosunek pomiędzy nasileniem urazu mechanicznego a rozległością uszkodzenia i widzi przyczynę tego w porażeniu postępowem, chorobie, która... „wywołuje porażenie wszystkich tkanek ustroju, zastępuje właściwe im składniki innymi *(heterogen)*, skutkiem czego pojawia się skłonność do złamań bez dostatecznej przyczyny, to jest takiej, która sama przez się nie byłaby w możności wywołać złamania kości u ludzi prawidłowych".

Laudahn[12]) opisał przypadek z zakładu obłąkanych w Gettyndze, w którym stwierdzono pęknięcie chrząstek żebrowych i odłączenie się ich od mostka bez zadziałania jakiejkolwiek siły. Przypadek ten pomimo ciężkich powikłań (krwotoki, przebicie ropni do dróg oddechowych, ropienie w stawach i rozedma podskórna) zakończył się wyleczeniem; ścisłe dochodzenia pozwoliły w tym przypadku wykluczyć stanowczo zadziałanie jakiejś siły, a chory, opuszczając zakład w stanie uleczonym, z całą stanowczością zaprzeczał, jakoby kiedykolwiek był pobitym. Równocześnie podaje Laudahn, że na 23 autopsyj obłąkanych stwierdzono 8 razy (z tego dwa razy u porażonych) nadmierną łamliwość żeber.

Laehr[5]) na XXXVI zgromadzeniu Towarzystwa psychiatrów w Berlinie podał historyę choroby pewnej obłąkanej, u której zupełnie niespodziewanie spostrzeżono obrzęk uda, a badaniem stwierdzono złamanie kości udowej, przyczem wykluczyć można było stanowczo jakikolwiek bierny lub czynny uraz, chora nie zdradzała najmniejszych oznak bolu, a gdy jej powiedziano, że ma nogę złamaną, nie chciała temu wierzyć i uważała to za „komiczną historyę". W 4 dni potem umarła, a przy badaniu klatki piersiowej bezpośrednio po śmierci pękło przy miernym ucisku jedno żebro. Sekcya wykazała rozmiękczenie kości.

Jak powyżej zaznaczyłem, piśmiennictwo psychiatryczne obfituje w opisy makroskopowego wejrzenia i mikroskopowej budowy żeber; znacznie rzadziej spotykamy w niem wyniki badań chemicznych, chociaż te może najprędzej mogłyby doprowadzić do jakichś wyników stanowczych.

O ile opis makroskopowego wejrzenia i wyniki, co prawda nielicznych, badań chemicznych są nawet w szczegółach dość zgodne, o tyle wyniki badań mikroskopowych są w rozmaitych przypadkach różne i naprowadzają na przypuszczenie, że w przypadkach tak zwanej „łamliwości żeber u obłąkanych" mamy do czynienia z dwiema anatomicznie i klinicznie rozmaitemi sprawami, a mianowicie: prostym odśrodkowym zanikiem kości, wywołującem rozrzedzenie

[6]) Christian: Sur la prétendue fragilité des os etc. (Ann méd psych. II. 1885).

[7]) Kraepelin: Psychiatrie 5 Aufl. 1896.

[8]) Ziehen: Psychiatrie 1894.

[9]) Deas: Notes of case of spontan. fract. etc. (The Brit. med. Jour. 1877).

[10]) More: Fract. of bones in the insane (The Lancet 1870).

[11]) Biaute: De la paral. générale etc. (Ann. méd. psych. XVI. 1876).

[12]) Laudahn: Über Rippenbrüche b. Geisteskr. (Arch. f. Psych. II. 1872).

kości *(osteoporosis)* i z sprawą wessania soli wapniowych *(halisteresis)*, wywołującą objawy rozmiękczenia kości *(osteomalacia)*.

Obie te sprawy cechuje na zewnątrz jedno i to samo zjawisko, a mianowicie „łamliwość kości". *(osteopsathyrosis* Lobstein[13]), 1835), pomimo tego atoli nie należy dwóch tak różnych spraw „zlewać do jednego garnka", jak słusznie zauważył Wagner.

W szkicu niniejszym zajmiemy się najpierw sprawozdaniem z makroskopowego wejrzenia żeber u obłąkanych, następnie rozejrzymy się w sprawie rozmiękczenia kości i jego stosunku do chorób umysłowych, a wreszcie podamy wynik badań nad rozrzedzeniem kości, z uwzględnieniem ogłoszonych dotychczas badań mikroskopowych i chemicznych.

Opisy makroskopowego wejrzenia żeber u obłąkanych, są mniej więcej z sobą zgodne i stwierdzają, że często przy sekcyach spotyka się jużto świeże, jużto starsze i zagojone złamania żeber. Żebra takie bywają zmniejszone we wszystkich wymiarach, miewają czasem grubość zwykłej tektury lub grzbietu noża, kora ich jest zcieńczałą często do grubości karty do grania lub zwykłego papieru, nierówną, soczystą, silnie unaczynioną, często ciemno czerwoną. Istota gąbczasta takich żeber jest skąpa, napojona masą miękką, gęstą, czarnej lub szarej barwy; szpik ich jest brudno czerwony, często tłuszczowo lub galaretowato zmieniony.

Żebra takie łamią się bardzo łatwo, nawet pod uciskiem palca, często bez trzeszczenia a obrysy przełomu bywają równe; czasem znowu żebra gną się pod naciskiem jak karton, wracając potem do swego dawnego położenia, dają się bez trudności krajać nożem, jednem słowem przedstawiają obraz patologicznej łamliwości.

Konstantynowskij[14]) i Campbell[15]) próbowali nawet oznaczać wytrzymałość i siłę żeber zapomocą specyalnie w tym celu zbudowanych przyrządów, polegających jużto na ucisku bądź zapomocą dźwigni, bądź też wywieranym przez sprężynę spiralną. (Przyrząd dra Merciera).

W sprawie rozmiękczenia kości u obłąkanych pierwsze dokładniejsze spostrzeżenia podał Finkelburg[16]), który w roku 1860 opisał dwa przypadki z zakładu w Siegburgu, w których pierwsze objawy choroby umysłowej w postaci urojeń prześladowczych wystąpiły po połogu równocześnie z ostrym okresem rozmiękczenia kości. Finkelburg przypuszcza, że udział podstawy czaszki w sprawie rozmiękczynowej i weiśnięcie części podstawowej potylicy w jamę czaszkową wywołać mogły zaburzenia mózgu, ujawniające się na zewnątrz chorobą umysłu.

Carmichael M' Intosh[17]) opisał również 2 przypadki rozmiękczenia kości u kobiet umysłowo chorych (cierpiących na zadumę z popędami samobójczymi) z asylum w Perth; w przypadkach tych nie można stwierdzić przyczynowego związku między rozmiękczeniem kości a chorobą umysłu.

B. Gudden[2]) na podstawie statystyki zbieranej przez lat pięć twierdzi ogólnikowo, że „mierny stopień rozmiękczenia kości u obłąkanych nie jest zjawiskiem rzadkiem" i podaje jeden wybitny przypadek, a trzy przypadki lżejsze rozmiękczenia kości, o których powyżej wspomniano.

Lindsay[18]) opisał jeden przypadek pomieszania umysłu przewlekłego, w którym za życia stwierdzono tylko ból kości i ogólne osłabienie; sekcya natomiast wykazała rozmiękczenie kości znacznego stopnia.

Haerder[19]), który badał żebra 20 obłąkanych, zmarłych w r. 1870 w „Carmarthen Asylum", stwierdził w 9-ciu przypadkach nadmierną łamliwość żeber; jeden z tych przypadków dotyczył kobiety 36-letniej, zmarłej w przebiegu obłąkania połogowego; możebnem jest tedy, że polegał na rozmiękczeniu kości. Podobne przypadki, w których choroba umysłu przebiegała równocześnie z rozmiękczeniem kości (stwierdzonem przez sekcyę) opisał Rogers[20]) i Laehr[5]), a w przypadku tym (wspomnianym już powyżej), sprawa rozmiękczynowa wikłała się z nowotworem podstawy czaszki.

Mercer[21]) i Atkins[22]) również podali po jednym przypadku porażennego niedołęztwa umysłu, któremu towarzyszyło rozmiękczenie kości (także i czaszkowych); u chorego Mercera stwierdzono nadto poprzeczne złamanie mostka.

W przypadku opisanym przez Howdena[23]), a stwierdzonym sekcyą, znaleziono także daleko posunięte rozmiękczenie całego kośćca.

Ciekawe spostrzeżenie w tym kierunku uczynił Ripping[24]), opierając się na statystyce zakładu w Siegburgu. Wykazał on mianowicie, że okolica Düsseldorfu (w której notorycznie rozmiękczenie kości stosunkowo bardzo często się spotyka), dostarcza bardzo wiele przypadków połogowych chorób umysłu, a mianowicie 53% przyjętych kobiet, przyczem przebieg poszczególnych przypadków był wogóle znacznie mniej pomyślnym, aniżeli w innych zakładach. Według Wagnera[25]) częste to występowanie i niepomyślny przebieg połogowych chorób umysłu stoi w przyczynowym związku z rozmiękczeniem kości, tak często spotykanem w okręgu Düsseldorfskim.

Sam Wagner opisał sześć przypadków rozmiękczenia kości i zwrócił uwagę, że przypadki takie trafiają się stosunkowo bardzo często u obłąkanych, umieszczonych w zakładzie wiedeńskim (1 na 250 chorych). U chorych, obserwowanych przez Wagnera, choroba umysłu przebiegała pod jedną i tąsamą postacią, to jest pomieszania umysłu.

Wagner przypuszcza podobnie, jak Finkelburg, że zmiana kształtu kości czaszkowych pod wpływem rozmiękczenia, wywołując następowe zmiany w mózgu, powoduje chorobę umysłową; — nadto zaś sądzi, że rozmiękczenie kości, jako choroba przemiany materyi, powoduje nieprawidłowy skład krwi z następowem zaburzeniem w odżywieniu mózgu, które u osób do tego skłonnych może wywołać chorobę umysłową.

W dwóch swoich przypadkach, potwierdzonych sekcyą, zauważył Wagner daleko posunięte rozmiękczenie żeber miednicy i kręgosłupa, zwrócił atoli równocześnie uwagę na to, że sprawa ta niema nic wspólnego z tak zwaną „łamliwością żeber u obłąkanych", a że łamliwość ta pochodzi zwykle od zaniku, nie należy tedy tych tak anatomicznie i klinicznie różnych spraw z sobą mięszać.

Inaczej nieco zapatruje się na tę sprawę Gudden[2]), Kassowitz, Neumann, Pommer, Konstantynowskij i Bleuler.

Według Kassowitza[26]) rozmiękczenie kości towa-

[13]) Lobstein: Lehrbuch d. pat Anatom. II. 1835.

[14]) Konstantynowskij: K'woprosu o chrupkosti reber etc. (Dyssert. 1889)

[15]) Campbell: The breaking strain of t. ribs of t. insane (Jour. of ment. S. 1895).

[16]) Finkelburg: Ueber Osteomal mit Irrsein. (Allg. Zeitschrift für Psych. XVII, 1860).

[17]) M' Intosh: Mollities ossium in insan. (Ed. med. Jour. 1862).

[18]) Lindsay: Mollities ossium in rel. to rib-fract ect. (Ed. med. Jour. 1870).

[19]) Haerder: Fractured ribs in insane patients. (Jour. of. Ment. Sc. 1871).

[20]) Rogers: A chapter on broken bones. (Journal of Ment Sc. 1874).

[21]) Mercer: On general paralysis and fragil oss. (Według »Virchows Jahrb. II. 1874«).

[22]) Atkins: On osteomalacia occur. in a case of. chr. dem. (The Brit. med. Jour. 1880).

[23]) Howden: Jour. of Ment. Sc. 1882.

[24]) Ripping: Die Geistesstörung d. Schw. Wöchn. und Säug. (Archiv für Psychiatrie XI, 1877).

[25]) Wagner: Ueber Osteomalakie und Geistesstörung. (Jahrbücher für Psychiatrie IX, 1890).

[26]) Kassowitz: Wiener med. Jahresbericht, 1884.

rzyszy bardzo często chorobom umysłowym i wywoluje ową nadmierną łamliwość żeber u obłąkanych.

Neumann[27]) w pracy swej zestawił cały szereg spostrzeżeń, w których badaniem mikroskopowem stwierdził t. zw. „neurotyczne rozmiękczenie kości“ i tej sprawie przypisywał ową łamliwość żeber, dodając równocześnie, że sprawy tej nie może oddzielić od spotykanego często zaniku odśrodkowego i rozrzedzenia kości; jako wspólną cechę tych spraw uznaje Neumann odśrodkowo postępujące wessanie kości, a za powód jego uważa wogóle zaburzenia w narządzie nerwowo-odżywczym, względnie naczynioruchowym.

Badając żebra 35-letniego porażonego stwierdził Neumann rozszerzenie przewodów szpikowych, zcieńczenie istoty gąbczastej, której beleczki były ograniczone nieregularnemi zatokowatemi liniami, jużto często znikały, w szpiku mało było stosunkowo tłuszczu, natomiast wiele ciałek białych.

Według statystyki Neumanna, zestawionej na podstawie 64 przypadków złamania żeber u obłąkanych, przypada 39·1% na porażonych, 28·1% na niedołęztwo umysłu wtórorzędne, 17·2% na szaleństwo gwałtowne, 6·3% na zadumę, 3·1% na chorobę umysłu z padaczką, 1·6% na organiczne choroby mózgu, pomięszanie umysłu i alkoholizm.

Pommer[28]) w swej obszernej monografii o rozmiękczeniu kości i krzywicy wyraża zdanie, że powodem nadmiernej łamliwości żeber u obłąkanych wogóle, a u porażonych w szczególności, bywa zwykle rozmiękczenie kości, które stwierdzić można badaniem mikroskopowem, przedsięwziętem w odpowiedni sposób. Pommer zarzuca niedokładność badaniom Wiglesworth a[29]) i innych autorów, twierdząc, że odwapnienie kości (jakich w swych badaniach niektórzy autorowie używali), zaciera szczegóły charakterystyczne, po których w danym razie możnaby rozpoznać rozmiękczenie kości pod mikroskopem.

Twierdzenie Pommera o często spotykanem rozmiękczeniu kości u obłąkanych i częstych przypadkach złamań dowolnych, jakim ulegają chorzy, dotknięci sprawami rdzeniowemi wogóle, a wiądem rdzenia w szczególności, jest jedną z podstaw, na których opiera Pommer swoją teoryę o istocie i pochodzeniu rozmiękczenia kości.

Konstantynowskij[14]) badał żebra 22 umysłowo chorych, (z tego 13 porażonych) i 2 umysłowo zdrowych — mikroskopowo i chemicznie, nadto zaś oznaczył pomiarami grubość żeber i wytrzymałość ich zapomocą specyalnie w tym celu zrobionego przyrządu, działającego na zasadzie dźwigni, która odpowiednio obciążona ugniatała na badane żebro. Badaniem mikroskopowem stwierdził on stłuszczenie, względnie zziarnienie ciałek kostnych, tłuszczową przemianę istoty kostnej (przy pomocy kwasu nadosmowego), zcieńczenie (1·5 do 0·4 mm.) i włóknistą przemianę istoty korowej, skutkiem czego nabywała ona często siatkowatego wejrzenia, nierównomierny podział unaczynienia, często rozszerzenie przewodów Hawersa, zmniejszenie istoty gąbczastej, nadto zaś znaczną ilość kropelek tłuszczu i ciałek limfoidalnych w szpiku, który bywał przytem galaretowato zmienionym.

Pomiary wytrzymałości żeber, które podaje Konstantynowskij, nie mogą mieć pretensyi do ścisłości, tak z powodu niedokładnego działania jego przyrządu, jak i braku porównania z pomiarami u umysłowo zdrowych. Natomiast badanie chemiczne jest już znacznie ściślejszem. I tak znalazł Konstantynowskij w żebrach dwóch umysłowo zdrowych zawartość 37·6% do 40·8% składników organicznych, a 62·4% do 59·2% nieorganicznych; natomiast w żebrach obłąkanych wyższą zawartość części organicznych (bo 42·8% do 62·4%), a zmniejszoną zawartość nieorganicznych (57·2% do 37·6%).

Na podstawie swych badań przychodzi Konstantynowskij do wniosku, że „zbiór anatomicznych zmian w żebrach umysłowo chorych ma wiele wspólnego z rozmiękczeniem kości“ i radzi między innemi, aby w każdym przypadku złamania żeber u obłąkanych przedsiębrać przy ekspertyzie sądowo-lekarskiej badanie mikroskopowe żeber.

Bleuler[30]) opisał w roku 1893 — 18 przypadków (między nimi niema ani jednego porażonego), w których objawy kliniczne odpowiadały po największej części rozmiękczeniu kości, przyczem atoli nie uwzględnił zupełnie stosunku tej sprawy do choroby umysłowej, ani nie wyraził swego zdania o łamliwości kości; badań mikroskopowych Bleuler nie podaje (Ciąg dalszy nastąpi).

[27]) Neumann: Ueber Knochenbrüche bei Geisteskrank. (Inaug. Diss., 1883).

[28]) Pommer: Ueber Osteomolacie und Rachitis. Lipsk, 1885.

[29]) Wiglesworth: Brit. med. Journal, 1883.

[30]) Bleuler: Zur Aetiol. und Ther. der nicht puerp. Osteomal (Münch. med. Wochens., 1893).

Prof. Dr. L. Piskaček: **Lehrbuch für Schülerinnen des Hebammenkurses etc.** (Wiedeń i Lipsk. Wydawca Wilhelm Braumüller, 1902. Wydanie trzecie).

Niedawno ocenialiśmy na tem miejscu drugie wydanie tej książki. Wydanie trzecie uległo w niewielu miejscach zmianom, a raczej uzupełnieniom, które podnoszą jeszcze i tak niepośledniej wartości podręcznik Piskačka. Za najważniejsze i najkorzystniejsze uważam rozszerzenie ustępu p. t.: „Przekonanie się, czy łożysko tkwi jeszcze w macicy, czy też znajduje się już w pochwie“. Nie ulega wątpliwości, że w tym właśnie okresie trzecim porodu popełniają położne najwięcej błędów. Błędy te, choć pozornie nieznaczne, mogą pociągnąć za sobą bardzo ciężkie następstwa. Dlatego uważam jasny i dokładny opis przebiegu tego okresu za wielką zaletę podręcznika dla uczennic; nowy ustęp książki Piskačka ułatwia położnym oryentowanie się w tym przebiegu i ostrzega przed przedwczesnem, a tak w następstwach zgubnem wkraczaniem w prawa przyrody.

Mniejsze znaczenie ma nowy ustęp o podpieraniu międzykrocza w położeniu miednicowem.

Spotykamy wreszcie kilka nowych rycin. Fotografie kobiety ze zniekształtnieniem szkieletu przez krzywicę i ciężarnej z brzuchem obwisłym są doskonałe i bardzo potrzebne.

Nowe wydanie rozejdzie się zapewne równie szybko, jak poprzednie. Jeżeli uzupełnienia w tekście i nowe ryciny będą w równym stopniu wzbogacać każde następne wydanie, jak obecne trzecie, to książka Piskačka będzie wkrótce wzorem dobrego podręcznika dla uczennic.

A. Rosner.

VI. Wyciągi.

Dr. J. G. Rey. **Wyprysk osesków, stosunek jego etyologiczny do przewodu pokarmowego i ztąd wynikające wskazania lecznicze.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 56, 6 B. 3 H., 1902). Klinicznie znamy trzy postacie wyprysku osesków: 1. wyprysk ostry, gorączkowy, rozpoczynający się pod postacią, zbliżoną do rumienia wypocinowego wielokształtnego, względnie do rozległej gruboplamistej pokrzywki; zmienia się on po krótkim czasie w wyprysk ogólny pęcherzowy (*eczema vesiculosum*) z jego następstwami. 2. Wyprysk suchy, rozpoczynający się na policzkach i przechodzący przez czoło na czaszkę; w przypadkach silniejszych rozszerza się na kolano, łokcie, pośladki, a nawet na całe ciało. Wyprysk ten jest zwyczajnie suchy, guzkowy i najczęściej ogranicza się do twarzy i części głowy pokrytej włosem. 3. Wyprysk pęcherzykowy, pierwotnie porozrzucany po twarzy, piersi, częściach głowy pokrytej włosem i rozszerzający się wedle typu liszaja (*impetigo*), może objąć całe ciało. Wypryskowi ostremu gorączkowemu (postać I) towarzyszą zwykle objawy ciężkiego rzekomo błoniastego zapalenia jelit, a jako powikłanie tego cierpienia skóry są liczne czyraki, zawdzięczające swe powstanie zakażeniu zewnętrznemu, oraz liczne ropnie, będące wyrazem posoczniсy. Stopniowi schorzenia kiszek odpowiada w zasadzie szybkość wybuchu, natężenie i rozszerzenie wyprysku. Przy wyprysku suchym (postać II) istnieje zwyczajnie przewlekłe zaparcie stolca, będące w związku z przewlekłym

przebiegiem wyprysku, bez wywołania jednak zaburzeń w odżywieniu i rozwoju dziecka przed upływem pierwszego roku życia. W okresie późniejszym dzieci te zapadają na uporczywą niedokrewność. Przy wyprysku postaci III-ciej, po części sączącym, istnieje zwyczajnie nieżyt kiszek z zaburzeniami w samej czynności trawienia, przyczem stolce są zwykle zielone, cuchnące i kwaśne, to też wyprysk ten ma przebieg ostrzejszy, niż postać II-ga, i posiada skłonność do uogólnienia się.

Wyprysk osesków jest wynikiem swoistego i odpowiedniego wiekowi oseska odczynu skóry na podrażnienie, wychodzące z przewodu pokarmowego, szczególnie z jelita grubego. Ta drażliwość skóry zaczyna się w pierwszych tygodniach życia oseska, względnie w pierwszych miesiącach, rzadko po 6-tym miesiącu i trwa do 2-go roku życia. U dzieci starszych, od 2-go do 6-go roku życia, podrażnienie to wywołuje nie wyprysk, lecz rumień zapalny, obrzęki, pokrzywkę i ognik.

Wpływy zewnętrzne, bądź mechaniczne, bądź przyrody pasorzytniczej, mają wpływ na wyprysk co do jego rozszerzenia się i czasu trwania. Przy rozpoznaniu wyprysku u osesków należy mieć na względzie wszelkie inne cierpienia skóry, szczególnie wyprysk pasorzytniczy, łojotokowy i z wyprzania, jakoteż rumień wysiękowy wielokształtny i rumień posoczniczy.

Leczenie wyprysku osesków polega głównie na stosownej dyecie i na odkażaniu jelit; to ostatnie wskazanie wypełniają wysokie przepłókiwania jelit płynem fizyologicznym o ciepłocie 37°—40° C.; płynu używa się 1—2 litrów; jeśli zachodzi wskazanie, należy dodawać nieco kreoliny lub garbnika, poczem przejść do 2—3 dniowego leczenia kalomelem. Jeżeli po oddzieleniu strupów zapomocą obojętnej maści, wyprysk długo się utrzymuje, to stosuje się maść następująca: *Olei Rusci 6·0, Olei jecoris aselli crudi 20·0, Zinci oxyd. 20·0, Lanolini 20·0* z bardzo korzystnym wynikiem. Leczenie dyetetyczne jest podstawą leczenia wyprysku, a badanie stolców ma dać miarę i wskazówkę co do dyety.

Dr. Bolesław Komorowski.

Lamb G. **Przyczynek do etyologii i patologii gnilca.** (*The Lancet*, 4 stycznia, 1902 r.). Autor postanowił sprawdzić niektóre hipotezy o pochodzeniu gnilca (*scorbutus*), wyrażone w ostatnich czasach, — mianowicie: 1) pogląd prof. Wrighta, iż gnilec zależy od zatrucia kwasami; 2) przypuszczenie Listona, że obecność w przewodzie pokarmowym chorego pasorzytów, względnie tęgoryjca dwunastnicy (*ankylostoma duodenale*), wywołuje objawy gnilca; 3) twierdzenie Jacksona i Harleya, iż gnilec zależy od spożycia zgniłego pokarmu, względnie zatrucia ptomainami.

Autor starannie zbadał 11 chorych na gnilec i u żadnego z nich nie znalazł obniżenia zasadowości krwi; jajka glist znalazł w kale tylko dwóch chorych; wreszcie co się tyczy pokarmu, spożywanego przez chorych, to był on bezwarunkowo zdrowy. Na mocy tych badań kontrolnych autor czyni wniosek, że wszystkie wyżej wymienione czynniki mogą zapewne w poszczególnych przypadkach wywołać objawy gnilca, atoli choroba ta ma widocznie więcej, niż jeden czynnik etyologiczny. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

A. Laurie Watson. **Przypadek nawrotowego mięsaka z wyleczeniem samoistnem.** (*The Lancet*, 1 lutego 1902 r.). Opisany przez autora przypadek mięsaka z wyleczeniem samoistnem zasługuje na uwagę, jako osobliwość nieznana w piśmiennictwie. Chora 36 lat licząca, od dzieciństwa miała na grzbiecie guz, który w ostatnich latach zaczął szybko powiększać się i samymi już rozmiarami dotkliwie dokuczać, co spowodowało chorą do szukania porady w szpitalu. Przy oględzinach znaleziono pod łopatką duży wiszący guz, podobny do tłuszczaka, zaczynającego ulegać zwyrodnieniu; skóra na nim była zaczerwieniona. Po wyłuszczeniu nowotworu okazało się jednak, iż jest on cokolwiek odmienny od zwykłego tłuszczaka: utkanie jego było barwy ciemno szarawo-żółtej i odznaczało się wielką kruchością i obfitością naczyń. Badanie drobnowidowe tym razem wyjątkowo nie zostało dokonane. Po operacyi wystąpił obfity krwotok, z powodu którego w pierwszym dniu trzeba było kilkakrotnie zmieniać opatrunek, poczem pozostawiono go na kilka dni. Na czwarty dzień zauważono, że opatrunek stał się bardzo ciasny: po zdjęciu przekonano się, iż nowotwór odrósł prawie do pierwotnej wielkości. Wykrojono wtedy niewielkie kawałeczki z guza i poddano je badaniu drobnowidowemu przez kilku specyalistów z osobna: wszyscy wyrazili przekonanie, że nowotwór był mięsakiem przeważnie typu okrągło-komórkowego.

W tydzień po tej operacyi brzegi nowotworu uległy rozpadowi, postanowiono go usunąć w całości; nim jednak przystąpiono do operacyi, upłynęło parę dni, a przez ten czas guz doszedł do znacznej objętości. Gdy jednak przekonano się, że tkanka nowotworowa wniknęła w obręb narządów sąsiednich, a przytem chora była bardzo osłabiona i czuła się źle, postanowiono zaniechać operacyi, jako nie mającej żadnych widoków powodzenia. W takim beznadziejnym stanie wypisano chorą ze szpitala. Badało ją jeszcze kilku lekarzy i wszyscy rokowali jak najgorzej. Tembardziej niespodziewaną była dla autora wiadomość, otrzymana od lekarza domowego chorej w miesiąc po opuszczeniu szpitala, iż rana pooperacyjna prawie zagoiła się i chora powraca do zdrowia. Wobec tego Watson osobiście odwiedził chorą i przekonał się o słuszności tej wiadomości; w istocie też guz zmalał i stracił swe napięcie i bolesność. Samopoczucie chorej było bez porównania lepsze. Po roku nowotwór znikł prawie doszczętnie, a w jego miejsce pozostał tylko jakby próżny worek: blizna była zupełnie prawidłowa, a ogólny stan chorej doskonały.

Róży, po której nieraz uważano znikanie mięsaków, w opisanym przypadku nie było. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Mayer. **O przemijającym niedowładzie kończyn w przebiegu płonicy.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Wrzesień). Na objaw ten mało znany zwrócił uwagę Mayer. Równocześnie z pojawieniem się osutki występuje czasem jakby niedowład kończyn, zwykle dość nieznaczny. Chory skarży się, że nie może swobodnie poruszać palcami i doznaje uczucia cierpnięcia rąk. Czasem dołącza się ociężałość kończyn i uczucie mrowienia lub szpilkowania. Objaw ten rzadszy jest w zakresie kończyn dolnych i ogranicza się zwykle do podeszwy stopy. Niekiedy Mayer zauważył niedowład całej kończyny. Objaw ten, jak powiedzieliśmy, występuje równocześnie z pojawieniem się osutki, lub nieco ją poprzedza; czas trwania jego wynosi od kilku minut do kilku dni, zwykle z przerwami. Uczucie, jakiego chory przytem doznaje, przypomina cierpnięcie i mrowienie, występujące wskutek ucisku nerwu; chorzy odnoszą zwykle ten objaw do złego ułożenia w łóżku.

Zaburzenie to jest — jak się zdaje — swoistem dla płonicy; czy jego przyczyną jest działanie jadu płoniczego na układ nerwowy (rdzeń pacierzowy, lub ośrodki naczynioruchowe), czy też wydzielanie tego jadu przez skórę, tego na razie rozstrzygnąć nie można.

Pod względem częstości pojawiania się zaburzenie to nie dorównuje wprawdzie innym zasadniczym objawom, cechującym płonicę, jednak następuje zaraz po nich. Na 100 przypadków płonicy (z tych 93 u dorosłych) Mayer zauważył je 76 razy. W przypadkach niejasnych świadomość tego objawu może nieraz przyczynić się do postawienia właściwego rozpoznania. *Dr. T. Żeleński*

Dr. Bresgen. **Ubezpieczenie na życie, a choroby nosa i krtani.** (*C. Marhold. Halle n/S.*). Sam tytuł budzi nadzieję nowych i oryginalnych poglądów. Nos dotychczas najmniej bywał uwzględniany przy badaniach przez lekarzy towarzystw ubezpieczeń na życie. Z wyłuszczenia rozlicznych i różnorodnych cierpień miejscowych i ogólnych, odnoszących się do chorób nosa, wynika stosunek tych ostatnich do warunków ubezpieczeń na życie. W rozprawce Dra Bresgena przedstawione zostały ogólnikowo te stosunki, zebrane zwięźle i treściwie. Nie można jednak zaprzeczyć, że autor, dając się porwać zapałowi dla dobrej sprawy i puściwszy wodze wyobraźni, dopuszcza się na niejednem miejscu przesady. Jeżeli bowiem usiłuje on kłaść na karb utrudnionego oddechania nosowego choroby sercowe, gościec stawowy, nieprawidłowy skład krwi, zołzy i gruźlicę, to lekarz praktyczny nie będzie mógł oprzeć się wrażeniu, że miało tu miejsce *qui pro quo*, pomięszanie przyczyny ze skutkiem. Ta uwaga jednak wcale nie może uszczuplić zasługi, którą autor położył, zwracając z naciskiem uwagę na znaczenie narządów i cierpień, dotychczas zbyt zaniedbywanych i lekceważonych. *Spira.*

Dr. Trantenroth. **O zwężeniu odźwiernika u osesków.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. für Med. und Chir.* Tom IX, Zeszyt 4 i 5). U dziecka 39-dniowego, bardzo wyniszczonego z powodu ciągłych wymiotów w następstwie wrodzonej cieśni odźwiernika, wykonał T. gastroenterostomię Wölflera. Podczas operacyi stwierdził, że „odźwiernik przedstawiał się jako guz walcowaty, dwa ctm. długi, grubości małego palca, w połowie przewężony płytkim rowkiem“. Po operacyi dziecko szybko przybierało na wadze. Nawiązując do tego przypadku, przedstawia autor cały dzisiejszy stan nauki o t. zw. wrodzonem zwężeniu odźwiernika. *Herman.*

Dr. F. Wenzel. **O użyciu welonów z gazy przy operacyach aseptycznych.** (*Centralblatt für Chirurgie* Nr. 19, 1902). Prof. Witzel nie używa rękawiczek, ale natomiast głowę swoją i wszystkich asystujących zawija przy operacyach aseptycznych w welony z potrójnego pokładu gazy. W welonie tym wycięta jest podłużna szczelina na oczy. Welony te Witzelowi bardzo się nadały. *Herman.*

Dr. Koslenko. **W sprawie resekcyi wątroby parową piłeczką Prof. Sniegirewa.** (*Centralblatt für Chirurgie* J. 1902, Nr. 18). Sniegirew obmyślił piłeczkę, wewnątrz próżną, z otworami pomiędzy zębami, którą, jak się o tem K. przekonał na psach, nie-

mal zupełnie bezkrwawo można wycinać kawałki wątroby. Tylko grubsze tętniczki musi się osobno podwiązać. *Herman.*

Dr. A. Frommer. **Z kazuistyki nieprawidłości jelita grubego.** *(Archiv Langenbecka* T. 67, Z. I, 1902). Zestawiwszy dotychczasowe piśmiennictwo i kazuistykę, tyczącą się *megacolon congenitum*, przytacza F. trzy przypadki wspomnianego cierpienia, leczone na oddziale Prof. Trzebickyego. W jednym przypadku operowano *in frigido* i ze względu na lichy stan pacyenta ograniczono się do kolopeksyi. W dwóch innych przypadkach operowano z powodu gwałtownych objawów niedrożności, spowodowanych w jednym przypadku okręceniem się nad miarą długiego i grubego jelita esowatego, (wykonano enteroanastomozę między końcem jelita) biodrowego, a początkiem jelita odchodowego), w drugim przez zatkanie światła kiszki koprolitem (mięsienie jelita po laparotomii. W pierwszym przypadku osiągnięto poprawę — w dwóch następnych wyleczenie. *Herman.*

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Dnia 17. września b. r. odbyło się skrutynium wyborów do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej na dalsze trzechlecie (1902—1905). W skład komisyi wchodzili: Dr. Festenburg, Dr. Bylicki, Dr. Stachiewicz, Dr. Mayer i Dr. Stefan Świątkowski. Przewodniczył prezydent Dr. Festenburg. Wybrani zostali:

Grupa		Członkiem Izby:	Zastępcą członka:
I.	Przemyśl Mościska Jaworów Cieszanów	Dr Zygmunt Smolarski z Przemyśla.	Dr. Stanisl. Ruczka z Niżankowic
II.	Rawa Sokal Kamionka Żółkiew Gródek	Dr. Karol Muszkiet z Żółkwi.	Dr. Miron Jajus z Sokala.
III.	Brody Złoczów Brzeżany	Dr. Aleksander Wysocki ze Złoczowa.	Dr. Józef Gold ze Złoczowa.
IV.	Lwów Rudki Żydaczów Bóbrka Przemyślany	Dr. Wilhelm Pisek ze Lwowa.	Dr. Wilhelm Pisek ze Lwowa.
V.	Turka Stary Sambor Sambor Drohobycz Stryj	Dr. Alfred Biegelmayer z Sambora.	Dr. Teodor Stahlberger ze Stryja.
VI.	Dolina Kałusz Stanisławów Bohorodczany Tłumacz	Dr. Aleksander Żukowski ze Stanisławowa	Dr. Mikołaj Podłuski z Bolechowa.
VII.	Tarnopol Zbaraż Skałat Trembowla	Dr. Józef Eckhardt z Tarnopola.	Dr. Izydor Leiblinger z Tarnopola.
VIII.	Podhajce Buczacz Czortków Husiatyn Zaleszczyki Borszczów	Dr. Adolf Stöckl z Czortkowa.	Dr. Józef Kroó z Buczacza.
IX.	Kołomyja Horodenka Śniatyn Kosow Peczeniżyn Nadworna	Dr. Władysław Piaskiewicz z Kołomyi.	Dr Aleksander Vincenz z Peczeniżyna.
X.	Miasto Lwów	Dr Edw. Gérard Festenburg Dr Jan Papée prof. Dr. Antoni Mars Dr. Henryk Mehrer wszyscy ze Lwowa.	Dr. Adam Sołowij Dr. Celestyn Sztembarth Dr. Ignacy Rosner Dr. Zdzisław Szydłowski wszyscy ze Lwowa.

Lwów, dnia 28 września 1902.

Dr. E. Festenburg.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 2 października.

* Minister oświaty, w porozumieniu z ministerstwem spraw wewnętrznych, zamianował na rok szkolny 1902/3 egzaminatorami w Wydziale lekarskim w Krakowie: komisarzem rządowym st. lekarza powiatowego Dr. G. Bielańskiego, jego zastępcą prof. S. Ponikłę; koegzaminatorami: przy II-gim egzaminie ścisłym prof. M. Jakubowskiego, jego zastępcą doc. J. Raczyńskiego; przy III-cim: prof. W. Reissa, jego zastępcą prof. P. Pieniążka. We Lwowie: komisarzem rządowym rad. Dworu Dr J. Merunowicza, jego zastępcą inspektora sanit. Dr. J. Barzyckiego; koegzaminatorami: przy II-gim egzaminie ścisłym Dr. E. Merczyńskiego, jego zastępcą prof. S. Bądzyńskiego; przy III-cim: koegzaminatorem prof. W. Łukasiewicza, zastępcą doc. H. Schramma.

* Ś. p. Virchow w Krakowie. Przed 26 laty Rudolf Virchow odwiedził Kraków. Listem z Pragi zawiadomił on ś. p. Izydora Kopernickiego, że przybędzie do naszego miasta dla poznania jego zabytków i zbiorów. W oznaczonym dniu i godzinie udali się obaj antropolodzy z hotelu saskiego do Biblioteki Jagiellońskiej. Po drodze Virchow często przystawał, oglądał wieże, stare stylowe szczegóły architektoniczne, wypytywał się i czynił własne uwagi. W Muzeum im. Dr. Baranieckiego zabawił dłużej: w drodze na Wawel wyraził parę razy podziw dla założyciela Muzeum i Wyższej szkoły żeńskiej. »Jest to człowiek niepospolity ten Baraniecki,« mówił Virchow; »szkoła żeńska przez niego założona, o tak rozległym programie, nie istnieje na lądzie, tylko w Londynie jest coś podobnego.« »O zbiorach muzealnych tyle powiedzieć mogę,« rzekł Virchow, »że jedna sala Muzeum berlińskiego może je wszystkie pomieścić; a jednak ileż tu nagromadzono okazów wysoko pouczających! Wiedziałem np. dobrze, że między Rusinami a ich wschodnimi sąsiadami istnieje różnica języka, obyczaju, sposobu życia i t. d.; nikt mnie jednak o tem tak nie przekonał, jak Baraniecki, zestawiając obok siebie ornamentykę ludową rosyjską i rusińską: bo gdy pierwsza czerpie wzory ze świata zwierzęcego (smoki, lwy, ibisy), słowem posługuje się rysunkiem figuralnym, jak to czynią ludy dalekiego wschodu, to druga posługuje się kształtami geometrycznymi (trójkąt, koło, czworobok), a te stanowią pierwiastek ornamentyki zachodnioeuropejskiej. Wszak to są dwa odrębne światy«.

Na Wawelu doznał Virchow wielu głębokich wrażeń: badał, wypytywał się, objaśniał. Rozkoszował się pięknością kaplicy Zygmuntowskiej, podziwiał Thorwaldsenowskiego Włodzimierza Potockiego, wpatrywał się w skamieniałe rysy naszych królów, a piękny typ rasy lechickiej, bijący z oblicza posągu króla Władysława Łokietka, tak go zajął, że poraz drugi powrócił do jego sarkofagu.

Pod silnem wrażeniem schodzili ze stoków Wawelu, gdy pierwszy zagadnął Virchow: »Z tego, com dziś oglądał na Wawelu i wogóle w Krakowie, nabrałem przekonania, że wszystko to nie nagromadziło się jakimś przypadkowym zbiegiem okoliczności, lecz że posiadaliście już w dawnych wiekach rodzimą sztukę i cywilizacyę«; a po małej przerwie z pewnym smutkiem w głosie: *„sic transiit gloria mundi"*. Na tę, rzec można wyrocznię, odrzekł Kopernicki: »Ostatnie słowa pańskie przywodzą mi na pamięć pewne zdarzenie historyczne: w połowie XVII stulecia Szwedzi zajęli Kraków, a król ich, Gustaw Adolf, zwiedził Wawel i katedrę. I jego uderzył posąg Łokietka tak, że powrócił do niego raz jeszcze i rzekł: »Łokietek, wygnany ze stolicy odzyskał ją, ale Jan Kazimierz nie ujrzy już Krakowa«. Na te groźby królewskie odezwał się kanonik Starowolski, który oprowadzał króla: Najjaśniejszy Panie! wszystko w ręku Opatrzności: *fortuna variabilis, Deus admirabilis;* otóż i ja, Czcigodny Panie, rzekł Kopernicki, powtórzę Ci tę samą sentencyę: *fortuna variabilis, Deus admirabilis"*. Na te słowa Virchow przystanął i z odcieniem głębszego zaciekawienia dwa razy zapytał Kopernickiego: »Więc wierzysz kolego, więc wierzysz?« Zagadnięty przytoczył fakta historyczne, nawet z ostatnich przeobrażeń politycznych w Rzeszy niemieckiej, wskazał na niejedno zdarzenie dziejowe, w którem ziściły się najnieprawdopodobniejsze wierzenia ludu, a omyliły rachuby dyplomacyi. Uwag tych wysłuchał Virchow w zamyśleniu, lecz na nie już nie odpowiedział. Szybko przeszli szereg ulic wśród zapadającego już zmierzchu i serdecznie pożegnali się u progu ś. p. prof. Teichmana, do którego Virchow wstąpił na krótką chwilkę, gdyż po paru godzinach już powracał do Berlina, gdzie nazajutrz był zapisany do głosu w parlamencie niemieckim.

* Na katedrę, osieroconą przez śmierć Virchowa, powołany został Dr. Orth z Getyngi, znakomity anatom.

* Na konferencyę międzynarodową dla walki z gruźlicą, która odbędzie się od 22 do 26 października, zgłosiła się poważna liczba po-

wag naukowych szczególnie z Francyi. Głównym przedmiotem obrad będzie sprawa tożsamości gruźlicy ludzkiej a bydlęcej. Z konferencyą złączoną będzie wystawa wszelkich przedmiotów, służących do walki z gruźlicą.

* Między 17 a 23 września doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gmina), husiatyńskim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.) mościskim (1 gm.), nadworniańskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.).

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było w Galicyi 16; w tygodniu poprzedzającym 22.

Mianowania i odznaczenia. Następca nieodżałowego Dr Drobnika w Poznaniu, Dr. Jaffé, otrzymał tytuł profesora. Dr. Passow mian. profesorem otyatryi w Berlinie. Dr Rille mian. prof nadzwyczajnym dermatologii i syfilidografii w Lipsku. Prof. sądowej medycyny w warszawskim Uniw., Dr Grigorjew, mianowany prof. zwyczajnym. Dr Kurajew mian. nadzwycz. profesorem chemii lekar. w Charkowie.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Nr. 18. Neugebauer: *Diphaliae casus Lisbonensis.* Spostrzeżenie podwójności prącia, ogłoszone przez Lorthioira. A. Zawadzki: Przyczynek do kazuistyki ran postrzałowych żołądka (c. d.). Otto: Kryoskopia i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 39. Steinhaus: Rudolf Virchow (wspomnienie pośmiertne). Wizel: Przypadek fenomenalnych zdolności rachunkowych u głuptasa (c. d.). Trzebicky: O operacyjnem leczeniu chłoniaków zołzowych na szyi (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 39. Vitek. Cerebrobulbarni paralysa. Přispěvek ku klassifikaci obrn bulbarnich. Wobr: Léčeni vleklých chorob kožnich a celkově přijice lázněmi, zvláště sirnými vřidly (dokończenie).

— *Lekarske rozhledy.* Z. 9. Dvořák: Uprava nalezinectvi a sirotčenstvi v království Ceském. Jeništa: O therapii senilniho prurit u.

— *La Presse médicale* Nr. 76. Borne: Krowianka i szczepienie. Godino i Fausto: Leczenie tężca wstrzykiwaniami do rdzenia surowicy przeciwtężcowej

Nr. 77. Séglas i Français: W sprawie rozpoznawania padaczki i porażenia ogólnego. Juvara: Cystorafia pierwotna po cięciu podbrzusznem. wykonana sposobem ułożenia dachówkowatego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 38. Fibiger: Przenoszenie się gruźlicy z ludzi na bydło. Kyes: Sposób działania jadu kobry. Jungmann: O licznych kostniakach odziedziczonych. Mackenrodt: Laparotomia podbrzuszna zewnątrzotrzewnowa, jako zabieg w leczeniu raka pochwy, macicy i odbytnicy.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 39. Neumann: Przymiot pierwotny pozapłciowy, jego znaczenie kliniczne i społeczno-higieniczne. Krafft-Ebing. Morfinodypsia. Reach: Przyczynek do kazuistyki zwężeń dwunastnicy.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 38. Schottmüller: Przyczynek do patogenezy duru brzusznego. Schmidt: Urazowe rozdarcie zastawek serca i aorty. Curschmann: Urazowe zapalenie nerek. Schild: Przyczynek do kazuistyki urazowego zapalenia płuc. Grassberger: O prątku opuchliny złośliwej. Vulfing: Opatrunek wyciągający podług Heusnera. Brüning: O zwichnięciu kości goleniowej ku przodowi. Jolles: Prosta metoda ilościowego oznaczenia ciał białkowatych we krwi dla celów klinicznych. Killian: Ostra niedrożność przewodu pokarmowego u 5-letniego dziecka Toff: Dwa przypadki ciał obcych w macicy Schubert: Przypadek nawykowego nadużywania naparstnicy. Ott: O wzajemnym stosunku ruchu i ciepłoty ciała do albumosuryi i do gorączki w przebiegu suchot.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr 39. Marchand: O bujaniu tkanki i powstawaniu guza z uwzględnieniem pasorzytniczej etyologii raków. Heller: Zakażenie gruźlicą drogą przewodu pokarmowego. Mitulescu: Wpływ nowej tuberkuliny na przemianę materyi w komórce. Ebstein: Jeszcze raz o opukiwaniu dotykowem. Hamel: Wczesne rozpoznawanie żółtaczki. Petersson: W sprawie znaczenia grzybków nitkowatych dla patologicznych zmian w żołądku. Bouma: O przydarzającym się błędzie przy oznaczaniu indykanu w moczu, jako indygo-czerwieni, za pomocą kw solnego Wieting: O wyprostowaniu stopy szpotawej.

Redakcya otrzymała. Spiegelberg. Ursachen und Behandlung der Kehlkopfstenosen im Kindesalter. Jessen: Die Notwendigkeit zahnärztlicher Schulung für den praktischen Arzt und seine Einführung in die moderne Zahnheilkunde. Heinrich: Teorye i wyniki badań psychologicznych (Würzburg. A Stuber's Verlag). Nartowski: O potrzebie znajomości ważniejszych objawów chorób nerwowych u uczącej się młodzieży.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków 11 Października 1902. Nr. 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. W sprawie leczenia gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci.

Podał

Docent dr. H. Schramm.

Od czasu, gdy Spencer Wells i König w roku 1884 podali niespodzianie dobre wyniki otwarcia jamy brzusznej przy gruźliczem zapaleniu otrzewnej, zabieg ten zyskał w bardzo krótkim czasie prawie ogólny poklask u wszystkich chirurgów; z wielu stron zaczęto ogłaszać przypadki wyleczone tym sposobem, lubo do wytłómaczenia działania tej operacyi brakło jeszcze prawie wszelkich podstaw. Tu i ówdzie tylko odezwały się głosy, polecające inne mniej energiczne zabiegi lecznicze, jak wypuszczenie płynu nagromadzonego w jamie brzusznej przez nakłócie (Mosetig). Mader polecał nakłócie, dokladne wygniecenie płynu i następową opaskę uciskową. Condamin wypuszczał płyn przez nacięcie sklepienia pochwy, przyczem starał się o usunięcie tą drogą zwyrodniałych gruźliczo trąbek; Seganti nakłówał ściany brzuszne w dwóch miejscach i przez wprowadzone rurki trójgrańca przemywał jamę brzuszną roczczynem fizyologicznym soli. Inni autorowie, przypisując swoiste działanie powietrzu, wdmuchiwali je do jamy brzusznej po wypuszczeniu płynu trójgrańcem, bądź to po poprzedniem wyjałowieniu powietrza przez przepuszczanie przez watę, jak Folet i Duran, bądź bez zachowania tej ostrożności, jak Nolen. Wszystkie te zabiegi nie znalazły jednak wielu zwolenników; powszechnie uznawano laparotomię, jako najlepszy i prawie jedyny sposób leczenia gruźlicy otrzewnej.

Z mego doświadczenia mogę już tu powiedzieć, że samo nakłócie i dokładne wypróżnienie płynu z jamy brzusznej nie dało mi dobrych wyników: jedno dziecko tym sposobem leczone, a zabrane do domu z chwilowem polepszeniem, umarło w 2 miesiące później, jak mi donoszą rodzice z powodu tej samej choroby; u drugiego płyn nagromadził się wkrótce na nowo, dziecko mizerniało coraz bardziej, wykonano więc laparotomię i dziecko to według otrzymanej wiadomości, w 14 miesięcy po operacyi cieszy się zupełnem zdrowiem.

W ostatnich czasach zaczęły się jednak pojawiać głosy, odmawiające laparotomii przyznawanego jej dotychczas wpływu leczniczego.

I tak Ruggi w roku 1896 podnosi, że przypadki gruźlicy otrzewnej, przebiegające bez gorączki, mają dążność do samowyleczenia i że laparotomia tylko wyleczenie to przyspiesza. Oehler, pisząc w r. 1901 o gruźlicy otrzewnej u dzieci, powiada również, że cierpienie to leczy się bardzo często samo w przeciągu jednego do dwóch lat.

Najostrzej jednak wystąpił w ubiegłym roku Borchgrerink, który, opierając się wprawdzie na nie bardzo wielkiej liczbie przypadków, bo tylko na 42, odmawia wprost działania leczniczego laparotomii, utrzymując, że spostrzegane po tym zabiegu wyleczenia nie były skutkiem zabiegu, że chorzy ci byliby wyzdrowieli i bez operacyi, że zaś bardzo często, zwłaszcza w przypadkach połączonych z gorączką, laparotomia działa wprost szkodliwie. Na poparcie tego twierdzenia przytacza, że z pomiędzy operowanych pozostało przy zdrowiu 63·6%, podczasgdy przypadki leczone innymi sposobami bez operacyi dają 81·8% wyleczeń. Do podobnych wyników doszedł także U. Rose, który z materyału kliniki Naunyna oblicza, że po leczeniu wewnętrznem otrzymujemy stałych wyleczeń $^1/_3$ przypadków, podczas gdy wyleczeń stałych po laparotomii, według zestawień Königa ma być tylko $^1/_4$ część. Wreszcie i Koppen w pracy, ogłoszonej w bieżącym roku, odmawia laparotomii wpływu leczącego, kładzie nacisk na wzmożenie odporności ustroju chorego głównie przez dobre warunki hygieniczne, a istniejący w jamie brzusznej płyn usuwa przez nakłócie i jamę brzuszną przemywa fizyologicznym roczczynem soli.

Wobec wspomnianych najnowszych prac, pochodzących z klinik wewnętrznych, zachodzi potrzeba ponownych badań, czy rzeczywiście dotychczasowe bardzo rozpowszechnione przekonanie o zbawiennym wpływie laparotomii na gruźlicze zapalenie otrzewnej polegało na złudzeniu i czy rzeczywiście w myśl żądania Borchgrevinka chirurgia ma ustąpić tego zdobytego dla siebie pola i oddać je napowrót w ręce internistów. Rozstrzygnięcie tego ważnego pytania możebne jest według mego przekonania nie tyle drogą doświadczeń na zwierzętach, lubo i tu już dotychczasowe badania Nanottiego, Baciocchiego, Gattiego, Kiszenskiego i innych wykazały dobry wpływ laparotomii na sprawę gruźliczą otrzewnej, zwłaszcza u psów, ile raczej za pomocą dokładnego śledzenia losu przypadków, leczonych bądź to środkami wewnętrznymi, bądź zapomocą laparotomii i zestawienia otrzymanych wyników nie tylko przez czas pobytu chorego w zakładzie leczniczym, lecz i zbieranie dat o dalszym losie chorych po upływie dłuższego czasu. Wynikami tych dochodzeń chciałbym się z szanownymi czytelnikami podzielić, a zarazem się dowiedzieć, jakie doświadczenie szanowni koledzy w tym kierunku zebrali, aby tym sposobem ustalić postępowanie nasze na przyszłość. Materyał mój odnosi się wprawdzie do samych dzieci, sądzę jednak, że to wartości zebranych doświadczeń nie osłabia; według zgodnego zapatrywania różnych autorów, jak: Oehlera, Jaffego, Copala i innych samoistne wyleczenie zapalenia gruźliczego otrzewnej u dzieci jest stosunkowo częste, jeżeliby się więc okazało, że i u nich będziemy mieli więcej wyleczeń stałych po laparotomii niż po leczeniu wewnę-

trznem, to z tem większą słusznością można będzie powiedzieć, że laparotomii samej trzeba przypisać działanie lecznicze.

Materyał, jakim rozporządzam, odnosi się do 45 przypadków, leczonych w szpitalu św. Zofii we Lwowie, a mianowicie 25 chłopców i 20 dziewcząt; nawiasem zauważę, że stosunek płci był odmienny od przeważnej liczby zestawień, wykazujących częstsze występowanie gruźlicy otrzewnej u płci żeńskiej. Wiek dzieci był rozmaity, od 1 roku aż do 12 lat życia, najczęściej, bo 31 razy, między 4 a 7 rokiem życia. Z pomiędzy tych chorych 25 było leczonych bez operacyi, jeżeli pominę jedno dziecko, u którego wykonano nakłócie, a o którem już wyżej wspominałem, sposobami powszechnie używanymi, a więc wcieraniem w ściany brzuszne maści, podniecających wessalność, z jodoformem, jodem, ichtyolem, szarem mydłem i t. d., dalej okładami i kąpielami, dobrem odżywianiem, wewnętrznem podawaniem kreozotu, arsenu itp.; u pozostałych 20, mianowicie 9 dziewcząt i 11 chłopców, wykonano laparotomię. Z pomiędzy pierwszych umarło w szpitalu 2 dziewczęta i 7 chłopców, razem 9, czyli 36%; pobyt ich w szpitalu wynosił u dwojga po 8 dni, u 5-ciu 26 do 48 dni, u dwojga nawet 164 względnie 174 dni; przyczyną śmierci była postępująca sprawa gruźlicza i ogólne wyniszczenie.

Z pomiędzy operowanych zmarło w szpitalu dwoje, czyli 10%, a mianowicie: jedna dziewczyna, u której resekowano część gruźliczo owrzodziałego jelita cienkiego, a u której 8-go dnia po operacyi wytworzyła się przetoka kałowa i dziecko zmarło z wyniszczenia w 3 tygodnie po operacyi i jeden chłopczyk 4-letni w sześć dni po operacyi z powodu ostrego zapalenia płuc. Różnice wyników obu sposobów leczenia występują może jeszcze jaskrawiej, jeżeli weźmiemy pod uwagę poszczególne odmiany gruźliczego zapalenia otrzewnej. Jak powszechnie uznano, najskłonniejsze do samowyleczenia są przypadki tak zwane *„peritonitis tuberculosa exsudativa"*, postać, w której cała otrzewna zasiana jest drobnymi gruzełkami, mało zgrubiała, pętle jelit mało lub całkiem ze sobą nie pozrastane, natomiast w jamie brzusznej znajduje się obfity wolny wysięk surowiczy. Przypadków takich leczono w szpitalu św. Zofii 28, z tych 17 leczono wewnętrznie, a 11 razy wykonano laparotomię. Z pomiędzy pierwszych zmarło w szpitalu (na zabieg operacyjny rodzice zgodzić się nie chcieli), sześć, czyli przeszło połowa; z pomiędzy 11 operowanych przy tej formie umarło jedno dziecko z powodu zapalenia płuc.

W drugiej odmianie ilość płynu jest bardzo mała lub wcale go nie ma; natomiast zgrubienie otrzewnej znaczne, zrosty między jelitami rozległe, w jamie brzusznej dadzą się wymacać mniej lub więcej rozległe twarde nacieki gruźlicze, w postaci guzów, dochodzących do wielkości główki dziecka. Przypadków tej odmiany liczę razem 13; z pomiędzy 7 leczonych wewnętrznie umarło w szpitalu dwoje, 5-ro zabrano do domu z nieznacznem polepszeniem; z pomiędzy 6 operowanych nie umarł w szpitalu ani jeden.

Przy trzeciej odmianie *peritinitis tuberc. ulcerosa* znajdujemy obok zrostów między pętlami jelit nacieki gruźlicze mocno zserowaciałe, w znacznej części zropiałe. Przypadków takich liczę między moimi chorymi 4, z tych jedno dziecko nieoperowane umarło w szpitalu, a z pomiędzy 3 operowanych jedna dziewczynka umarła z powodu powstałej przetoki kałowej, jedno dziecko wyszło nieuleczone z ropiejącą przetoką, jedno zupełnie wyzdrowiało.

Już z zestawienia tych bezpośrednich wyników musimy przyjść do wniosku, że laparotomii w gruźliczem zapaleniu otrzewnej nie można uważać za środek obojętny, który w najlepszym razie nie szkodzi, jak tego chce B o r c h g r e v i n k, lub nawet jako środek pomocniczy, przyśpieszający wyleczenie, lecz że musimy jej przypisać działanie wprost lecznicze i to działanie bardzo skuteczne we wszystkich postaciach i odmianach tej choroby.

W celu przekonania się o dalszym losie leczonych w szpitalu dzieci, starałem się dowiedzieć o stanie ich zdrowia po upływie co najmniej roku po opuszczeniu szpitala. Wyniki tych badań, mimo wszelkich z mej strony dołożonych starań, są niestety niezupełne, a to z powodu często nieprzezwyciężonych trudności wynalezienia miejsca pobytu dziecka, względnie rodziców. Z pomiędzy 34 dzieci, które opuściły szpital, udało mi się zebrać wiadomość tylko o 23. Z pomiędzy nich 10 było takich, które leczone były bez operacyi, a 13 takich, które opuściły szpital po wykonaniu laparotomii. I cóż się okazało? Z pomiędzy owych nieoperowanych zmarło w ciągu pierwszego roku po opuszczeniu szpitala 8, czyli 80%, a tylko dwoje t. j. 20% pozostało przy życiu dłużej niż rok; o jednem z nich nadto pisze matka, że „ciągle słabuje na brzuch". Z grupy drugiej, operowanych, umarło troje, czyli 24·6%, pozostaje przy życiu 10, czyli 75·4% — i wszystkie cieszą się zupełnem zdrowiem; u jednej tylko dziewczyny sprawia dolegliwość powstała w bliźnie przepuklina; drugi chłopiec przedstawił mi się w 4 lat po operacyi z poczynającem zapaleniem lewego stawu kolanowego. W brzuchu zmian chorobowych żadnych, blizna po laparotomii gładka.

Rozdzielając te przypadki według poszczególnych postaci gruźlicy otrzewnej, otrzymamy następujące wyniki: odmiana z wysiękiem nie operowanych 5, zmarło 3, żyje 2; operowanych 6, żyje 6; odmiana z zrostami i naciekami: nie operowanych 4, wszystkie zmarły; operowanych 4, jedno zmarło, 3 żyje; odmiana wrzodziejąca z ropieniem nie operowane jedno, zmarło; operowanych 3, z tych dwoje zmarło, jedno żyje.

Wyniki te więc potwierdzają ogólnie przyjęte zdanie, że rokowanie jest najlepsze w formie wysiękowej, że wyleczenie samoistne w tej postaci choroby jest możliwe, lubo nawet u dzieci bardzo rzadkie, że dwie inne odmiany tego cierpienia dają rokowanie gorsze; trzecia postać z ropieniem nawet bardzo złe, że jednak i w tej odmianie zapomocą laparotomii można osięgnąć zupełnie i stałe wyleczenie.

A teraz kilka słów, dotyczących pytania, jakim sposobem działa przy gruźlicy otrzewnej otwarcie jamy brzusznej? Teoryj pod tym względem mamy prawie zanadto, poczynając od przypuszczenia swoistego wpływu światła słonecznego i powietrza na prątki gruźlicze, jak to przyjmowali S o n n e n b u r g, M o s e t i g i C a s p e r s o n, lub specyalnie wpływu tlenu powietrza na bezpowietrznie dotychczas żyjące prątki podług B r a a t z a; według innych działanie laparotomii miało polegać na wywołaniu silnego zadrażnienia otrzewnej przez manipulacyę rękami (C a s p e r s o n), przez sprowadzenie zrostów, przeszkadzających ponownemu zebraniu się płynu (H a r t m a n n, A l d i b e r t); inni przyjmowali swoiste działanie środków przeciwgnilnych, zwłaszcza jodoformu,

używanego do wycierania ścian jamy brzusznej (Preindlsberger), inni kładli nacisk na wydalenie dokładne płynu zawierającego toksyny, lub drażniące złogi włóknikowe (Frees, Kocks, Jaffé). Wszystkie te teorye okazały się mylne lub niedostatecznie tłómaczące działanie laparotomii. W ostatnich czasach dopiero zwrócono uwagę na objaw, który cudowne często działanie laparotomii tłómaczy pewniej i więcej zgodnie z wynikami badań umiejętnych. Mianowicie Nassauer, Hildebrandt, Cecherelli, Jordan, d'Urso, Gatti i inni podnieśli znaczenie przekrwienia, jakie występuje na gruźliczo zmienionej otrzewnej. Z doświadczenia mego mogę potwierdzić, że w przypadkach, zwłaszcza wysiękowych, w których otrzewna zasiana jest guzkami gruźliczymi, przekrwienie to występuje bardzo wybitnie, błona surowicza już w kilkanaście sekund nabiera barwy wiśniowo-czerwonej i rozpulchnia się wskutek nacieku surowiczego. Według spostrzeżeń moich przekrwienie to występuje tem silniej, im naglej zmieniają się stosunki ucisku wśródbrzusznego, czyli im naglej zostanie płyn wolny z jamy brzusznej wypuszczony. Jeżeli w otrzewnej zrobi się mały otwór, płyn powoli odpuścimy, a następnie dopiero otwór w otrzewnej powiększymy, to przekrwienie otrzewnej występuje w mniejszym stopniu. Ważne jest też doświadczenie, że po laparotomii wykonanej pod rozczynem solnym tak, że mimo otwarcia jamy brzusznej ciśnienie śródbrzuszne, a zatem i warunki krążenia zmieniają się bardzo mało, lub weale nie, przekrwienie otrzewnej bardzo mało się objawia i wynik leczniczy laparotomii jest prawie żaden. Z tego też powodu laparotomia ma tak wielką wyższość nad powolnem wypuszczaniem płynu przez nakłócie bądź to samo, bądź w połączeniu z wdmuchiwaniem powietrza i przemywaniem jamy brzusznej rozczynem solnym. Z tego samego powodu wyniki laparotomii są względnie najlepsze przy obfitej ilości płynu wolnego i bez zrostów między pętlami jelita, gdzie więc na całej powierzchni schorzałej otrzewnej może wystąpić jednostajne silne przekrwienie. Przekrwienie to, z początku czynne, utrzymuje się kilkanaście minut, poczem ustępuje miejsca przekrwieniu żylnemu, które utrzymuje się bardzo długo, według podania Hildebrandta nawet do 20 dni. To silne i długotrwałe przekrwienie i nasiąknienie surowicą krwi otrzewnej i znajdujących się na niej guzków gruźliczych działa jako środek leczniczy, podobnie jak przy gruźlicy stawów przekrwienie, wywołane opaską Biera. Na czem działanie to polega, jest jeszcze sprawą sporną; według jednych ma tu znaczenie tworzenie się nowych naczyń w gruzełku, wzmożona fagocytoza i rozrost tkanki łącznej, prowadzącej do zaniku gruzełka (Cecherelli, d'Urso); według badań Gattiego zaś, wykonanych na psach, przekrwienie i naciek surowicy prowadzi wprost do zaniku prątków gruźliczych, komórek nabłonkowatych i okrągłych tak, że z gruzełka pozostaje tylko delikatne podścielisko łącznotkankowe. Nadmienić tu jednak wypada, że prątki gruźlicze, jak wogóle większa część bakteryj, nie znajdują w błonach surowiczych zbyt sprzyjających warunków rozwoju (Pfeiffer, Noetzel, van Leent) Dostawszy się na wolną otrzewnę bądź z owrzodzeń w kiszkach, bądź z gruczołów krezkowych, trąbek macicznych, lub wreszcie z krwiobiegu, rozwijają wprawdzie swą działalność i prowadzą do wytwarzania się gruzełków, po pewnym czasie jednak słabną tak, że sprowadzone w tym okresie mocne przekrwienie i naciek surowiczy może je łatwiej do reszty zniszczyć. Spostrzeżenie to tłómaczy, dlaczego w doświadczeniach na psach laparotomia wykonana zawcześnie, gdy rozsiane po otrzewnej prątki są jeszcze za silne, nie jest w stanie ich zabić i nie sprowadza wyleczenia. Z drugiej strony doświadczenie poucza, że już nagromadzone w znaczniejszej ilości i grubości masy gruźlicze, zwłaszcza zserowaciałe, trudniej nasiąkają surowicą i trudniej też ulegają zanikowi i dlatego też König i Martens radzą wykonywać laparotomię, nim przyjdzie do takiego rozleglejszego zserowacenia nacieków gruźliczych.

W przypadkach, w których jest mało płynu lub całkiem go niema, a natomiast istnieją rozległe zrosty między jelitami i twarde duże nacieki gruźlicze, działanie laparotomii przypisać należy mniej zmianie warunków krążenia, — lubo i w tych przypadkach zauważałem znaczne zaczerwienienie się odsłoniętych pętli jelit, — bez porównania większe, niż to ma miejsce po otwarciu jamy brzusznej i rozdzielaniu zrostów z innej przyczyny, nie z gruźlicy powstałych; więcej zaś przekrwieniu wywołanemu przez działanie mechaniczne przy rozklejaniu zrostów, wycieraniu ścian jamy brzusznej gazą i t. p. manipulacyach.

Przekrwienie to nie bywa jednak tak silne, a nadewszystko nie tak jednostajne, jak w postaci wysiękowej; masy gruźlicze otoczone są grubemi błonami, przez które przekrwienie nie może działać tak dokładnie i nie może przeniknąć całego, często już w znacznej części zserowaciałego złogu gruźliczego; dlatego też i działanie laparotomii w tej postaci gruźlicy otrzewnej bywa mniej skuteczne i mniej stałe.

Przy trzeciej odmianie tej choroby, połączonej z rozległem zserowaceniem i zropieniem nacieku gruźliczego, laparotomia ogranicza się właściwie do otwarcia ropni, działa więc wprost przez wydalanie mas chorobowych.

Z powyższych wywodów teoretycznych wynikają też zasady, jakich się trzymałem w leczeniu gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci. W pierwszych zatem okresach choroby starałem się pomagać ustrojowi dziecka w walce z rozsianymi na otrzewnej prątkami, podnosząc ogólny stan odżywienia, dostarczając dziecku jak najkorzystniejszych warunków higienicznych; miejscowo stosowałem wcieranie w ściany brzuszne maści podniecających wessalność, ichtyolu, jodu, jodoformu i mydła szarego; ciepłe okłady miały za zadanie wzmagać przypływ krwi do ścian brzusznych, a zatem i do otrzewnej. Wyniki takiego leczenia, jak wyżej wspomniałem, bywają bardzo skromne, szczególnie u pacyentów szpitalnych, pochodzących z rodzin niezamożnych, gdzie więc dziecko po wypuszczeniu ze szpitala wraca znów w niekorzystne warunki zdrowotne. Jeżeli mimo starannego stosowania powyższych środków stanowcze polepszenie nie następowało w ciągu kilku tygodni, a zwłaszcza gdy dziecko mizerniało i zaczynało gorączkować, namawiałem do wykonania laparotomii. W postaci wysiękowej otwierałem jamę brzuszną cięciem 8—10 ctm. długiem w linii białej poniżej pępka tak, aby płyn mógł wypłynąć silnym strumieniem jak najprędzej, resztki płynu usuwałem przez wymaczanie gazą wyjałowioną, unikając wprowadzenia jakichkolwiek śr dków przeciwgnilnych, nawet jodoformu, który według mego zdania jest w tej postaci zupełnie zbyteczny. Po usunięciu płynu ranę brzuszną zamykałem szwami zupełnie;

poprzednio tuż koło brzegu rany wycinałem kawałek otrzewnej z kilku guzkami w celu badania drobnowidowego i pokrywałem cały brzuch dość luźnym opatrunkiem, aby przez wywieranie ucisku nie przeszkadzać wytworzeniu się zbawiennego przekrwienia. Prawie we wszystkich przypadkach mogłem przy zmianie opatrunku w kilka dni po operacyi wykazać małą ilość płynu wolnego w jamie brzusznej. Płyn ten w ciągu kilkunastu dni ulegał wessaniu; tylko u jednego dziecka ilość płynu stale znów przybierała i po upływie sześciu tygodni przystąpiłem ponownie do otwarcia jamy brzusznej; ilość spostrzeganych tam guzków gruźliczych była stosunkowo tak mała, a badanie wyciętego kawałka wykazało zmiany zgadzające się z opisaniem zmian, spostrzeganych przez Gattiego na psach; dziecko to po drugiej operacyi zostało wyleczone na stałe. Sądzę też, że wykonywanie powtórnej laparotomii po tak krótkim czasie, jak to robił Galvani, to jest w 10 do 20 dniach, jest niepotrzebne; natomiast przy utrzymywaniu się płynu przez czas dłuższy należy powtórzyć operacyę, a nawet znane są przypadki Bergfelda i Galvaniego, w których ostateczne wyleczenie nastąpiło dopiero po trzeciem, czwartem, a nawet piątem otwarciu jamy brzusznej.

Przy odmianie drugiej zabieg operacyjny jest znacznie trudniejszy, nawet już samo otwarcie jamy brzusznej może natrafiać na bardzo znaczne przeszkody z powodu zrostów kiszek ze ścianą brzuszną; i już niejednemu operatorowi trafiło się, że mimowoli otworzył kiszkę. Potrzeba więc tutaj postępować bardzo ostrożnie, również przy rozdzielaniu zrostów między jelitami miejsca podejrzane o obecność wrzodu gruźliczego lepiej pozostawić nietknięte; łatwo bowiem, jak i mnie się to w jednym przypadku zdarzyło, otworzyć kiszkę, a zamknięcie otworu, nawet po wycięciu kawałka jelit, nie jest pewne, zmieniona bowiem chorobowo ściana kiszki trudno się goi i łatwo przychodzi następnie do przetoki kałowej. Po rozdzieleniu ile możności zrostów wycierałem ściany jamy gazą jodoformową dość mocno, nie tyle w celu wtarcia jodoformu, ile w celu mechanicznego podrażnienia otrzewnej i wywołania silnego przekrwienia, poczem ranę skórną zupełnie zamykałem. Niektórzy autorowie, jak Czerny, Sick, Nélaton i Quervain kładli nacisk na usunięcie pierwotnego ogniska, zkąd rozsianie się gruzełków po otrzewnej nastąpiło, zatem zserowaciałego gruczołu chłonnego, owrzodzenia w jelitach, lub co najczęściej trąbki; inni, jak König i Martens radzą usunąć te ogniska, jeżeli się to uskutecznić da łatwo bez większych manipulacyj; inni wreszcie, jak Walter i Epstein uważają ten zabieg za niepotrzebny. W moich przypadkach nie szukałem nigdy za pierwotnem ogniskiem gruźliczem i sądzę, że przynajmniej u dzieci jest to zupełnie zbyteczne; ognisko to bywa zwykle małe i po laparotomii goi się tak samo, jak rozsiane po otrzewnej guzki.

W trzeciej postaci, — przy zserowaceniu i zropieniu nacieku gruźliczego, — zabieg operacyjny był właściwie taki sam, jak przy umiejscowieniu ropni gruźliczych w innych okolicach; zatem o ile można szerokie otwarcie ogniska, ostrożne wyłyżeczkowanie mas serowatych, lub wydalenie ich przez wycieranie wacikami i leczenie otwarte jamy przez tamponowanie jej gazę jodoformową. Wyniki tych wszystkich zabiegów były wcale zadowalniające, zgodne zresztą z wynikami innych chirurgów; Margaruzzi n. p. podaje 85·4% wyleczeń, w zestawieniu Naumanna i Laupera liczba ta wynosi 70%, u Hercfelda 60%, — a co najważniejsza, wyniki te według mych badań są bez porównania lepsze, niż przy leczeniu gruźliczego zapalenia otrzewnej środkami wewnętrznymi; przychodzę więc do wniosku, że chirurgia zdobyte tu pole może spokojnie nadal zatrzymać dla siebie i niema najmniejszej potrzeby oddawania go napowrót w ręce internistów.

II. Ze szpitala powszechnego w Drohobyczu.

O nowem postępowaniu przy znieczulaniu lędźwiowem.

Podał

Dr. Kozłowski

według odczytu wygłoszonego na XII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie.

Znieczulanie rdzeniowe, jak każda rzecz nowa, liczy obecnie wielu wprost fanatycznych zwolenników; ma jednak i wielu przeciwników, co prawda przeważnie tylko teoretycznych. I nic dziwnego: sposób pierwotny, podany przez Biera (wstrzykiwanie wodnych rozczynów chlorku kokainy), wywoływał bardzo nieprzyjemne, niekorzystne i niezachęcające objawy tak wśród samego znieczulenia, (omdlenia, niepokój, zimne poty, wymioty i t. d.), jak, co gorsza, i po ustąpieniu znieczulenia w formie znacznych, nieraz do tygodnia trwających bólów głowy, nudności, gorączki, jednem słowem pełnego obrazu, słusznie przez francuskich autorów nazywanej „meningitis aseptica". Dążąc do usunięcia tych objawów następowych, próbowano począwszy od samego Biera, różnych środków, jak zakładanie opaski na szyję, unikanie ułożenia Trendelenburga, wdychiwanie środków rozszerzających naczynia mózgowe (azotan amylowy), używanie zamiast chlorku kokainy innych jej przetworów, mniej trujących i drażniących (eukaina i tropakokaina). Ze wszystkich tych sposobów jedynie tylko wprowadzenie przez Schwarza tropakokainy jest znacznym postępem w metodzie znieczulania lędźwiowego. Jednakże mimoto w większej liczbie przypadków znieczulenia wodnym rozczynem tropakokainy, wprawdzie znacznie słabiej, niż przy kokainie, występują po pewnym czasie (zwykle w 4 do 6 godzin po wstrzyknięciu) wymioty, połączone z bólem głowy, przeważnie bez gorączki. Wśród przypadków przezemnie operowanych w znieczuleniu rozczynem wodnym tropakokainy, w 9-ciu na 16 przypadków wystąpiły wymioty z bólem głowy, a tylko w 7-miu nie było żadnych następowych przypadłości, znieczulenie zawsze było zupełne i chorzy podczas operacyi okazywali zupełną euforyę. Używałem zawsze rozczynu 1%, świeżo tuż przed operacyą przyrządzonego i wygotowanego.

Zastanawiając się nad wspomnianemi nieprzyjemnemi następowemi przypadłościami, które, jak wspomniałem, mają to charakterystyczne, że występują bardzo regularnie w kilka dopiero godzin po wstrzyknięciu, należało przyjść do przekonania, że nie są następstwem wpływu trującego tropakokainy, (gdyż nie występują, jak przy kokainie w 10 do 15 minut po wstrzyknięciu, lecz dopiero w 4 do 6 godzin), ale muszą być wywołane mechanicznem lub chemicznem podrażnieniem opon rdzenia i mózgu przez wstrzyknięty płyn. W płynie tym znajduje się tropakokaina i woda; po-

nieważ zamiast tropakokainy nie posiadamy na razie innego jeszcze mniej drażniącego środka, postanowiłem usunąć przynajmniej wpływ drugiego, t. j. wody. Opierając się na znanym fakcie, że woda jest środkiem dość silnie drażniącym tkanki fizyologiczne, a zwłaszcza komórki i pnie nerwowe, tak dalece, że nawet rozczyn fizyologiczny nie jest dla nich zupełnie obojętnym, spróbowałem wstrzykiwać tropakokainę rozpuszczoną w płynie mózgowo-rdzeniowym. Po pierwszych kilku przypadkach przekonałem się, że sposób ten jest łatwym, szybkim i wygodnym, oraz że chorzy znakomicie go znoszą bez żadnych następowych przypadłości; tembardziej jeszcze zachęciłem się do dalszego używania tego sposobu, znalazłszy przy przeglądaniu piśmiennictwa, że Guinard, postępując również w ten sposób, nieco wprawdzie odmienny, zaznacza, że wśród 70 znieczuleń jego metodą nie zauważył najmniejszych nieprzyjemnych następstw. Guinard używa chlorku kokainy i do kilku gramów wypuszczonego płynu mózgowo-rdzeniowego dodaje kroplę zgęszczonego rozczynu wodnego kokainy, (w jednej kropli znajduje się potrzebna dawka kokainy).

Mój zaś sposób jest następujący: do wyjałowionej suchej ogrzanej szklanej czareczki z gramowemi podziałkami wsypuję suchy proszek tropakokainy (zazwyczaj 0·05) i wbiwszy igłę w przestrzeń międzykręgową w linii środkowej między drugim a trzecim, lub trzecim a czwartym kręgiem lędźwiowym, wypuszczam wprost spadające krople płynu mózgowo-rdzeniowego na proszek tropakokainy, który szybko i łatwo przy lekkiem poruszaniu rozpuszcza się w tym płynie. Wypuszczam 5 gramów płynu tak, że tworzy się w ten sposób 1% rozczyn tropakokainy w płynie mózgowo-rdzeniowym bez współudziału lub domieszki wody. Płyn natychmiast wciągam do strzykawki i wpuszczam w przestrzeń międzyoponową. Tropakokainę używałem we wszystkich przypadkach niewyjaławianą, wprost odważoną z oryginalnego słoika fabryki Mercka i nie zauważyłem żadnych z tego powodu szkodliwych następstw: widocznie sam proszek jako taki jest jałowy. Można jednak, gdzie zachodziłby mogła obawa zanieczyszczenia proszku, poddać go poprzednio wyjałowieniu w gorącem powietrzu, lub co lepiej, rozpuściwszy w alkoholu, pozostawić na kilka dni powolnemu pod kloszem odparowaniu aż do wykrystalizowania. Jak wspomniałem, uważam jednak wyjaławianie tropakokainy świeżo wziętej ze słoika z zachowaniem zwykłych zasad czystości (wydobywanie wyjałowionemi łyżeczkami, niedotykanie palcami i t. p.) za zbyteczne.

W ten sposób zastósowana metoda znieczulania rdzeniowego jest prostą, krótką, łatwą w wykonaniu, a co najważniejsza — użyta przezemnie w 24-ch dotychczas przypadkach, w żadnym z nich nie wywołała następowych objawów podrażnienia opon rdzeniowych i mózgowych.

Celem tych słów kilku jest zachęta kolegów do coraz szerszego stósowania tego znieczulenia, w którem większą liczbę naszych operacyj chirurgicznych można wygodnie i bezpiecznie wykonać bez bólu i bez następowych przypadłości, tak zwykłych przy narkotyzowaniu. Dalszym celem jest wykazanie, że można tego sposobu używać nietylko w wielkich klinikach i stołecznych oddziałach szpitalnych, wyposażonych we wszelkie najdokładniejsze urządzenia aseptyczne, ale i w mniejszych prowincyonalnych szpitalach, gdzie największe operacye jesteśmy zmuszeni wykonywać zazwyczaj z jednym tylko sekundaryuszem, a odpowiedzialną i zawsze groźną narkozę chloroformową oddawać zakonnicy, mając przez to stale natężoną i rozdzieloną uwagę między wykonywaniem samej operacyi, a ciągłą kontrolą wykonywającej usypianie chloroformem zakonnicy. Znieczulenie lędźwiowe uwalnia operującego od tej przykrej czynności. Z prawdziwem rzeczywiście zadowolnieniem, bez najmniejszej obawy i pospiechu wykonywać można obecnie najcięższe zabiegi operacyjne. Polecam więc gorąco wszystkim kolegom nawet i w praktyce prywatnej w odpowiednich przypadkach używanie znieczulenia lędźwiowego metodą przezemnie używaną, a wówczas słusznie będziemy mogli powtórzyć słowa Schwarza, że jedno małe ukłócie igłą pozwala nam wykonywać na chorym bezboleśnie wszelkie operacye na kończynach dolnych i tułowiu.

III. Czy trwałe upośledzenie widzenia na jednem oku jest trwałem osłabieniem wzroku w rozumieniu § 156 *a)* u. k.?

Podał
Dr. Adam Szulisławski
Docent Uniwersytetu lwowskiego.

(Ciąg dalszy).

Przejdziemy teraz do rozpatrzenia ważności roli, jaką odgrywa akt dwuocznego widzenia na ocenienie rozmiarów w przestrzeni. Zaznaczyć przedewszystkiem musimy, że może ono mieć znaczenie tylko przy rozpatrywaniu przedmiotów blizkich, t. j. tylko przy zbieżności gałek ocznych, czyli wówczas, gdy osie obydwu oczu w przedłużeniu przecinają się na danym przedmiocie w pewnej skończonej, dodajmy wyraźnie niewielkiej, odległości. Skoro bowiem skierujemy wzrok na dalsze przedmioty, tak że osie wzrokowe stają się równoległe, to nie przedstawia nam obuoczne widzenie żadnych podstaw do ocenienia odległości (względnie głębokości) i jest już zupełnie wszystko jedno, czy patrzymy jednem, czy obydwoma oczyma. Ponieważ odległość zaś obydwu oczu wynosi średnio 60—62 mm., rzadko zaś dosięga 70 mm., zrozumiemy przeto, że ważność dwuocznego widzenia dla ocenienia bryłowatości bardzo szybko maleje z odległością przedmiotów.

Objawia się zaś ona głównie w dwu kierunkach, t. j. wpływa na ocenienie bezwzględnej odległości widzianych przedmiotów i na ocenienie różnicy odległości rozmaitych punktów tego samego przedmiotu. Pierwszy czynnik opierać się może jedynie na poczuciu bezwzględnego stopnia zbieżności, w którym znajdują się obydwie osie widzenia w chwili, gdy je skierujemy na jeden przedmiot. Ocenienie jednak stopnia zbieżności jest, jak tego liczne doświadczenia Helmholtza i in. dowodzą, nader niedokładne, a co za tem idzie, bywają też sądy o odległości przedmiotów, oparte na tym tylko środku pomocniczym, również niedokładne i zazwyczaj mylne. Zmniejszająca się zbieżność obydwu osi widzenia daje nam tylko ogólne wyobrażenie o wzrastającej odległości przedmiotu i naodwrót. Zapominać jednak nie należy, że i to także tylko wśród szczupłych granic, t. j. takich, jakie wogóle niewielka odległość naszych oczu dla zbieżności zakreśla. Czynnik ten posiada tedy pewną ważność, jako pomocniczy wobec innych

wyżej wymienionych, lecz tylko przy ocenianiu odległości przedmiotów blizkich. Zupełnie podobnie, jakeśmy to poprzednio wykazali dla akomodacyi, z którą ma jeszcze i to wspólnego, że z reguły zawsze postępują one równolegle, działają równocześnie i współrzędnie tak, że pewnemu stopniowi zbieżności (konwergencyi) odpowiada stale pewna ilość akomodacyi. Jeżeli ktoś np. nastawi swoje oczy na odległość 33 ctm., t. j. każe swoim osiom wzrokowym złączyć się w 33 ctm., to ilość zużytej akomodacyi dla dokładnego w tem miejscu widzenia wyniesie 3 D., w odległości 50 ctm., tylko 2 D., w odległości 20 ctm. od oczu zaś 5 D. A skoro tak jest rzeczywiście, to nie mogłoby się ostać przypuszczenie, aby nawet zupełna utrata jednego oka mogła ten wzajemny stosunek akomodacyi i zbieżności naruszyć. Tak samo jak dawniej będą towarzyszyły skurczowi mięśnia rzęskowego (akomodacyi) skurcze mięśni wewnętrznych prostych, a stopień ich naprężenia i wypływające zeń czucie mięśniowe, będzie po staremu służyło, o ile wogóle zdolne to uczynić, do ocenienia bezwzględnej odległości widzianych przedmiotów. Musimy więc przyjąć, że rzeczywiste znaczenie także i tego czynnika, t. j. zbieżności, nie dozna istotnej dla widzenia bryłowatego zmiany przez utratę jednego oka, że więc będziemy go mogli wprowadzić w pełnej wartości do naszego wzoru.

Drugi czynnik ważny przy użyciu obydwu oczu, a służący do odróżnienia różnicy odległości rozmaitych punktów tego samego przedmiotu, czyli w ścisłem znaczeniu słowa t. zw. widzenie stereoskopowe polega na różnicy obrazów, powstających na obydwu siatkówkach. Powstaje ona w ten sposób i dlatego, że patrząc na jakiś blizki przedmiot, na którym osie wzrokowe się łączą *(conditio sine qua non)*, odbieramy właściwie dwa obrazy tego samego przedmiotu i to z dwu punktów widzenia i równocześnie. Okiem prawem spostrzegamy szczególnie lewą stronę przedmiotu, lewem natomiast odtwarzamy obraz ze strony jego prawej. Różnica między obydwoma obrazami, trzeba tu wyraźnie zaznaczyć, jest tak drobną, że wprost nie dochodzi nawet do naszej świadomości, a ma swój wyraz tylko w odczuciu różnicy rozmiarów głębokości. A ocenienie to jest w pewnych granicach, t. j. w niewielkiej odległości od oka, nadzwyczaj dokładne. Z odległości 340 mm. potrafił Helmholtz na trzech równolegle ustawionych igłach odróżnić różnicę wychylenia igły środkowej, wynoszącą $^1/_2$ mm. Ponieważ odległość środków jego źrenic wynosiła 68 mm., różnica więc położenia igły wysuniętej w obydwu obrazach siatkówkowych wynosiła $^1/_2 \cdot {}^{68}/_{340} = {}^1/_{10}$ milimetra. Szerokość zaś $^1/_{10}$ mm. w oddaleniu 340 mm. leży już na granicy najdrobniejszych dostrzegalnych odległości. Odpowiada ona kątowi widzenia o $60^1/_2$ sekundach kątowych, czyli 0,0044 mm. odstępu na siatkówce. Wynika z tego, że porównanie obrazów siatkówkowych obydwu óczu dla celów stereoskopowego widzenia jest możliwe tylko do tego stopnia, o ile jest możliwe odróżnienie najdrobniejszych odległości jednem okiem, czyli o ile bystrość wzroku wogóle na to pozwala.

Możność otrzymania obrazów stereoskopowych maleje jednak bardzo szybko z oddalaniem się przedmiotów, gdyż oczy nasze za mało są rozstawiane, aby obrazy utworzone z nieco tylko odleglejszych przedmiotów, mogły przedstawiać takie różnice, abyśmy je mogli zużytkować w celach stereoskopowego widzenia. Musimy to w ocenianiu straty pociągnąć w rachubę i przyznając w zupełności ważne znaczenie stereoskopowego widzenia dla ocenienia wymiarów głębokości przedmiotów blizkich, nie pominąć jednak milczeniem, cośmy już wyżej zaznaczyli, że porównanie obrazów perspektywicznych tego samego przedmiotu z rozmaitych punktów widzenia (a to właśnie stanowi istotę stereoskopowego widzenia) osiągamy również jednem okiem zapomocą ruchów głowy i ciała. Różnica polega jedynie na tem, że przy obuocznem patrzeniu możemy porównywać dwa obrazy istniejące równocześnie, podczas gdy patrząc jednem okiem, porównywać musimy obraz istniejący w danej chwili z obrazem przed chwilą widzianym i zachowanym w pamięci. Dodawać nie potrzeba, że drugi ten sposób jest mniej dokładny i wygodny, że wymaga osobnego ćwiczenia dla osiągnięcia należytej wprawy, aby mógł zastąpić pierwszy. Faktem jest jednak, że zastąpić go może, a to jest dla nas w tym razie najważniejsze, wskazuje bowiem, że utrata stereoskopowego widzenia obydwoma oczyma nie jest jednak ani tak dotkliwą, ani tak wielką, jakby się to napozór wydawać mogło. Dlatego też zupełnie jest słusznem, abyśmy dali wyraz temu w naszym wzorze i wprowadzili wartość na poczucie bryłowatości, uszczuplone o jeden czynnik (dwuoczne widzenie stereoskopowe) w takiej formie, aby ogólna wartość wzoru mniej na tem ucierpiała, niżby to temu ubytkowi pozornie odpowiadało. Przywodząc sobie na pamięć to, cośmy wyżej wywiedli, że *B.* możemy przyznać jeszcze mniejszy wpływ na widzenie wogóle, niż *P.*, któreśmy jako $\sqrt[3]{P}$. oznaczyli, sądzę, że stanie się zadość sprawiedliwości, jeżeli, pociągnąwszy także w rachubę to, cośmy o widzeniu stereoskopowem powiedzieli, wprowadzimy do wzoru wartość na poczucie bryłowatości, jako $\sqrt[5]{B}$.

Chcąc oznaczyć liczbowo $\sqrt[5]{B}$., musimy sobie przypomnieć czynniki, składające się na pełne poczucie bryłowatości.

Poczucie bryłowatości

A. Wyobrażenie odległości:
1) znajomość wielkości przedmiotu,
2) znajomość kształtu przedmiotu,
3) światłocień,
4) perspektywa powietrzna.

B. Postrzeganie odległości.
5) akomodacya,
6) postrzeganie przy ruchach głowy i ciała,
7) zbieżność (konwergencya),
8) dwuoczne widzenie stereoskopowe.

Widzieliśmy, że przy zupełnej utracie zdolności widzenia na jednem oku, pierwszych 7 nie doznaje żadnej zmiany, 8 zaś znika zupełnie. Ponieważ z ubytkiem jednego czynnika, jakeśmy to wykazali, nie zatraca się poczucie bryłowatości, lecz tylko uszczupla, stanowią one właściwie nie czynniki, lecz człony, których suma czyni pełnię poczucia bryłowatości. Z tego powodu z ubytkiem jednego z nich, t. j. $^1/_8$, pozostałe przedstawiają wartość $^7/_8$. Przeto przy utracie widzenia na jednem oku $B = \sqrt[5]{^7/_8}$.

Porównajmy teraz pełną wartość dwuocznego widzenia W_2, z wartością jednoocznego widzenia W_1.

Ogólny wzór na wartość wzroku brzmi:

$$W = N. \sqrt[3]{P}. \sqrt[5]{B}.$$

Ztąd zaś:

$$1)\ W_2 = 1 . \sqrt[3]{1}\ \sqrt[5]{1} = 1$$

$$2)\ W_1 = \sqrt[3]{\frac{5}{6}} \cdot \sqrt[5]{\frac{7}{8}} = 1 \times 0·943 \times 0·974 = 0\ 916639.$$

Gdybyśmy to chcieli wyrazić w odsetkach, to uważając pełnię wzroku za 100, otrzymalibyśmy wartość wzroku po utracie widzenia na jednem oku = *92%*, czyli że rzeczywisty ubytek z *W.* wynosiłby *8%*.

Że ocenienie straty w wysokości 8% nie jest bynajmniej za nizkie, dowodzi tego codzienne doświadczenie i tysiące przykładów, na które własnemi patrzymy oczyma. Toż mnóstwo ludzi najrozmaitszych stanów i zawodów pracuje do późnej starości na rozmaitych stanowiskach jednem okiem równie dobrze i produkcyjnie, a nierzadko nawet lepiej, bo to przedewszystkiem od innych, czysto osobistych właściwości zależy, od wielu widzących obydwoma oczami. Zdaje mi się, że niema zawodu, któryby stawiał wyższe wymagania optyczne od zajęcia okulisty; a jednak sam znałem okulistów, którzy utracili jedno oko, a mimo to i nadal dzielnie spełniali swe obowiązki, wykonywali najcięższe i najdelikatniejsze operacye, sam widywałem ich wyniki i były doskonałe. Widzimy przeto, że zwykłe codzienne życie i doświadczenie nietylko że nie przeczy otrzymanemu zapomocą rachunku wynikowi, lecz owszem go popiera i dowodzi jego prawdziwości.

Jakaż tedy praktyczna korzyść tego obliczenia? Bardzo ważna i odrazu w oczy bijąca. Przedewszystkiem wyszliśmy ze sfery legend i operować obecnie możemy ilościami wiadomemi. Wiemy, że całkowita utrata widzenia na jednem oku powoduje utratę nie jakiejś niewymiernej i nieokreślonej ilości, lecz wyraźnie 8% ogólnego wzroku, i z tem musimy się liczyć wobec brzmienia §. 156 *a.* u. k., który powiada:

„Jeżeli zaś zbrodnia przyprawiła uszkodzonego: *a)* o utratę lub o trwałe upośledzenie mowy, wzroku albo słuchu, utratę zdolności płodzenia, jednego oka itd.“.

Że ustawodawca przez wzrok rozumie całą zdolność widzenia, którą dany osobnik przed wypadkiem posiadał, nie może przecież ulegać żadnej wątpliwości. Pojęcie to jest dla ustawodawcy tak pewnem, że uważa za zbyteczne jakiekolwiek bliższe określenie. Dla niego jest zupełnie obojętnem, jak kto widział, ile widział, czy posługiwał się przytem jednem, czy dwoma oczyma; pyta tylko o to, czy widział i to nazywa wzrokiem. Jeżeli zaś nikomu nie wpadnie na myśl kwestyonować, że utrata wzroku odnosi się do całości i oznacza zupełne zniszczenie całej zdolności widzenia, jest dla mnie wprost niezrozumiałem, jak można mniemać, aby upośledzenie wzroku do czego innego, a nie do całej zdolności widzenia mogło się odnosić. Ponieważ zaś w prawidłowych fizyologicznych warunkach dla każdego jest to wzrokiem, co widzi obydwoma oczami, przeto jasnem jest, że zarówno utrata jak i trwałe osłabienie wzroku muszą stosownie do brzmienia ustawy odnosić się do całości, t. j. do wszystkiego tego, co widzimy obydwoma oczami. Znaczy to innemi słowy, że tylko takie upośledzenie wzroku możemy podciągnąć pod §. 156 *a.*, które trwale obniża zdolność widzenia na obydwu oczach, a nie na jednem tylko oku. Każdy przecież rozumie to doskonale, że ustawodawca wiedział bardzo dobrze o tem, że człowiek ma dwoje oczu, że ma je na to, aby niemi widział i że tak dobrze obydwa razem, jak i każde z osobna może być uszkodzone. Gdyby więc w intencyach ustawodawcy leżało podciągnąć pod ten paragraf upośledzenie widzenia na jednem tylko oku, nie znalazłby się z pewnością w kłopocie, jak to uczynić, i byłby to zupełnie wyraźnie w tym paragrafie zaznaczył. Przytaczając zaś poniżej „utratę jednego oka“, wcale niedwuznacznie daje do zrozumienia, jakiego to rodzaju i stopnia uszkodzenia jednego oka pragnie podciągnąć pod ten paragraf. Oto tylko takie, które sprowadziły utratę jednego oka. Wszystkie inne, które nie pociągnęły tego skutku za sobą, poprostu tu nie należą (Rozbiór tego pojęcia „utrata jednego oka“ będzie przedmiotem następnego artykułu).

A teraz skoro już pewnem jest, że upośledzenie wzroku odnosi się niewątpliwie do ogólnej zdolności widzenia obydwoma oczami, musimy się zapytać, czy każde trwałe upośledzenie wzroku można podciągnąć pod ten paragraf? — Sądzę, że i pod tym względem bardzo łatwo się porozumieć. Jeżeli ustawodawca dwa te pojęcia, t. j. „utratę lub trwałe osłabienie wzroku“, stawia obok siebie, łączy jako współ- i równorzędne słówkiem „lub“, a co najważniejsza, okłada takim samym wymiarem kary, określa tem samem wyraźnie stopień, do jakiego musi dochodzić upośledzenie wzroku, aby je można było podporządkować pod ten paragraf. Musi ono być znaczne, tak wielkie, aby się prawie równało zupełnej utracie wzroku i miało te same, co utrata wzroku następstwa, t. j. zupełną niezdolność do pracy zawodowej.

A ileż wynosi utrata wzroku przy zupełnem zniszczeniu widzenia na jednem oku? Obliczyliśmy, że 8% całości. Pozostało więc 92%, t. j. więcej, niż $^9/_{10}$ całego wzroku, t. j. tak wiele, że niema na świecie zajęcia, któregoby człowiek taki dokładnie wykonywać nie mógł. Nie może chyba ulegać najmniejszej wątpliwości, że to nie jest upośledzenie wzroku w rozumieniu §. 156 *a)* u. k. A jeżeli nawet całkowita utrata widzenia jednem okiem tu nie należy, to tembardziej upośledzenie tylko widzenia na jednem oku, gdzie utrata z całości musi wynosić mniej, niż 8%, — nie może stanowić upośledzenia wzroku w myśl §. 156 *a.)* u. k. Byłoby to tylko w tym szczególnym przypadku możliwe, gdyby uraz dotyczył człowieka, który już przedtem był ślepym na jedno oko, lub też miał na niem znaczniejszego stopnia niedowidzenie. Ale wówczas trzeba w orzeczeniu wyraźnie dodać, że uraz wywołał w tym szczególnym przypadku ten właśnie skutek, tylko dzięki szczególnej, osobistej właściwości uszkodzonego. Może się także zdarzyć, że skutkiem skaleczenia jednego oka wystąpi współczulne zapalenie na drugiem oku. Ze względu na groźne następstwa takiego stanu rzeczy należy i w takim razie wydać orzeczenie w kierunku trwałego upośledzenia wzroku. Co więcej, nie wahałbym się nawet w takim razie zwrócić uwagę sądu na możliwość trwałego upośledzenia wzroku, gdyby istniała uzasadniona tylko obawa

wystąpienia współczulnego zapalenia na drugiem oku. n. p. przy długotrwałem i nie cofającem się zadrażnieniu uszkodzonego oka, lub w razie obecności w niem ciała obcego.

I tu więc, jak wszędzie indziej, wyjątki stwierdzają regułę, ale stanowią zarazem poważną przestrogę, aby jak ognia strzedz się szablonu, lecz ściśle indywidualizować, a przedewszystkiem dokładnie i sumiennie badać. Dobre badanie jest pierwszym, nieodzownym i najważniejszym warunkiem należytego i wszechstronnego zrozumienia danego przypadku, ono jedynie stanowi podstawę bezstronnego i trafnego ocenienia i prowadzi do sprawiedliwego i jasnego orzeczenia.

Rozpatrując nader szczupłe niestety pod tym względem piśmiennictwo, zetknąłem się z zapatrywaniem ś. p. prof. Halbana, którego zdanie w tym względzie, nie mówiąc już o poważnem jego stanowisku w medycynie sądowej, jest tembardziej cenne, że Halban był z zawodu okulistą, a następnie profesorem medycyny sądowej. W zbiorowem dziele Maschki [1]) oświadcza się Halban (Blumenstock) stanowczo za tem, że trwałe osłabienie wzroku w rozumieniu §. 156 *a.)* u. k. może się odnosić tylko do całego wzroku, t. j. do obydwu oczu i powiada nadto dosłownie na str. 126 pierwszego tomu: „Trwałe osłabienie wzroku musi być znaczniejsze, dosięgać wysokiego stopnia, musi prawie równać się utracie wzroku, z którą je zresztą ustawodawca na jednem stopniu stawia, ono musi czynić uszkodzonego, jeśli niezupełnie, to przynajmniej w znacznej części niezdolnym do pracy zawodowej. Skoro trzymać się będziemy tego probierza, nie pomylimy się nigdy w ocenieniu trwałego osłabienia wzroku; inaczej będzie miało nader chwiejne pojęcie „osłabienia“, bardzo szerokie granice, i może się stać szczególnie w ręku niespecyalisty wprost niebezpiecznem narzędziem“. Chcąc zaś dać wyraz temu, jak bardzo przeceniana bywa ważność dwuocznego stereoskopowego widzenia, przytacza zamiast wszelkiej odpowiedzi słowa Dondersa [2]): „Ocenianie odległości i bryłowatości przedmiotów jest również dość dokładne *(ziemlich vollkommen)* przy użyciu tylko jednego oka. Należy to koniecznie przypomnieć, ponieważ piękne odkrycie Wheatstonea uznaje się częstokroć za tak ważne, że się w końcu prawie zapomina o tem, co samo jedno oko zdziałać może *(was ein einziges Auge leisten kann“)*. Opierając się na powadze Helmholtza i własnem doświadczeniu, możemy tu dodać, cośmy już wyżej wykazali, że poczucie bryłowatości przy użyciu jednego oka może być nietylko „dość dokładne“, ale nawet „bardzo dokładne“.

Powyższe przedstawienie rzeczy, które starałem się uczynić treściwem i przedmiotowem, nie będzie może bez znaczenia dla osiągnięcia jednomyślności przynajmniej między lekarzami sądowymi w sprawie, która bywała nader często powodem licznych sprzeczności i nieporozumień. Leży to bez najmniejszej wątpliwości w interesie powagi orzeczeń sądowo-lekarskich, aby one w jednej i tej samej sprawie wypadały zgodnie, a nie przeczyły sobie wzajemnie. Zyska na tem nietylko powaga, lecz i sprawiedliwość. Że tak się dotychczas, co do sprawy nas tu obchodzącej, nie działo, wina nie leży zaprawdę po stronie lekarzy, lecz szukaćby jej raczej należało w stylizacyi §. 156 *a.)* u. k. Sądzę, że każdy lekarz wybrnąć może łatwo z tych trudności, jeżeli trzymać się będzie zasad wyżej przedstawionych i stać będzie twardo przy tem, że ustawa nie zna wcale pojęcia „upośledzenia wzroku na jednem oku“, — lecz tylko „upośledzenie wzroku w ogólności“, — co nigdy do jednego, lecz tylko do obydwu oczu odnosić się może. A to są rzeczy, jakeśmy to widzieli, zupełnie różne i wcale nie równorzędne.

Byłoby rzeczą bardzo pożądaną, aby sfery rozstrzygające zwróciły na to swoją uwagę i przy układaniu nowego kodeksu karnego odpowiednio zastosowały. Już przed 29 laty nawoływał do tego prof. Halban [1]) z tem skromnem zastrzeżeniem, aby orzeczenia znawców, których ustawodawca do rady powoła, nie złożono jako cennego materyału — do aktów. (Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Maschka: Handbuch der gerichtlichen Medicin. Band I. Tübingen, 1881

[2]) Donders: Die Anomalien der Refraction und Accomodation des Auges. Wien 1866, p. 136.

[1]) Gerichtshalle 1873. Nr. 39.

IV. Oceny i sprawozdania.

O łamliwości żeber u obłąkanych.

Podał

Dr. Stanisław Jankowski.

(Dokończenie).

Przytoczeni dotychczas autorowie z wyjątkiem Wagnera, wprowadzają w sposób mniej lub więcej stanowczy łamliwość żeber u obłąkanych w przyczynowy związek z rozmiękczeniem kości. Wagner natomiast, nie zaprzeczając, że kości uległe rozmiękczeniu cechuje szczególna kruchość, podnosi pierwszy, że w większości przypadków łamliwość żeber jest wynikiem sprawy zanikowej. Nie brak też w piśmiennictwie mniej lub więcej dokładnych opisów nadmiernie łamliwych żeber, w których stwierdzono sprawę zanikową, jako przyczynę kruchości.

Badania starszych autorów (Ormerod, L. Meyer, Dickson, Biaute, Wiglesworth) nie są we wszystkich przypadkach dość dokładne, podobnie jak i opisy Campbella (1895); natomiast wielką ścisłością odznaczają się prace Dmitrewskiego (1895) i E. Meyera (1897), którzy potrafili oddzielić rozrzedzenie od rozmiękczenia kości na podstawie szeregu badań mikroskopowych.

Ormerod [31]) badał mikroskopowo żebra obłąkanych w dwóch przypadkach (szaleństwo i niedołęztwo porażenne) i zwrócił uwagę przedewszystkiem na ziarnistość istoty kostnej; ziarnistość ta nie ulegała zmianie pod działaniem eteru i benzyny, ustępowała natomiast przy użyciu rozcieńczonego kwasu solnego. Zziarnienie to występowało zwłaszcza wybitnie w blaszkach otaczających przewody Hawersa, przyczem blaszki te często odstawały od siebie.

Istota kostna w wielu miejscach uległa wessaniu przy równoczesnem pojawieniu się tkanki tłuszczowej, która w kościach prawidłowych tylko w szpiku się pojawia. Jako charakterystyczną cechę obrazu mikroskopowego uważa Ormerod znaczne rozszerzenie przewodów Hawersa.

L. Meyer [32]) opisał jeden przypadek, w którym żebra 55-cio letniej kobiety zdradzały przy sekcyi nadmierną kruchość tak, że dawały się łatwo giąć i łamać bez użycia znaczniejszej siły; za życia w tym przypadku ani jedno żebro nie było złamane.

Badaniem mikroskopowem stwierdził L. Meyer wogóle znaczne rozszerzenie, a miejscami zatokowate rozdęcie

[31]) Ormerod. Observ: on a peculiar cond. of the bones etc. (Jour. of Ment. Sc. XVI. 1871).

[32]) L. Meyer: Mitth. üb. einen Fall von en. Atrophie d. Ripp. eines Geisteskr. (Virch. Arch. 1871).

przewodów Hawersa, obok dość grubej błony, napojonej kropelkami i ziarnkami tłuszczu; szpik kostny zawierał ciałka krwi, znaczną ilość tłuszczu i w znacznej ilości ciałka kostne nie zmienione. L. Meyer uważa łamliwość żeber u obłąkanych za wynik ich upośledzonej czynności oddechowej.

Dickson[33]), który opisał jeden przypadek nadmiernej łamliwości żeber u porażonego, nie stwierdził znamion rozrzedzenia kości, tylko nadmierny rozwój tkanki tłuszczowej, i uznał całą sprawę za proste zwyrodnienie tłuszczowe.

Biaute[34]) podaje następujący wynik badania mikroskopowego żeber jednego porażonego: w szpiku kostnym, istocie gąbczastej i korowej zmiany patologiczne polegały na bujaniu tkanki tłuszczowej i pojawieniu się kropelek tłuszczu w wielu miejscach; istota kostna zbita i ścieńczona bardzo znacznie; wogóle nie znalazł Dickson zmian w unaczynieniu, nie było także ani zapalenia, ani ropienia.

Wiglesworth [29]) badał żebra 30 obłąkanych i 8 umysłowo zdrowych w skrawkach odwapnionych, barwionych pikrokarminem i stwierdził, oraz dokładnie oznaczył pomiarami, rozszerzenie przewodu szpikowego z jednej, a ścieńczenie istoty korowej z drugiej strony. W ośmiu żebrach umysłowo zdrowych grubość kory wynosiła średnio 0 59 mm średnia otrzymana z 175 pomiarów kory żeber obłąkanych (w tych samych miejscach) równała się tylko 0·32 mm., w jednym przypadku ścieńczenie to dochodziło do 0·25 mm. Dalej stwierdził Wiglesworth w istocie zbitej powstawanie zatok i jam różnych kształtów i wielkości, a jamy te powstawały w następstwie wessania systemów Hawersa i często zlewały się z sobą.

Campbell [15]) badał żebra 58 obłąkanych i 50 umysłowo zdrowych i stwierdził u obłąkanych ścieńczenie istoty korowej, rozszerzenie przewodów Hawersa, bardzo szeroką sieć cienkich beleczek w istocie gąbczastej, a wreszcie znaczną ilość tłuszczu w szpiku. Łamliwość żeber badał Campbell przy pomocy przyrządu specyalnie zrobionego w tym celu przez Dra Merciera; w przyrządzie tym ucisk na żebra wykonywa się za pomocą śruby, a stopień ucisku mierzy odpowiednio umieszczona sprężyna spiralna. Ogólne wyniki, do jakich doszedł Campbell, są następujące: elastyczność i wytrzymałość żeber maleje w ogóle od 35 roku życia, przyczem siła żeber kobiecych jest wogóle prawie o połowę mniejsza od siły żeber mężczyzn (przeciętną wytrzymałość zdrowego żebra podaje Campbell na 66 funt. ang.) żebra osób umysłowo zdrowych, zmarłych na choroby przewlekłe, nie wyniszczające, lub choroby ostre, są nieco słabsze od żeber prawidłowych; jeszcze słabsze są żebra zmarłych skutkiem chorób przewlekłych, wyniszczających i żebra obłąkanych. — z tych zaś największą łamliwość zdradzają żebra chorych na niedołęztwo starcze *(dementia senilis)*, następnie zaś żebra porażonych (siła ich spada do 14 funt. ang. i niżej).

Dmitrewskij[35]) w Petersburgu badał żebra 8 umysłowo zdrowych i 23 umysłowo chorych, z tego 10 porażonych (8 m. 2 k.), 1 k. z obłędem ostrym, 7 z niedołęztwem wtórorzędnem (1 m. 6 k.), 2 k. z niedołęztwem starczem, 1 z pomięszaniem umysłu, 2 z zadumą (1 m. 1 k.). Wytrzymałość żeber oceniał Dmitrewskij z oporu, jaki stawiały przy przecinaniu nożycami i znalazł, że na 10 przypadków niedołęztwa porażennego, trzy razy żebra krajały się bardzo trudno, cztery razy dość łatwo; trzy razy nienormalnie łatwo; w siedmiu przypadkach *dementia consecutiva*, sześć razy żebra krajały się dość łatwo, a raz szczególnie łatwo — gnąc się „jak karton"; w dwóch przypadkach niedołęztwa starczego, jeden raz żebra krajano dość łatwo, raz łatwo „jak chrząstkę"; w dwóchprzypadkach zadumy żebra krajały się w pierwszym przypadku trudno, w drugim dość łatwo; w dwóch przypadkach pozostałych krajano żebra dość łatwo.

Zestawiając wyniki Dmitrewskiego widzimy, że na 23 przypadków stwierdził on 5 razy nieprawidłowy brak wytrzymałości żeber (z czego 3 razy u porażonych).

Co do zmiany grubości istoty korowej żeber, obliczywszy średnią arytmetyczną z kilkudziesięciu jego pomiarów, otrzymujemy u umysłowo chorych przeciętną grubość kory wahającą się między 0·39 a 0·08 mm., podczas gdy te same liczby u umysłowo zdrowych wynoszą 0·60 — 0·18. W obliczeniach tych nie uwzględniłem 2 przypadków w których przy znacznej kruchości żeber znalazł Dmitrewskij miejscami zgrubienie kory skutkiem kostniejącego zapalenia okostnej. Z liczb tych widzimy, że grubość istoty korowej żeber u obłąkanych jest prawie o połowę mniejszą, niż u umysłowo zdrowych (w X przyp. Dmitrewskiego dochodziła ona do 0·04 mm). Dalsze wyniki badań Dmitrewskiego dadzą się streścić jak następuje:

1) W tkance kostnej umysłowo chorych, oprócz właściwych zjawisk rozrostu, spotyka się w wielu przypadkach głębokie zmiany destrukcyjne, występujące najczęściej stosunkowo u porażonych, które wywołują nadmierną kruchość żeber.

2) Wejrzenie makroskopowe żeber łamliwych jest niejednakie i dla ich stanu patologicznego zupełnie nie charakterystyczne; w bardzo rzadkich tylko przypadkach bywa już za życia spostrzeżone zniekształtnienie kośćca, jako objaw ich łamliwości. Dmitrewskij opisuje jeden tylko swój przypadek (XVI), w którym już za życia rozpoznano rozwijające się rozmiękczenie kości na podstawie poprzedzających uporczywych bólów. Rozpoznanie to potwierdziła sekcya, przy której żebra gięły się bardzo łatwo, a nożycami można było je krajać „jak karton".

3) Zmiany mikroskopowe, spostrzegane w przypadkach patologicznego stanu kości, nosiły wogóle znamię zaniku, t. j. sprawa była destrukcyjną, prowadzącą do zniszczenia tkanki kostnej bez jakiegokolwiek nowotworzenia pierwiastków, a zmiany spotykane były dwojakiego rodzaju: *a*) Zmiany te przedstawiały się jako wzmożone jamkowate (lakunarne) lub liniowe wessanie, w czasie którego ulegało wchłonieniu organiczne podścielisko tkanki kostnej, przy równoczesnem znikaniu soli wapiennych, aż do zupełnego zniszczenia kości. *b*) Zmiany te przedstawiały się jako poprzedzająca *halisteresis ossium*, to jest jako sprawa, przy której z początku ulegają wessaniu tylko sole wapienne, a organiczne podścielisko tkanki kostnej pozostaje przez czas jakiś bez zmiany i dopiero później ulega zmianom wstecznym, a wreszcie wessaniu.

Ta *„halisteresis ossium"* jest zdaniem Dmitrewskiego zwyczajną postacią rozmiękczenia kości *(osteomalacia,)* a różni się od niej jedynie umiejscowieniem. Gdy bowiem przy zwykłem rozmiękczeniu kości wessanie soli wapiennych zaczyna się od obwodu, to w przypadkach Dmitrewskiego występowało także w środku kości

Co się tyczy szpiku kostnego, to przedstawiał on czasem obraz przemiany śluzowej, przy czem ilość komórek tłuszczowych była widocznie zmniejszoną: w znacznej części przypadków jednak szpik ulegał przemianie tłuszczowej lub „limfoidalnej", często widoczne w nim były osteoklasty *(myeloplaksy)* na granicy zmienionej tkanki kostnej.

Naczynia, znajdujące się w szpiku (o ile on nie był śluzowo zmienionym), bywały zwykle silnie rozszerzone i „nabite" czerwonemi ciałkami krwi; często spotykał Dmitrewskij rozsiane po szpiku kupki bezpostaciowego szaro-żółtego barwika, które uważa za przeobrażone wynaczynionki.

Te spostrzeżenia Dmitrewskiego przemawiają za teoryą Rindfleischa *(Handb: der path: Gewebelehre)*, który za powód wessania soli wapniowych w kościach u obłąkanych uważa przekrwienie zastoinowe w naczyniach krwionośnych szpiku, a powstawanie przekrwienia przypisuje nieprawidłowemu unerwieniu naczyń.

[33]) Dickson — według Virchow u. Hirsch. Jahresber. II. 1872.

[34]) Biaute: De la paral génér. etc. (Annal. méd. psychol XVI 1876).

[35]) Dmitrewskij: K'woprosu o patologo anatomiczeskich izmieneniach kostiej u duszewno bolnych. (Dyssert. dokt. Petersburg, 1895).

Wszystkich opisanych powyżej zmian nie stwierdził Dmitrewskij w 8 żebrach umysłowo zdrowych, badanych dla kontroli.

Do wyników podanych przez Dmitrewskiego zbliżone są w ogólnych zarysach wyniki badań E. Meyera[36]), przeprowadzonych w zakładzie patologicznym prof. Ortha w Getyndze w roku 1897.

E. Meyer badał mikroskopowo i chemicznie żebra tak umysłowo zdrowych, jak i chorych w 27 przyp. i oznaczał ich kruchość i łamliwość uciskiem ręki; sposób ten, jak autor twierdzi, chociaż tak pierwotny, doprowadza przecież do dostatecznie dokładnych wyników.

Wyniki te są w ogólnych zarysach następujące:

1) Siła żeber u osób umysłowo zdrowych maleje z wiekiem, a zmniejsza się wybitnie skutkiem przewlekłych wyniszczających chorób.

2) Żebra kobiet są w ogóle bardziej spłaszczone a skutkiem tego słabsze od żeber mężczyzn (Stosunek grubości do szerokości żeber m wynosi 1 : 3; ten sam stosunek w żebrach k. równa się 1 : 2 — 2½).

3) Żebra obłąkanych są wogóle znacznie kruchsze, aniżeli żebra umysłowozdrowych; w 11 przyp. niedołęztwa porażnego stwierdził E. Meyer 4 razy średnią kruchość żeber; w jednym badanym przypadku zadumy znalazł nadmierną kruchość; w 7 przyp. pomięszania przewlekłego kruchość była 3 razy średnia, 1 raz wybitna; w 8 przypadkach niedołęztwa umysłu (bez porażeń) żebra były 3 razy średnio, 5 razy nadmiernie kruche.

Zestawiając wyniki Meyera widzimy, że na 27 przypadków znaleziono prawidłową siłę żeber . . 10 razy
średnią kruchość . . . . 10 „
nadmierną kruchość . . . 7 „

W badanych 27 przyp. znalazł E. Meyer 4 razy złamania żeber w części zagojone, w części świeższe.

4) Badanie drobnowidowe w 27 przyp. E. Meyera stwierdziło raz tylko wyraźne cechy rozmiękczenia kości (u kobiety z pomięszaniem umysłu), a choroba ta była zdaniem autora tylko przypadkową; natomiast w reszcie przypadków znalazł Meyer tylko zwykły zanik prosty, który już makroskopowo zdradzał się rozrzedzeniem *(rarefícatio)* istoty kostnej. Powodem tego zaniku nie była zdaniem E. Meyera wzmożona wessalność, ile raczej ta okoliczność, że sprawa wzrostu (*appositio*) nie szła równomiernie z sprawą wsysania istoty kostnej (reserptio).

W dalszym ciągu swej pracy Meyer, chcąc przedstawić kruchość żeber o ile możności liczbami, przeprowadził szereg badań chemicznych, a badania takie przeprowadzili już przed nim w r. 1871 Rogers i Brown, a w 1889 Konstantynowskij[14]), którego praca jest E. Meyerowi nieznaną. Rogers i Brown[37]), badając chemicznie żebra 3 porażonych, stwierdzili z jednej strony, że stosunek składników organicznych do nieorganicznych był znacznie większym, natomiast stosunek wapna do kw. fosforowego był znacznie mniejszym, niż u osób młodych, nie dotkniętych chorobą umysłu.

Podobne wyniki otrzymał Clouston przy rozbiorze chemicznym żeber porażonego. Oznaczył on zmniejszenie zawartości soli wapiennych na 10% (według Dmitrewskiego).

Wyniki badań E. Meyera podobne są zupełnie do wyników rozbioru chemicznego kości chorych, zmarłych na wiąd rdzenia; kości takie badał Regnard[38]) i stwierdził, że nieorganiczne ich składniki są znacznie zmniejszone (24·2%), natomiast reszta składników organicznych składa się prawie w połowie z tłuszczu.

E. Meyer oznaczył ilość popiołu i tłuszczu w 17 żebrach obłąkanych i 7 umysłowo zdrowych i znalazł, że (przy tej samej wadze):

żebra o sile prawidłowej zawierały przeciętnie 57·1% popiołu
„ o średniej kruchości „ „ 47·9% „
„ nadmiernie kruche „ „ 34·8% „

Wyniki te nasuwają same przez się pytanie, co w takich kruchych żebrach zastępuje miejsce tego popiołu? czy istota klejodajna, czy też szpik w przeważnej części złożony z tłuszczu? Na pytanie to odpowiedział E. Meyer oznaczeniem tłuszczu żeber w przyrządzie Soxletha, a oznaczenie to doprowadziło go do wniosku, że w miarę jak ilość popiołu maleje, ilość tłuszczu wzrasta, czyli że tłuszcz zastępuje ubytek popiołu; takie same wyniki daje badanie kości umysłowo zdrowych, uległych zanikowi z jakiegokolwiek innego powodu.

Streszczając w krótkości wyniki badań klinicznych i anatomopatologicznych, przeprowadzanych w sprawie łamliwości żeber u obłąkanych przez starszych i nowszych autorów, dochodzimy do następujących wniosków:

I. Żebra obłąkanych w ogóle są kruchsze, niż żebra umysłowo zdrowych, przy czem tak u jednych, jak i drugich siła żeber maleje z wiekiem, a jest mniejszą u kobiet, aniżeli u mężczyzn.

II. Kruchość żeber u obłąkanych odpowiada kruchości ich u osób umysłowo zdrowych, zmarłych na choroby przewlekłe, wyniszczające.

III. Najwybitniejszą stosunkowo kruchość żeber spotyka się u obłąkanych, zmarłych skutkiem niedołęztwa umysłu starczego i niedołęztwa porażnego postępującego; w drugim przypadku kruchość ma znaczenie zmiany neuroodżywczej, wywołanej prawdopodobnie zaburzeniami w nerwach odżywczych, względnie naczynioruchowych.

IV. Tak zwana „łamliwość żeber u obłąkanych (*Rippenbrüchigkeit* niemieckich autorów) nie jest zmianą ani swoistą ani jednolitą, ale polega na 2 klinicznie i anatomicznie różnorodnych sprawach, których zewnętrzną wspólną tylko cechą jest kruchość żeber.

V. Pierwszą taką sprawą, stosunkowo rzadszą, a zwykle za życia zapoznaną, jest rozmiękczenie kości, które niejednokrotnie chorobie umysłowej towarzyszy, względnie pozostaje w przyczynowym z nią związku.

VI. Drugą sprawą, wywołującą najczęściej nadmierną kruchość, a w następstwie i łamliwość żeber u obłąkanych, jest zanik prosty odśrodkowy, który wywołuje rozrzedzenie kości i występuje stosunkowo najczęściej u porażonych.

VII. Wobec stwierdzonej łamliwości żeber u obłąkanych nieznaczny stosunkowo uraz może już wywołać złamanie żeber. Urazu takiego doznawać mogą chorzy czyto skutkiem upadku, czy też pobicia przez innych chorych lub dozorców, a za jedyny środek zapobiegawczy uważać należy unikanie przepełnienia, odpowiednie urządzenie zakładu, pozwalające na dokładny rozdział chorych spokojnych od niespokojnych, sumienny i ludzki dozór, wykonywany przez dostateczną liczbę dobrze płatnej i wyuczonej służby, zostającej pod ustawiczną kontrolą lekarzy.

Sposoby wprowadzenia w czyn odpowiednich reform są zadaniem sfer rozstrzygających w zarządzie zakładów. Że zadanie to nie jest łatwem, świadczą słowa Guddena: „Die Aufgabe ist eine schwierige und wird, was in der im grossen Ganzen sich gleichbleibenden Natur der Menschen und der an sie herantretenden Versuchungen liegt, für immer eine schwierige bleiben“.

[36]) E. Meyer: Über Rippenbruche bei Geisteskr. (Arch f Psych. XXIX. 1897).

[37]) Rogers i Brown: według Jour. of Ment. Sc. 1871.

[38]) Regnard: Gazette médicale de Paris 1880.

V. Wyciągi.

Neisser. **O świerzbieniu i chorobach skórnych świerzbiących.** (*Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts*, Z. X, 1902). Nieraz chorzy nie są w stanie określić odczuwanego świerzbienia; wtedy należy się pytać, czy doznawano uczucie wywołuje potrzebę drapania. Wogóle można rozróżnić trzy rodzaje świerzbienia: 1. świerzbienie w skórze zdrowej z powodów czysto zewnętrznych, jak np. pasorzyty zwierzęce, które w nakłótą skórę wpuszczają ciecz drażniącą. Tak samo działają włoski niektórych

gąsienic i roślin (pokrzywa), a w lasach, gdzie dużo znajduje się gąsienic, latające w powietrzu ich włoski, padając na skórę, wywołują świerzbienie i podrażnienie. Lecz są ludzie uodpornieni przeciw ukąszeniu wszelkich gatunków, albo przynajmniej pewnego gatunku pasorzytów. 2. Właściwy świąd *(pruritus)* wywołują przyczyny wewnętrzne, jak cukrzyca, często żółtaczka, dna, mocznica, niekiedy chłoniaki, raki i t. p. Szkodliwe wytwory tych stanów patologicznych, krążące we krwi. wywołują świąd; czasem powstaje on po zażyciu makowca, morfiny, kawy, herbaty, wyskoku i t. p. u osobników, posiadających idyosynkrazyę przeciw tym substancyom. Na szczególną uwagę zasługuje świąd u morfinistów. a szczególnie u kokainistów. Tu należy także świąd z powodu pierwotnych chorób nerwowych, jak podrażnienia rdzenia, porażenia ogólnego, choroby Basedowa, pląsawicy, macinnicy, niedomogi nerwowej, chorób umysłowych i t. d. Czasami świąd stanowi najważniejszy objaw tych chorób i chorzy cierpią na formalny obłęd skrobania się (dermatothlasia), z którym nie kryją się nawet w najlepszych towarzystwach, zadając sobie skrobaniem głębokie rany. Swiąd należy również uważać za nerwowy, jeśli pozostaje po chorobach, połączonych z świerzbieniem, kiedy właściwa przyczyna dawno już znikła, jak to często spotykamy po świerzbie, szczególniej u osób nerwowych. Najlepiej zatem każdemu choremu na świerzb zapowiedzieć z góry, że świerzbienie nie zniknie bezpośrednio po leczeniu. Swiąd zdaje się być z przyczyny odruchowej, jeśli występuje podczas ciąży w przebiegu chorób macicznych i jajnikowych, tasiemca, kamicy żółciowej i t. p. Również odruchowej przyrody jest t. zw. »*pruritus mentis*«, występujący u wielu osób, jeśli się mówi o pasorzytach i chorobach, połączonych z świądem, lub gdy się obawiają. że przez dotknięcie się ludzi niechlujnych sami się zanieczyścili. U osób nerwowo obciążonych wystarczy mniemanie, iż nabyli choroby świerzbiącej, by rzeczywiście odczuwać gwałtowny świąd, a przekonanie to może przejść w formalny obłęd. Do tej grupy należą także *pruritus hiemalis* i *aestivalis*, jakoteż *pruritus senilis*, w którym zubożenie skóry w tłuszcz, ustanie pocenia się i utrata prężności mają może znaczenie etyologiczne. 3. Do trzeciej grupy zalicza autor następujące choroby skórne świerzbiące: wyprysk, bąblicę, *dermatitis lichenoides*, czyli t. zw. *neurodermitis* autorów francuskich, liszaj czerwony, niektóre okresy łuszczycy i t. d.; następnie różne postacie pokrywki, ognik, świerzbiączka. Pokrzywkę uważa N. za nerwicę naczynioruchowo-wydzielniczą.

Leczenie wymaga przedewszystkiem dokładnego zbadania wewnętrznego i zewnętrznego i uwzględnienia stwierdzonych przyczyn. Jednak równocześnie z leczeniem przyczynowem musimy często leczyć i świąd, na który chorzy nieraz gwałtownie cierpią. Tu przedewszystkiem równomierna ciepłota skóry jest pożądaną; u wielu osób bowiem każda zmiana ciepłoty wywołuje świerzbienie i dlatego przez cały dzień nie doznają tego uczucia, aż dopiero wieczorem, gdy się rozbierają, a po rozegrzaniu się w łóżku świerzbienie tak się potęguje, że chorzy przez kilka godzin nie mogą zasnąć. Tacy ludzie powinni się rozebrać w dobrze ogrzanym pokoju i wdziać na siebie ogrzaną bieliznę nocną; łóżko nie powinno być zbyt ciepłe, podkładanie pierzyn i przykrywanie się niemi nie jest stosowne; dobrze jest natychmiast po rozebraniu się zmyć ciało, lub zastosować maści usuwające świąd. Do tego poleca N. następujące pędzlowanie: Rp. *Flor. zinci*, *Talc. venet.*, *Glycerini*, *Aquae aa 25·0*, *Liq. carbon. deterg. anglic. 5—10·0*, *Ichtyol. 3·0—5·0—10·0*. Powstaje suchy nalot, który łatwo można usunąć ciepłą wodą, wyskokiem lub złotym kremem. Maści zaś z następową posypką polecają się u chorych, mających skórę suchą, łamliwą albo starczą i skąpą w tłuszcz, lub też podrażnioną sprawami zapalnemi. Taką maścią chłodzącą może być: *Lanolini lub Alapurini 35·0*, *Liq. alumin. acet. 5·0*, (*albo w stosunku 30·0 do 10·0*).

Leki uśmierzające świerzbienie są: 1. mentol, który z początku należy stosować tylko w 1—2% rozczynie wyskokowym, lub w maściach, gdyż ogólne wcierania o zawartości większej, niż 2% mentolu wywołuje często bardzo przykre uczucie ziębienia z następowem uczuciem gorąca. 2. Kwas karbolowy (1—3%), którego u dzieci nie należy stosować. 3. Naftol i wytworzoną z niego epikarynę (5% maści). 4. Kwas salicylowy w 2—5 aż do 10% maściach, lub w 1—5% rozczynach wyskokowych, i 5. *tinctura rusci* najlepiej z chloroformem (1: 10). Można też różne środki ze sobą łączyć; autor poleca n. p. maść następującą: Rp. *Menthol.*, *Chlorali hydrat.*, *Camphor. tritae* (ewentualnie jeszcze *Acid. carbol.*) *aa 5·0 M. tere exatiss. fiat cum Vaselino ad 100·0—50·0 ungt.* Jeśli skóra tkliwa poleca jako środek łagodzący *oleum Tumenoli* w znaczeniu 5—10% dodatku do past cynkowych.

Kąpiele w świerzbieniu są bardzo często pożyteczne, lecz o jakiej ciepłocie i z jakimi dodatkami, należy w każdym przypadku wypróbować; to samo tyczy się wszelkich zabiegów leczniczych. Dobre skutki wywierają kąpiele z bezwodnikiem kwasu węglowego, o ile zaś różne sposoby elektryzowania w uporczywych przypadkach są skutecznymi, nie jest rzeczą ustaloną. Najważniejszym zadaniem jest wogóle usuwanie napadów świądu przed zaśnięciem i dlatego nieraz musimy się uciec do wewnętrznych środków uspokajających i nasennych. Jako taki poleca autor połączenie bromu z antypiryną, które według jego zdania w wszelkich przypadkach świerzbienia i chorób skórnych świerzbiących wywiera wpływ wprost swoisty, lecz potrzebne są odrazu większe dawki: *Natrii bromati 4·0—6·0*, *Antipiryni 1·5—3·0* zapisano w płynie, który chory musi wyżyć w ciągu późniejszych godzin popołudniowych i wieczornych. Jeśli to nie pomaga, należy wymuszać sen energicznemi dawkami tryonalu, wodnika chloralu i t. d. Naturalnie, że trzeba unikać wszelkich potraw i napojów podniecających, szczególnie wyskoku, kawy, herbaty i t. p. i namiętnego palenia. U wychudłych zaś jest wskazanem tuczenie. *Dr. Fels.*

Ageron (Hamburg). **Kilka uwag rozpoznawczo-leczniczych o wrzodzie żołądka.** (*Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 30, 1902 r.). Przeglądając nowsze publikacye, traktujące o chorobach żołądkowych, można zauważyć, że w szeregu przedmiotowych objawów wrzodu żołądka nadmiar kwasoty *(hyperaciditas)* zajmuje pierwszorzędne miejsce. Również nie da się zaprzeczyć, że z tej zasadniczej reguły zdarzają się nie rzadko wyjątki; sam autor spostrzegał na 35 przypadków wrzodu żołądka 5, w których stwierdzono zupełny brak kwasu solnego, a w ostatnim roku nadarzył mu się jeden przypadek z brakiem kwasoty i wszelakich enzymów. (Dodać zresztą należy, że rozpoznanie wrzodu potwierdziła później wykonana gastroenterostomia). Przy tem wszystkiem dziwnem się wydaje, że dotychczas przy badaniu podobnych przypadków nie zwrócono uwagi na ruchową czynność żołądka, okoliczność, którą autor tłómaczy w ten sposób, że na zasadzie dzisiejszych zapatrywań wrzód żołądka tylko wówczas pociąga za sobą znaczniejsze zmiany w zakresie ruchowym, jeśli w części odźwiernikowej wytworzyło się zwężenie z następową rozstrzenią żołądka. Że ta ostatnia jest tylko objawem następowym jakiejś anatomicznej zmiany w odźwiernikowej części żołądka albo w dalszym ciągu dwunastnicy, lub wreszcie zrostów z sądziedztwem, to chyba już nie ulega najmniejszej wątpliwości. Tę jednak „anatomiczną“ rozstrzeń należy odróżnić od innej „fizyologicznej“, wytworzonej skutkiem pierwotnego zwiotczenia, lub przewlekłych nieżytowych spraw zapalnych błony śluzowej żołądka. Zasadnicza różnica między temi dwiema rozstrzeniami polega na tem, że w „fizyologicznej“ jedynie wydolność ruchowa żołądka jest upośledzona, podczas gdy w anatomicznej treść pokarmowa zawsze tak długo zalega w żołądku, że o zupełnem jego wypróżnieniu mowy być nie może (Cohnheim, Boas). Mniemanie zaś, że wrzód żołądkowy tylko wówczas prowadzi do upośledzenia czynności ruchowej, gdy się wytworzyły zwężenie i rozstrzeń, nie wytrzymuje krytyki, albowiem autor stwierdził zaburzenia ruchowe w czynności żołądka w przypadkach, gdzie wrzód znajdował się na krzywiźnie małej lub na tylnej ścianie żołądka, a więc w miejscach, które w żaden sposób nie mogą być powodem zwężenia. Wrzód więc działa podobnie, jak ciało obce: swem ustawicznem drażnieniem podtrzymuje trwałe wydzielanie się soku żołądkowego, skutkiem czego przychodzi do nadmiaru kwasoty, a przez to do odruchowego skurczu odźwiernika (Cohnheim, Ageron). Z tego wynika, że w przypadkach podejrzanych o wrzód żołądka, szczególnie w okresie, w którym jeszcze nie przyszło do zwężenia części odźwiernikowej, lub ta zupełnie się nie wytworzy z powodu innego usadowienia się wrzodu, może właśnie ścisłe badanie (zgłębnikiem) ruchowej siły żołądka rozpoznanie uzupełnić.

Co się tyczy leczenia, to oprócz znanych zresztą w takich razach zasad dyetetyczno-lekarskich, — zaleca autor wlewania dermatolu z oliwą w postaci delikatnej zawiesiny. Po należytem wymyciu żołądka ciepłym kwasem borowym, wlewa Ageron 200 grm. oleju lnianego z 10 grm. dermatolu, dobrze poprzednio skłóciwszy, poczem chory układa się na wznak lub na brzuch: boleści znacznie się zmniejszają, siła ruchowa żołądka poprawia się tak, że można wcześniej podawać stałe pokarmy, na czem jednak to korzystne działanie tej zawiesiny polega, — autor nie tłomaczy.

Dr. Pisek (Podgórze).

Sir Lander Brunton. **Możliwość chirurgicznego leczenia zwężeń lewego ujścia żylnego.** (*The Lancet*, 8 lutego 1902 r.). Autor, jeden z najgłośniejszych lekarzy angielskich, rzuca śmiałą myśl usuwania zwężeń ujścia żylnego (*stenosis mitralis*) drogą chirurgiczną. Uznaje on niezmierne niebezpieczeństwo operowania w takim narządzie jak serce; lecz sądzi, że bywają przypadki, gdzie życie w ustawicznej męce chyba nie jest milszem od śmierci i — jeśli przedstawi się choremu możność znacznego polepszenia na drodze, która może wprawdzie grozić nagłą śmiercią.

lecz może mieć i powodzenie, to nie jeden wybierze operacyę, jako ostatnią ucieczkę i ratunek od męczarni.

Do takich niezwykle ciężkich cierpień należy właśnie zwężenie ujścia lewego żylnego bardzo znacznego stopnia, gdy chory staje się niezdolnym do żadnej pracy i wlecze swe smutne istnienie przeważnie w szpitalu, lub jest ciężarem sobie i rodzinie. Jeżeliby się udało rozszerzyć zwężone ujście żylne, stan chorego znacznieby się polepszył. Autor powziął myśl wykonania odpowiednich doświadczeń na zwierzętach i trupach ludzkich, lecz wobec wielu zajęć zdążył urzeczywistnić zaledwie część swych planów; to też uważa obecną rozprawę za doniesienie tymczasowe. Jak dotąd zdążył on wypróbować rozcięcia zrośniętych zastawek w sercach trupów, w zdrowych zastawkach żywych kotów, oraz próbował dokonać odpowiedniej operacyi na zwierzętach martwych. B. czyni szereg pytań, nasuwających się przy wprowadzeniu w czyn jego pomysłu i oświeca je ze swego punktu widzenia. Pierwsze i najważniejsze pytanie ze stanowiska chirurgicznego, czy należy powiększać otwór lewego ujścia żylnego przedłużeniem naturalnego, czy też trzeba rozciąć zastawki przez ich środek pod prostym kątem do ujścia? Pierwszy sposób byłby lepszy, lecz drugi jest łatwiej wykonalny i może być wystarczającym dla zamierzonego celu, t. j. ułatwienia przepływu krwi z przedsionka do komory.

Do operacyi używał autor noży takich, jakich używa się przy tenotomii. Tnący brzeg noża nie powinien być mniejszy od $^1/_2$ do jednego cala. Kształt noża zależy od tego, czy chirurg zamierza operować przez przedsionek, czy też przez komorę; w tym ostatnim razie nóż może być niewiele grubszy od igły; wtedy krwawienie będzie bardzo nieznaczne, gdy natomiast przy pierwszym sposobie operowania grozi znaczny krwotok.

Operując na martwem zwierzęciu dla odsłonięcia serca stosował autor sposób Ninniego z Neapolu, polecony przez Rottera: cięcia prowadzi się od lewego brzegu mostka na zewnątrz, na lewo, wzdłuż dolnego brzegu trzeciego i piątego żebra; zewnętrzne końce łączą się cięciem trzeciem; tkanki miękkie oddziela się wraz z żebrami 4-tem i 5-tem; otrzymana tym sposobem furta mocno się odgina w tył na mostek, przyczem mostkowe przymocowania żeber ustępują pod naciskiem odginającej siły.

Tym sposobem odsłania się serce na dostatecznej przestrzeni; płuco odsuwa się na stronę i po rozcięciu osierdzia jesteśmy w możności wprowadzić nóż do komory.

Chcąc operować przez przedsionek, należy prowadzić cięcie górne wzdłuż dolnego brzegu drugiego żebra, chociaż można odciągnąć serce i dojść do przedsionka i przy powyżej opisanem rozcięciu. Operując na sercu żywem, należałoby tylko wprowadzić nóż w czasie rozkurczu, gdyż wtedy mniejsze jest niebezpieczeństwo zranienia przeciwległej ściany komory. Osierdzie należy rozciąć szeroko nietylko dla dogodniejszego operowania, lecz i dla usunięcia niebezpieczeństwa uciśnięcia serca krwią, która może nagromadzić się w worku osierdziowym po rozcięciu ściany serca. Wobec pomyślnych wyników, otrzymanych przez operatorów przy ranach serca, autor wypowiada nadzieję, że niedalekim jest czas, w którym niemniej skutecznie uda się operować i w zwężeniach lewego ujścia żylnego.

Mając zamiar dalej prowadzić swe doświadczenia, proponuje B. chirurgom wydoskonalenie sposobów chirurgicznych urzeczywistnienia jego pomysłu. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Th. Harvey. **Przypadek wchłonienia kawałka mięsa do oskrzeli.** (*Internat. Med. Mag.* 1902, Nr. 1). Mężczyzna 50 lat liczący, chcąc połknąć w czasie obiadu kawałek mięsa, zakrztusił się, poczem wystąpił gwałtowny kaszel i uczucie duszności tak silne, że człowiek ten sądził, iż umrzeć natychmiast musi. Po pewnym jednak czasie uczuł ulgę, a że kaszel męczący nie ustawał, wezwano lekarza. H. znalazł chorego mocno kaszlącego i uskarżającego się na duszność. Tętno 100 C., 37,8° C., liczba oddechów 40 na minutę. Przy badaniu lewej połowy klatki piersiowej nie znaleziono nic nieprawidłowego; ze strony prawej od szczytu płuca do poziomu sutka odgłos wypukowy był zwykły i oddech pęcherzykowy; poniżej odgłos stawał się mniej dźwięczny, a w całej dolnej części płuca słychać było mnóstwo rzężeń świszczących i wilgotnych; oprócz tego w odległości jednego cala na wewnątrz od sutka i poniżej dawał się słyszeć bardzo wysoki świszczący dźwięk muzykalny.

Autor rozpoznał obecność ciała obcego w oskrzelu, opierając się głównie na obecności wspomnianego wysokiego świstu, który uważa za objaw swoisty dla tego rodzaju spraw. Zachowanie się lekarza było wyczekujące. Duszność jednak, chociaż umiarkowana, wciąż trwała; przy ruchach znacznie wzmagała się, lecz nie miała charakteru spasmodycznego. Tętno wahało się między 90 i 100. C. od 36,9 do 38,1° C.; liczba oddechów stopniowo spadając, doszła do 20. Wysoki świst muzykalny przy brzegu piątego żebra znikł na 10-ty dzień, a prawidłowy oddech i pęcherzykowy odgłos wypukowy powróciły na 16-ty dzień. Do 10-go dnia chory nie mógł leżeć i cierpiał na męczący kaszel z wydzieleniem plwociny śluzowo-ropnej. Badano ją kilkakrotnie w kierunku obecności włókien mięsnych, lecz bez skutku. Powstaje zatem ciekawe pytanie, co się stało z kawałkiem mięsa, które widocznie dostało się do oskrzela? Autor przypuszcza, iż mięso, odkażone przez gotowanie, rozmiękło, przetrawiło się w wydzielinie oskrzelowej i wessało się, — lub też wyszło z plwociną w rozrzedzonej postaci. Bądź co bądź, samoistne wyleczenie w podobnych okolicznościach musi należeć do przypadków niezwykle rzadkich. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

G. Emerson Brewer. **Chirurgiczne leczenie wodnej puchliny przy marskości wątroby.** (*Medic. News Philad. Med. Journal* 15 lutego, 1902). Autor opisuje kilka nowych przypadków operacyi Talma i podaje bardzo ciekawą statystykę jej następstw. Z załączonej przez B. tablicy widać, iż przynajmniej w 6-ciu przypadkach marskości wątroby chorzy pozbyli się puchliny wodnej po przyszyciu sieci do przedniej ściany brzucha i pozostali w tym zadowalniającym stanie w ciągu dwóch lat i dłużej. U innych sześciu chorych wodna puchlina znikła na przeciąg czasu od dwóch do sześciu miesięcy: jedni z nich zmarli bez nawrotu puchliny, inni byli dostateczny czas pod obserwacyą w celu stwierdzenia, czy usunięcie puchliny wodnej było trwałe. W jednym przypadku krwotok z przewodu pokarmowego szybko ustał po operacyi Talma. Wogóle w mowie będący zabieg operacyjny został uwieńczony powodzeniem w 38 przypadkach; jeżeli zaś uwzględnimy, że stosowano go w większości przypadków u ciężko i niewyleczalnie chorych i to w ostatnim okresie choroby, gdy już niewiele sił życiowych pozostawało, — to, jak autor sądzi — wyniki operacyi Talma byłyby niezawodnie daleko więcej zachęcające, gdyby operacyę wykonywano wcześniej. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

H. Syers. **Błędy przy osłuchiwaniu w związku z użyciem podwójnego stetoskopu.** (*The Lancet*, 8 lutego 1902 r.). Autor ostro powstaje przeciw używaniu bardzo rozpowszechnionego obecnie podwójnego stetoskopu (fonendoskopu) i sądzi, że wiele błędów przy osłuchiwaniu zależy od użycia tego przyrządu. Szczególnie często według doświadczenia autora pozostaje niespostrzeżonym miękki nizki szmer rozkurczowy na zastawkach tętnicy głównej; szmer taki każe bardzo źle rokować, gdyż jest oznaką zbyt słabego kurczenia się ścian komory lewej i chorzy z tą postacią niedomykalności zastawek aorty bardzo często nagle umierają. Dalej, często skurczowe szmery nad koniuszkiem serca uważane bywają za przedskurczowe; wreszcie w sercu zdrowem dźwięki mylnie wydają się nieczystymi lub wzmożonymi. Przy osłuchiwaniu płuc fonendoskopem nieraz nie można odróżnić odcieni patologicznego oddechu; szczególnie szkodliwem jest użycie podwójnego stetoskopu przez uczących się i początkujących medyków. Oprócz błędów rozpoznawczych jest jeszcze inna zła strona częstego użycia tego przyrządu, mianowicie silne podrażnienie narządu słuchowego, mogące pociągnąć za sobą najgorsze skutki.

Autor pomimo to wszystko nie wypowiada się za zupełnem usunięciem fonendoskopu z użycia; przeciwnie zupełnie słusznie uważa go za bardzo cenny przyrząd przy osłuchiwaniu ciężko chorych, których nie należy męczyć podnoszeniem, a których zwykłym stetoskopem zbadać nie zawsze można. Również wskazany jest fonendoskop do osłuchiwania małych dzieci, lecz nie do stałego użytku, i w rękach tylko doświadczonych już lekarzy.

Dr. St. Rudzki (Lublin).

Sidney Philipps. **Gościec, jako przyczyna krwotoków nosowych u dzieci.** (*The Lancet*, 22 lutego, 1902 r.). Autor przytacza szereg przykładów, mających dowodzić, że przy gośćcu stawowym u dzieci występują krwotoki nosowe bez miejscowego cierpienia nosa, lub innych przyczyn usposabiających.

W niektórych razach krwotok z nosa zjawiał się w czasie ostrego napadu gośćca; czasem znowu występował naprzemian z napadami zapalenia stawów; a w innych razach pozostawał w związku z płasawicą przypuszczalnie o gośćcowej podstawie. Ponieważ u dzieci nieraz spostrzega się wysięki w stawach bez bólów, a z drugiej strony od leczenia zasadniczego cierpienia ustępują i krwotoki nosowe, — zaleca więc autor zawsze zwracać baczną uwagę na stan stawów przy wystąpieniu krwawienia z nosa. Niektórzy badacze wyrazili przekonanie, że krwotok nosowy bywa nieraz objawem zatrucia przetworami kwasu salicylowego. Z pacyentów autora, o których mowa, żaden nie zażywał salicylanów przed krwotokiem; natomiast u wszystkich — prócz jednego — po zastosowaniu tego leku krwotoki znikły wraz z poprawą cierpienia stawowego. Autor sądzi, iż w tych przypadkach gośćca, w których leczono przetworami kwasu salicylowego i spostrzegano krwotoki nosowe, te ostatnie zależały prędzej od głównego cierpienia (gośćca), a nie od stosowanego leku. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Dr. Leiner. **Postacie zaraźliwe pęcherzycy i liszajca w przebiegu odry.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 5, 13, 3. H., 1902). Pęcherzyca zakaźna jest chorobą samozakaźną, a prócz tego przenosi się z osoby na osobę przez zetknięcie się. Przyczyną choroby tej jest ropotwórczy złoty łańcuszkowiec, który wyhodowano z treści pęcherzów w czystych hodowlach, a którego przeszczepienie wytwarza pęcherze liszajca (*impetigo*). Matzenauer i Faber wykazali identyczność tych koków w ostrej pęcherzycy noworodków, i dlatego Faber w swej monografii łączy obie te choroby pod nazwą *pemphigus contagiosus*. Dr. Leiner opisuje cztery przypadki pęcherzycy w przebiegu odry, jako choroby przebiegającej bez podwyższenia ciepłoty ciała, przenośnej na inne osoby, a charakteryzującej się wystąpieniem pęcherzy, strupów i złuszczenia się ich bez pozostawienia blizn. Że te przypadki pęcherzycy, występujące w przebiegu odry, należą do grupy liszajca zaraźliwego, za tem przemawia: 1. wspólny obraz kliniczny; 2. wspólne wyniki badań bakteryologicznych; 3. dodatnia próba szczepienia, po którem udało się wywołać typowego liszajca zaraźliwego z treścią pęcherza pęcherzycy.

Dr. Bolesław Komorowski.

Dr. W. E. Mertens. **O rzekomych uchyłkach zagięcia esowatego i wyrostka robaczkowatego.** (*Mittheil. a. d. Grenzgeb. der Medizin und Chirurgie* T. IX, Zeszyt 4 i 5). Dzięki poszukiwaniom Grasera rzekome uchyłki jelit nabrały znaczenia nietylko teoretycznego, ale i praktycznego. Zestawiwszy z piśmiennictwa dotychczas opisane przypadki, przytacza autor jeden z własnogo spostrzegania, w którym przedziurawienie uchyłku ścian esowatego zagięcia stało się miejscem wyjścia ogólnego ropnego zapalenia otrzewnej. Zwróciwszy zaś wyłączną uwagę na wyrostek robaczkowy znachodził autor wcale nierzadko w nim uchyłki. W jednym przypadku najprawdopodobniej z takiego uchyłka wyszła sprawa zapalna okołokątnicza.

Herman.

A. Merk. **Przyczynki do patologii i chirurgii dróg żółciowych.** (*Mittel. a. d. Grenzgeb. der Med. uud Chir.* T. IX, Zeszyt 4 i 5, 1902). Jest to dalszy ciąg kazuistyki odpowiednich przypadków, operowanych od roku 1898 do roku 1901 w klinice Czernego (Heidelberg). W tym czasie wykonano u 128 chorych na 136 posiedzeniach, 170 zabiegów. Najczęściej, gdyż 56 razy wykonano cholecystostomię, potem choledochotomię 16 r., cysticotomię 11 r. i t. d. Zabiegi te przedsiębrano głównie z powodu kamicy. Tylko 16 razy operowano w zakresie dróg żółciowych z powodu raka lub nowotworów trzustki. Smiertelność bezpośrednia po tych operacyach wynosiła 3·5%. W jakiś czas po operacyi dowiedziano się o 91 chorych, z tych 73 nie miało żadnych dolegliwości.

Herman.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Ruge (*Heilkunde*, czerwiec, 1902) ogłasza wyniki swych doświadczeń z aguryną na oddziele dla chorób wewnętrznych w Hamburgu-Eppendorf W niektórych przypadkach wad sercowych, w przewlekłych zapaleniach nerek, środek ten działał bardzo dobrze i nawet wyżej stoi pod niektórymi względami od diuretyny. Podawano w proszku w jednorazowej dawce 0·50 w ten sposób, że przez dwa, ewentualnie trzy po sobie następujące dni podawano pięć razy po 0·50 na dobę. Wyniki zachęcają bardzo do dalszych prób, a nawet do stosowania w przypadkach napozór rozpaczliwych.

Dr. Pisek (Podgórze).

Przeciw bolesnym wrzodom prącia Heins zaleca heroinę, którą podaje w pigułkach po 0·01. Ma działać szybciej i lepiej, aniżeli lupulina lub sole bromowe. (*Therap. Monatshefte*, Nr. 5, 1902).

Pisek.

Strauss. **Heroina, jako lek powściągający popęd płciowy.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 36, 1902). Pracą swoją zamierza autor zachęcić i innych kolegów do stosowania tego środka w różnorodnych zboczeniach narządu płciowego. Bardzo bowiem dobre wyniki otrzymał w 10-ciu przypadkach pomazań nocnych z następowem ogólnem osłabieniem, bolesnością w krzyżach i t. d. u młodych, zresztą zdrowych mężczyzn. Dawka wynosiła w pierwszym tygodniu 0·01 codziennie wieczorem; w następnym, według przypadku, ta sama dawka, ale z 2—3 przerwami, oczywista rzecz nie zaniedbując przytem ogólnych zasad higienicznych: twarde łoże, leżenie na boku, wstrzymanie się od napojów wyskokowych, zwłaszcza wieczorem, zimne nacieranie i t. d. W tych wszystkich przypadkach można było zawsze stwierdzić, że działanie heroiny stoi prawie na równi z działaniem bromku potasowego w połączeniu z kamforą i lupuliną.

Druga grupa chorych, u których autor stosował z pomyślnym skutkiem heroinę, odnosi się do przypadków neurastenii i niezdolności płciowej, oraz tych wszystkich objawów, które zwykle są następstwem samogwałtu, jak: osłabienie, nieufność we własne siły, ból głowy, uczucie znużenia, osłabienie pamięci, nasieniotok i t. d. Wyniki były wogóle zadowalniające, zwłaszcza w jednym przypadku nasieniotoku, w którym odpływ nasienia ukazywał się za każdem kaszlnięciem, nastąpiła znaczna poprawa po trzech czopkach à 0·01 heroiny (co wieczór jeden), a po kilku tygodniach zupełne wyleczenie. Nadmienić wreszcie wypada, że i w przypadkach bolesnego wzwodu prącia, zapalenia gruczołu krokowego, przyjądrza, bolesności jąder i t. d. środek ten prawie nigdy nie zawodził.

Zesumowawszy więc to wszystko można śmiało powiedzieć, że heroina nadaje się w tych wszystkich przypadkach chorobowych z zakresu narządu moczopłciowego, w których idzie o usunięcie lub opanowanie bolesności i stanów zapalnych, a co ważniejsza, że nie pociąga za sobą żadnych ubocznych, a szkodliwych następstw.

Dr. Pisek (Podgórze).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 9 października.

* *Otrzymaliśmy następujące pismo:*

Szanowna Redakcyo!

Upraszam o umieszczenie w »Przeglądzie lekar.« następującej notatki:

Emerytura dla lekarzy okręgowych. Wydział Krajowy za pośrednictwem Wydziałów powiatowych rozesłał w końcu września b. r. lekarzom okręgowym t. zw. listy służbowe do wypełnienia, a to w celu zebrania dat i materyału, mającego stanowić podstawę do opracowania wniosków, zmierzających do przyznania lekarzom okręgowym prawa do emerytury Ponieważ lekarzy okręgowych jest około 130, przeto sporządzenie statystyki zapewne nie wiele zajmie czasu.

Niemniej jednak zwracamy uwagę, że namiestnictwo utrzymuje w ewidencyi wszystkich lekarzy, a więc i okręgowych i niewątpliwie na wezwanie Wydziału Krajowego chętnie odstąpiłoby gotową już statystykę, którą posiada. Również wiele gotowych już danych statystycznych znajduje się w corocznych sprawozdaniach krajowej Rady zdrowia. Czy nie wygląda to zatem na utrudnianie sobie pracy? *Erg.*

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiel. otrzymali: Teofil Baczyński, Wilhelm Zatbey i Edward Żuliński.

* Wiadomości osobiste. Namiestnictwo przeniosło koncepistę sanitarnego Dr. K. Mieroszewskiego ze Lwowa do Krakowa; asystentów sanitarnych: Dr. L. Sobieszczańskiego z Drohobycza do Kałusza i Dr. S. Kaczyńskiego z Krakowa do Śniatyna. Dr. Z. Maurer, b. sekundaryusz szpitala św. Łazarza, osiadł w Limanowej.

* Podczas Zjazdu w Karlsbadzie prof. Posner zdawał w sekcyi prasy lekarskiej sprawę o postępie organizacyi międzynarodowego Związku prasy lekarskiej. Dr. Herrnheiser uczynił wniosek, który zgromadzenie uchwaliło, ażeby redakcye czasopism lekarskich niemieckich, wychodzących w Niemczech i w Austryi, stanowiły jedną grupę. Jest to uchwała zasadnicza dla tych wszystkich narodów, których piśmiennictwo lekarskie wychodzi w jednym języku, lecz nie w jednym tylko państwie.

* Rząd austryacki wyasygnował 10,000 koron na pierwsze koszta wyrobu surowicy przeciwpłoniczej Dr. Mosera. Wprawdzie sam fakt, że prątek płonicy nie jest jeszcze znany, osłabia ufność do nowowynalezionej surowicy; ale byłoby błędem zasadniczym zwalczać ją z tego powodu: wszak tyle leków, a w szczególności samo szczepienie ochronne przeciw ospie, zawdzięcza ludzkość prostej empiryi. Surowica Dr. Mosera będzie rozesłaną do wszystkich szpitali, w celu zbadania na szeroką skalę jej leczniczej skuteczności; wynik tego badania rozstrzygnie o jej wartości i przyszłości.

* W Wiedniu powstają coraz nowe »Kasy robotnicze«, zakładane przez gromady ludzi względnie nawet zamożnych. To wywołuje ruch w kołach lekarskich i uchwały, wzywające lekarzy, ażeby w takich »Kasach« nie przyjmowali stałej posady, — innemi słowy — ażeby członkowie takich »Kas« mogli otrzymywać pomoc lekarską w drodze wolnego wyboru lekarza. Z powodu powstawania tych »Kas« wiedeńska Izba lekarska zamierza zarządzić ogólne zgromadzenie lekarzy, a »Związek lekarzy wiedeńskich« postanowił zwołać wielki socyalno-lekarski kongres, który ma się zebrać w Wiedniu podczas Wielkanocy 1903 r.

* W Ternie na katedrę po prof. Gerhardzie na pierwszem miejscu postawiono prof. Jakscha z Pragi.

* »Russkij Wracz« donosi, że w Odesie, gdzie epidemia moru wcale nie wygasa, powołano 68 lekarzy do służby czasowej w mieście. »Nowoje Wremia« ze swej strony podaje, że w Odeskim Instytucie bakteryologicznym poddano sekcyi 1550 szczurów, lecz z tej liczby tylko u 7 stwierdzono morową zarazę.

* Już i tak wielka liczba miejscowości, nawiedzonych morem, zwiększa się z dnia na dzień; a że to nie są już pojedyncze przypadki, lecz groźne i długotrwałe epidemie, świadczy statystyka: na wyspie Formozie, od początku bieżącego roku do d. 8 lipca zachorowało na mór osób 1987, a zmarło 1515. W Indyach w pierwszym tygodniu lipcowym tego roku zmarło osób 2894, w drugim tygodniu 3762; z liczby tej więcej niż połowa przypada na Bombay.

* Niemieckie Towarzystwo dla historyi medycyny na jednem ze swych posiedzeń podczas Zjazdu w Karlsbadzie wyraziło szczere ubolewanie, że katedrę historyi medycyny w Berlinie oddano człowiekowi tak nie ukwalifikowanemu, jak Dr. Schweiniger.

* Instytut dla medycyny kolonialnej został utworzony w Paryżu.

* Przyszłoroczny kongres lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się w Kassel.

* »Maryland Telephone and Telegraph Company« w Baltimore postanowiła nie żądać w swoich biurach zapłaty od osób, które zapomocą telegrafu czy telefonu wzywają lekarza do chorego.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXXVIII (14—20—IX). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 15, urodziło się dzieci 42, zmarło osób 38, mianowicie: z gruźlicy 7 (4 zam.), z zapalenia płuc 2, z cholery dziecięcej 7.

* Między 24 a 30 września doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: jaworowskim (1 gm.), rawskim (1 gm.), skałackim (1 gm.) i tłomackim (1 gm.).

W tymże czasie doniesiono o 2-ch przypadkach ospy w powiecie strzyżowskim.

Mianowania i odznaczenia. Dr. T. Vejdovsky mian. prof. zwyczajnym zoologii w czeskim Uniw. w Pradze. Doc. Mojsiejew profesorem anatomii patol. w Akademii lekar. w Petersburgu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. K. Hasse b. prof. kliniki lekarskiej w Getyndze. Dr. Stokvis, prof. ogólnej patologii w Amsterdamie. Głośny okulista Dr. Mayer w Paryżu. Dr. Rudolf Lewandowski zmarł w Badenie. Dr. Tadeusz Oksza Orzechowski, podolanin, wychowaniec Uniw. kijowskiego, zmarł w Zurychu. Praktyką lekarską zupełnie się nie trudnił. Wysoce uzdolniony odgrywał nieraz czynną rolę w dyplomacyi europejskiej, a ku końcowi życia zasłynął paru szczęśliwemi przedsiębiorstwami w zakresie międzynarodowej komunikacyi. Żył lat 65.

Bibliografia:

— *Zdrowie* Nr. 10. Połański: O znaczeniu dziedziczności w powstawaniu chorób. Cennère: Statystyka śmiertelności miasta Radomia za rok 1900.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 8. Dzierżawski: O pierwotnej zgorzeli miazgi. Ziemens: Nowy aparat »Expres« do wykuwania platek metalowych.

— *Gazeta lekarska* Nr. 40. Stano i Kopczyński: Przypadek kostniaka opony twardej. Rzętkowski: Wyniki i najnowsze metody leczenia suchot płucnych w sanatoryach.

— *Przegląd felczerski* Nr. 19. O złamaniach (c. d.). — O zmianach i zaburzeniach w organizmie następujących pod wpływem urazu (c. d.). — Technika sekcyi zwłok (c. d.) — Woda

— *Medycyna* Nr. 40. Trzebicky: O operacyjnem leczeniu chłoniaków zołzowych na szyi (dok.). Wizel: Przypadek fenomenalnych zdolności rachunkowych u głuptasa (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 40. Ostrčil: O kleštích w porodnické praxi. Vitek: Cerebrobulbarni paralysa (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 78. Rabé: Przyczynek do nauk o gośćcowych zmianach w tętnicach. Boy-Tessier i Rouslacroix: Znaczenie wysięku opuchlinowego ze stanowiska bio-chemicznego.

Nr. 39 Sergent: Ostra niewydolność nadnercza a choroby zakaźne. Romme: Bakteryologia płuc w stanie prawidłowym.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 40. Dömeny: Czy czynna substancya hemolitycznej cieczy krwi pochodzi z leukocytów jednojądrzastych? Matzenauer: Przymiot gruczołów sutkowych we wczesnym okresie. Kurka: O przerzutowem rzeżączkowem zapaleniu spojówek. Teleky: Zwalczanie gruźlicy. III) Leczenie gruźlicy. (Dokończenie).

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 39. Oppenheim: Przypadek guza w rdzeniu pacierzowym, leczonego zabiegiem operacyjnym. Hoffmann: O zapaleniu skóry, wywołanem rtęcią i o zmianach histologicznych, spowodowanych tem zapaleniem, wraz z uwagami o powstającej przytem eozynofilii lokalnej i we krwi. Clopatt: O wpływie wyskoku na przemianę materyi u ludzi. O zatwardzeniu kurczowem (spastycznem). Kyes: Sposób działania jadu kobry (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 39. Lüthje: W sprawie wytwarzania się cukru w ustroju zwierzęcym. Breuer: Przyczynek do leczenia i patogenezy dusznicy bolesnej i stanów pokrewnych. Roos: Kliniczne badania jodotyryny. Schottelius: Doświadczenia nad przeszczepialnością gruźlicy drogą pokarmową u bydła i cieląt. Emmerich: Czy możliwem jest, żeby przy dobrem funkcyonowaniu we wziewalniach ciecz rozpylana mogła się dostać w większej ilości do płuc? Spiess: Anestezyna, nowy lek miejscowo znieczulający, z punktu widzenia leczniczego działania środków znieczulających. Cybulski: O jednem niezwykłem powikłaniu krwotoku płucnego. Frickhinger: O badaniu zewnętrznem podczas porodu. Schwalbe: O trujących gatunkach rodziny sumaka (*Vhus diver si loba, r. toxicodendron i r. venenata*). Wachholz: Nowa próba płucna. Weber: Przypadek samoistnego wyleczenia się zapalenia otrzewnej po przedziurawieniu. Stamm: Zapobieganie krzuścowi. Szneider: Obustronne porażenie oczne wewnętrzne wywołane zażywaniem sporyszu. Rank: Przypadek wypociny opłucnowej, zawierającej żółć. Guleke: Przyczynek do etyologii narkolepsyi.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 40. Axenfeld: Przyczynek do patologii i terapii zapalenia zatok czołowej i sitowej, oraz ich powikłań oczodołowych. Lassar: O gruźlicy wywołanej szczepieniem. Moeller: Przyczynek do sprawy przenoszenia się gruźlicy ludzkiej na bydło i cielęta. Neisser: Dalszy przyczynek do nauki o przewlekłem błonicowatem zajęciu gardła. Marchand: O bujaniu tkanki i powstawaniu guza z uwzględnieniem pasorzytniczej etyologii raków. (dok.). Mitulescu: Wpływ nowej tuberkuliny na przemianę materyi w komórce.

Redakcya otrzymała. Dydyński: Przyczynek do badań nad przebiegiem niektórych pęczków rdzenia kręgowego. A. Kwiatkowski: 1) Badania nad mechanizmem żołądka i kiszek i nad znaczeniem leczniczem masażu. 2) O nieprawidłowej kurczliwości mięśni prążkowanych i leczeniu jej masażem.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 15 października, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne, na którem, po odbytych demonstracyach, kol. Dr. Dobrowolski mówić będzie „O pęknięciu macicy w ciąży“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków 18 Października 1902. Nr. 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki i pracowni dermatologicznej Prof. Reissa w Krakowie.

Przewlekłe zakażenie skóry paciorkowcem *(streptococcus)* w postaci pęcherzycy przewlekłej *(pemphigus chronicus)*.

Podał

Dr. Franc. Krzyształowicz,

docent dermatologii Uniw. Jag.

Pęcherzyca *(pemphigus)* nie stanowi jasnego pojęcia klinicznego, bo łącznikiem między różnemi znanemi postaciami jest tylko powstawanie pęcherza, który nawet postaciowo, szczególnie w swym przebiegu, może być różny. Próby uporządkowania tej kwestyi przez różnych autorów i wspólnie na licznych zjazdach nie dały wyników dodatnich, zawsze błądzimy w ciemnościach, które rozjaśnić mogą tylko nader ścisłe badania histologiczne i bakteryologiczne, przedsiębrane w każdym spostrzeganym przypadku choroby pęchęrzykowej, który ze stanowiska klinicznego nazwiemy pęcherzycą.

Na razie przyjąć chyba musimy za zasadę, że pęcherzycą nazywać możemy tylko te postacie powstawania pęcherzy, w których nie mamy jasnej przyczyny,—a z jednej strony przypuszczamy jakieś wpływy nerwowe, zmiany we krwi lub zboczenia w przemianie materyi, — z drugiej zaś strony badanie bakteryologiczne nie daje nam danych dodatnich. Dlatego nie nazywamy pęcherzycą pęcherzy po oparzeniu, pęcherzy liszajca zwyczajnego (*impetigo Tilbury Fox*), pęcherzyków wypryszczków (*herpes)* i t. d.; dlatego oddzielić musimy od pęcherzycy także przypadki pęcherzycy ostrej u noworodków (*pemphigus acutus neonatorum)*, który już wszyscy autorowie uważają za chorobę zakaźną. Ze względu na to dla tego ostatniego cierpienia przyjąćby należało raczej nazwę autorów francuskich: *dermatite bulleuse des nouveau-nés*. Nie mogę tu rozstrzygać, czy choroba Duhringa *(dermatitis herpetiformis polymorpha dolorosa)* i znane postacie pęcherzycy *(pemphigus vulgaris, foliaceus, vegetans)* należą do jednej grupy, czy one stanowią jakieś stałe jednostki chorobowe, czy też mogą przechodzić jedne w drugie, lub też są objawami różnych spraw chorobowych, — są to bowiem, jak dotąd, sprawy zupełnie niewyjaśnione, — a chciałbym tylko zaznaczyć, że nie uważam sprawy pęcherzycy za bardzo prostą i że nie zgodziłbym się ze zdaniem Kaposiego[1]), który twierdził, że „pęcherzyca jest całkiem jasnem pojęciem klinicznem“.

Za nader ważny szczegół w kwestyi istoty pęcherzycy uważam stwierdzenie przez większość autorów, piszących o pęcherzycy u noworodków, możność powstawania nawet bardzo dużych pęcherzy pod wpływem zakażenia zewnętrznego; dotąd bowiem za przyczynę pęcherza dużego uważali przeważnie autorowie tylko jakiś bodziec wewnętrzny, a jeden z pierwszych dopiero Sabouraud[2]) wypowiedział jasno zdanie, że jedną z postaci chorobowych, wywołaną przez osiedlenie się w skórze paciorkowca, jest powstanie pęcherzy.

Kaposi rozumie przez pęchęrzycę chorobę, której istotę stanowi nagłe występowanie pęcherzy w mniej lub więcej licznych nawrotach (przewlekłość), a przypadki ostre *(pemphigus acutus adultorum Pontopidan)* oddziela zupełnie od właściwej pęcherzycy. Trudno jednak orzec na pewno, czy istnieje zasadnicza różnica w przebiegu obu tych chorób: pęcherzycy ostrej, a przewlekłej. Wybuchowi towarzyszą najczęściej w jednych i w drugich przypadkach objawy ogólne: dreszcze, gorączka, ogólne osłabienie i t. p., a przebieg bywa krótszy lub dłuższy. Wszyscy autorowie zatem godzą się na to, że ostrą nazywamy tę postać pęcherzycy, w której wybuchy pęcherzy choćby kilkakrotne kończą się szybko, najwyżej w kilku tygodniach następuje wyleczenie lub zejście śmiertelne; — o przewlekłej zaś mówimy wtedy, gdy wybuchy pęcherzy, pojawiające się w różnych od siebie odstępach, przeciągają chorobę na miesiące, a nawet lata. Nie sądzę jednak, aby to właśnie znamię długotrwałości przy jednakowych wszystkich innych objawach ogólnych lub postaciowych stanowiło wyraźną różnicę tych odmian chorobowych, bo na przebieg tak tej, jak każdej innej choroby wpływa przecież nader dużo warunków, czy to brak lub niedostateczne leczenie, czy jakaś choroba towarzysząca już istniejąca, czy inna wikłająca przebieg,— zatem warunki, które przebieg choroby skracać lub przedłużać mogą. Nie podobna więc oddzielić ściśle na mocy tylko czasu trwania przypadków ostrych od przewlekłych, a za te ostatnie uważać trzeba chyba tylko te, w których choroba występuje w nawrotach, oddzielonych od siebie wolnemi od objawów przerwami.

Wreszcie chcąc mieć możliwie jak najdokładniejsze pojęcie kliniczne, przyjmuję określenie pęcherzycy wedle Unny,[3]) który uważa za pęcherzycę tylko te przypadki, w których powstają pęcherze o cieczy jasnej, a nie ropnej, na skórze tylko lekko zaczerwienionej, pojedyncze na różnych częściach ciała, lub też w okresowych wybuchach, ale nie tworzące nigdy grup lub obrączek, a co najwięcej ułożone symetrycznie i pojawiające się prawie przy zupełnym braku objawów podmiotowych (bolu, pieczenia, świądu i t. p.).

[1]) Verhandln. d. V. deutsch. Congr. 1895.

[2]) Zjazd lekarzy angiels. w Chellenham, 1901.

[3]) Histopathologie der Haut. Berlin, 1896.

Ze względu na tę niejasność pojęć w sprawie pęcherzycy, każdy przypadek choroby, objawiającej się choćby tylko w przebiegu pęcherzami, jest godzien ogłoszenia, jeżeli tylko usiłowano przeprowadzić ścisłe badania histologiczne, a szczególnie bakteryologiczne, — bo każdy dokładnie spostrzegany i badany przypadek choroby, którąby za pęcherzycę uważać można, przyczyni się choćby w małej części do wyjaśnienia tej jak dotąd całkiem niejasnej sprawy.

Przypadek spostrzegany przezemnie w klinice JW. prof. Reissa, któremu za odstąpienie go najserdeczniejsze dzięki składam, przedstawia tak w przebiegu klinicznym jak i znalezionych danych histologicznych i bakteryologicznych nader ciekawe szczegóły, które wyjaśniają powstanie i przyczynę choroby, a historya jego rzuca pewne światło na powstawanie pęcherzycy.



Fig. I.

Jankel A., liczący lat 18, zgłosił się do kliniki 28./X. 1901 r. Wedle podania miał przechodzić w styczniu 1901 r. płonicę o przebiegu ostrym; w drugim tygodniu choroby pojawiło się białko w moczu, w trzecim zaś duże pęcherze na skórze w różnych okolicach ciała, jakoteż na błonie śluzowej jamy ust (wewnętrzne strony policzków, podniebienie, język). Pęcherze dochodziły do znacznych rozmiarów i występowały przy objawach wysokiej gorączki w różnych przerwach, ale stale aż do chwili pojawienia się w klinice.

W chwili przybycia skóra na głowie owłosionej pokryta była licznymi grubymi strupami, na twarzy obok małych strupów, podobnych do miodu *(impetigo vulgaris)*, widać kilka pęcherzy. Na kończynach górnych i dolnych spostrzegało się kilka miejsc wielkości srebnej 5 koronówki, pokrytych grubym strupem, po odjęciu którego widoczna powierzchnia sącząca. Tu i ówdzie znajduje się i na kończynach mały pęcherzyk lub obok strupa resztka ściany pęcherzowej. Na rękach i to tak na dłoniach jak i palcach, szczególnie po stronie dłoniowej, widać pęcherzyki dobrze utrzymane, naskórek złuszczający się w dużych płatach, a tu i ówdzie powierzchnia sącząca.

Obraz chorobowy zatem zdawał się być jasnym: — na głowie i twarzy objawy liszajca zwyczajnego *(impetigo vulgaris Tilbury Fox)*, czy to w postaci znamiennych strupów, czy też jeszcze utrzymanych pęcherzy, nieco może większych, niż zazwyczaj spostrzegane. Na kończynach zupełnie zgodnie z poprzednim obrazem widoczne są niesztowice *(ecthyma vulgare)*, obok utrzymanych mniejszych pęcherzy; na tułowiu zaś niema prawie zupełnie zmian.

Na mocy tych objawów na skórze rozpoznano: niesztowice zwyczajne *(ecthyma vulgare)*, co nie przedstawiało sprzeczności z całym przebiegiem już 8 miesięcy trwającej choroby, bo zakażenie skóry od zewnątrz powstałe początkowo na jednem miejscu, rozszerzało się ciągle, przechodząc z jednego miejsca na drugie. Leczenie, które chory przebywał przed zgłoszeniem się do kliniki, musiało być bardzo niedostateczne, o czem sądzić było można chociażby z tego, że głowa badanego pokryta była grubymi strupami, które stanowiły źródło ciągle świeżego zakażenia reszty powłok skórnych.

O ile jednak, jak dotąd, przypadek ten zdawał się być jasnym i dla rozpoznania łatwym, o tyle dalszy przebieg i ukształtowanie się zmian musiało sprowadzić pewne wątpliwości, a nawet chwianie się w rozpoznaniu, już choćby dlatego, że przypadki takie spostrzega się nie często, szczególnie w całej długości przebiegu.

Po oczyszczeniu ze strupów głowy owłosionej i niesztowic, rozrzuconych na skórze, po przecięciu istniejących napiętych pęcherzy, spostrzedz było można niejako zaostrzenie się objawów: nowe pęcherze na twarzy i kończynach, a na tułowiu mało wyniosłe rumienie *(erythemata)*, o różnym kształcie, na których tu i owdzie na obwodzie obrączek lub wycinków koła powstawały pęcherzyki drobne, podczas gdy na twarzy i kończynach pęcherze, otoczone zaczerwienioną obwódką, dochodziły do dużych rozmiarów (na przestrzeni dłoni noworodka). Na dłoniach i palcach również pojawiały się świeże pęcherzyki drobne, lub duże i silnie cieczą napięte pęcherze. To zaostrzenie objawów po myciu i czyszczeniu ze strupów skóry w kąpieli zdaje się być naturalnem następstwem rozniesienia jadu przez odpadłe strupy i znajdującą się pod nimi wydzielinę.

Ciecz pęcherzy była zawsze jasna, szczególnie z początku, a gdy pęcherza nie przecięto, mętniała dopiero po 24—48 godzinach trwania tak, że w dużych pęcherzach widzieć można było obok cieczy jasnej na jednym biegunie ciecz ropną, przeświecającą przez ścianę pęcherza. Badanie pęcherzy początkowych, jak i powstających później w całym przebiegu choroby, co do ich zawartości wykazywało po nacięciu pęcherza, że treść ich była cieczą płynną, jasną, żółtawą, a mikroskop wskazywał na małą tylko zawartość ciałek wysiękowych, wśród których nader rzadko spostrzegałem ciałka eozynofilne. Obok ciałek wysiękowych spotykałem przy kilkakrotnem badaniu różnych pęcherzy i z różnych części ciała ziarniaki w postaci albo klepsydrowatych

dwoinek, albo nawet z nich złożonych krótkich łańcuszków. Mikroby te uważałem na razie (nie na pewno ze względu na brak badania bakteryologicznego, które później przedsiębrałem) za paciorkowce *(streptococcus)*. Obok nich zauważyłem w starszych tylko pęcherzach, w ich ropie, także i gronkowce (*staphylococcus*).

Powracając do przebiegu choroby, której historyi nie przedstawiam szczegółowo ze względu na brak objawów różnych od poprzednich, stwierdzić muszę, że przez przeciąg pięciu miesięcy, które chory przebył w klinice, pojawiały się ciągle świeże rumienie i pęcherze, chociaż z biegiem czasu coraz skąpsze i mniejsze. Pojawianiu się pęcherzy, a szczególnie rumieniowi towarzyszyły zazwyczaj uczucie pieczenia, swędzenia, a nawet bolu. Obok zmian powyższych pojawiły się parokrotnie podobne objawy i na błonie śluzowej warg ustnych i policzków, w postaci obnażonych z naskórka powierzchni, pokrytych wydzieliną dławcową.

W początkach leczenia (codzienne kąpiele i stosowanie na przemianę: maści 5% *hydr. praecip. alb.*, maści Wilkinsona, roztworu Vlemminghxa, maści siarczanej 5%) powstawały jeszcze tu i owdzie pęcherze duże bez poprzedzających je rumieni, obok rumieni, na których występowały drobniejsze pęcherze płaskie, czasem zlewające się ze sobą; później dopiero, kiedy spostrzegłem, że pęcherze na dłoniach i palcach ciągle się pojawiające były przypuszczalnie źródłem ciągle świeżego zakażenia reszty skóry i dla tej przyczyny przestrzegałem ściśle opatrywania rąk maścią Hebry z dodatkiem kwasu salicylowego, sprawa zaczęła odtąd łagodnieć, a nawet rumienie występowały coraz rzadziej i skąpiej. Cechy pęcherzy co do ich wielkości i treści były zawsze w całym przebiegu choroby jednakowe, jak je powyżej opisałem.

Ogólny stan chorego z początku nędzny i liche odżywienie poprawiły się w miarę słabnięcia objawów tak znacznie, że w krótkim czasie mimo dość obfitych jeszcze zmian na skórze (przeważnie rumieni) można było chorego nazwać bardzo dobrze odżywionym.

Zwracam zarazem uwagę na spostrzeżenia, świadczące o stopniu zaraźliwości zmian w tym przypadku. Po pierwszem oczyszczeniu skóry ze strupów i nieczystości przebiłem duży pęcherz na czole chorego dla badania mikroskopowego i bakteryologicznego i uzyskaną cieczą natarłem odkażoną dokładnie skórę chorego na przedramieniu lewem, poczem miejsce to przykryłem watą i opaską. W kilkanaście godzin potem widać było w miejscu zakażonem dwa pęcherze wielkości fasoli, o cieczy jasnej, dość płaskie, otoczone czerwoną obwódką. Drugi fakt świadczący o zakaźności dotyczył drugiego, chorego który był w bliższem zetknięciu z opisanym chorym i u którego pojawiły się podobne pęcherze na małżowinie usznej, po kilku dniach zagojone.

Dla uzupełnienia obrazu dodam jeszcze, że wśród przebiegu niektórych pęcherzy występowało zakażenie gronkowcami (które łatwo można było wykazać) — nie tylko samych pęcherzy (co spotyka się prawie zawsze), ale i tkanki pod nimi leżącej tak, że widzieliśmy nie tylko zamianę cieczy surowiczej pęcherza w ropną, ale i powstanie ropnia skórnego. Objaw to zresztą zwyczajny, spostrzegany tak często w przebiegu liszajca i niesztowic, a dowodzący tylko, że wśród tych spraw, polegających na zakażeniu paciorkowcami, następuje zawsze zakażenie następowe gronkowcami, doprowadzające nie rzadko do czyraków lub ropni skórnych.

Następowy zatem przebieg po dokładnem oczyszczeniu skóry, dający obraz pęcherzycy (ze względu na pęcherze typowe dla tej choroby), obok rumieni, pokrytych na pewnych miejscach pęcherzami (*erythema bullosum*), nie dał się właściwie podciągnąć pod postać żadnej ze znanych chorób. W pęcherzycy właściwej obok pęcherzy nie widzimy rumieni; w rumieniu pęcherzykowym zaś nie widać dużych pęcherzy, jak to miało miejsce w niniejszym przypadku. Chociaż zatem postaciowo obie te choroby rozpoznawać należało, trudno było przechylić się na jedną lub drugą stronę. Ze względu na wielopostaciowość zmian można było myśleć jeszcze o chorobie Duhringa, ale chociaż powstawanie rumieni różnego kształtu przy towarzyszących objawach podmiotowych (ból, pieczenie, swędzenie) dość wybitnie za tem przemawiało, to jednak już z wejrzenia nawet drobnych pęcherzyków, płaskich, więcej podługowatych niż okrągłych i szybko się na powierzchni marszczących, wykluczono i to ostatnie cierpienie. To też jedynie skrzętne badanie bakteryologiczne i histologiczne treści pęcherzy i ich budowy mogło dać w tym razie pewne dane i udowodnić pierwotne rozpoznanie zakażenia skóry paciorkowcami *(streptococcia cutis chronica)*. (Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki chirurgicznej Prof. Kadera w Krakowie.

Przyczynek do nauki o czynności mózgu*).

Skreślił

Dr. Adolf Klęsk,

elew kliniki.

Mózg i jego działalność stanowiły zawsze dla przyrodników i lekarzy jedno z najbardziej ponętnych, ale też i najbardziej trudnych do rozwiązania zagadnień.

Jak daleko wstecz sięga wiedza przyrodniczo-lekarska, tak daleko sięgają ślady prób rozwiązania zagadnień, tyczących się tego narządu. Pierwotne mgliste poglądy badaczy przybierały coraz bardziej kształty określone.

Plato uważał mózg za siedzibę duszy. Inni myśliciele i badacze oznaczali nawet bliżej część mózgu, która duszę ma zawierać. I tak Kartezyusz wskazywał na przysadkę mózgową, Sömmering na komórki, Kant na płyn mózgowo-rdzeniowy. Badania nowszych czasów zwróciły się w inną stronę. Dokładne spostrzeganie chorych, doświadczenia na zwierzętach, mikroskop i trepan chirurga może trochę zepchnęły mózg z piedestału dawnego i kazały nam zapatrywać się na niego tak, jak zapatrujemy się na każdy inny narząd; niemniej jednak pozwoliły nam poznać i podziwiać jego dziwnie i misternie powikłaną budowę i wykazały, że o mózgu i jego czynnościach mamy tylko bardzo niedokładne pojęcie. Doświadczenia na zwierzętach rozjaśniły i rozjaśniają nam ciągle wiele rzeczy; nie wszystko jednak, co się spostrzega u zwierzęcia, da się wprost przenieść na człowieka. Codzień prawie spotykają nas w nauce o czynności mózgu niespodzianki. Chcąc dalej kroczyć ciągle naprzód, powinniśmy śledzić pilnie każdy nadający się przypadek kliniczny, zdawać sobie jasno sprawę z każdego szczegółu, a z tych drobnych cegiełek złożymy może kiedyś gmach wiedzy o czynnościach mózgu.

*) W streszczeniu wygłoszono w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem i na XII Zjeździe chirurgów polskich.

Przypadek opisany poniżej stanowi ciekawy przyczynek do tej ciemnej dla nas gałęzi, a dotyczy chorego, u którego los pozwolił nam czynić spostrzeżenia na najważniejszych odcinkach kory mózgowej.

Dnia 25 lutego zgłosił się do kliniki pacyent F. B., lat 62 liczący, żonaty, z L., podając, że przed czterema laty zauważył między włosami na głowie małą »krostę«, którą ciągle zdrapywał. Wyrośl ta po trzech latach dosięgła wielkości zł. reńskiego, obecnie zaś od paru miesięcy rośnie coraz szybciej, rozpadając się w środku. Chory pochodzi z rodziny zdrowej, przebywał tylko zimnicę. Na bóle głowy nigdy nie cierpi, urazu w głowę nie doznał.

Stan obecny. W miejscu porostu włosów po stronie lewej czaszki znajduje się ubytek skóry wielkości dużej dłoni, kształtu owalnego, sięgający od granicy porostu włosów na czole na 12 ctm. w tył ku kości potylicznej. Ubytek ten ma brzegi naciekłe; dno nierówne, guzowate, żywo czerwono zabarwione, tu i ówdzie szarawym nalotem pokryte; u podstawy przesuwać się nie daje, przy ucisku nie bolesny. Reszta czaszki, pokryta włosami, prawidłowa, nie bolesna. Gruczoły podszczękowe powiększone. Zaburzeń w układzie nerwowym niema żadnych. Narządy wewnętrzne bez zmian. Mocz o składzie prawidłowym. Ciepłota 36·4, tętno pełne, regularne, 88 na minutę. Chory jest mańkutem.

Rozpoznanie kliniczne: Rak skórny głowy.

Dnia 28 lutego przystąpił prof. Kader do operacyi w uśpieniu chloroformowem.

Usunięcie doszczętne gruczołów na szyi (z okolicy podszczękowej i tętnico-szyjnej). Następnie cięciem (na $1^1/_2$—2 ctm. po za widoczną granicą nowotworu), okrążającem ubytek, usunięto zajętą część skóry wraz z czepcem czaszki. W dnie rany ukazała się kość nadżarta na wielkość florena. Wycięcie kości ciemieniowej lewej kraniotomem Dahlgrena na przestrzeni 9 ctm. długości i tyleż szerokości. Oponę twardą zgrubiałą, wykazującą podejrzane nacieki, wycięto. Opony miękkie bez zmian. W ranie widać rowek centralny i zwoje środkowe: przedni i tylny.

Krwotok z naczyń oponowych zatamowano częścią przez podwiązanie, częścią przez wsunięcie tamponów gazy jałowej pod brzegi kości. Zrobiono to bardzo ostrożnie, wsunięto niewielki kawałek na przestrzeni $2-2^1/_2$ ctm. od brzegu otworu. Przy zakładaniu tamponu ku skroni wystąpiły drgania mięśni twarzy po stronie prawej. Na ranę założono wolny opatrunek jałowy.

Przebieg. Uśpienie chory zniósł dobrze. Spał cały dzień po operacyi. Ciepłota 37·2, tętno 66.

1/III. Chory mruczy niewyraźnie. Ciepłota 37·5, tętno 60.

2/III. Prawa połowa ciała więcej spocona, niż lewa; chory apatyczny, na pytania nie odpowiada. Odżywia się dobrze. Porażenie niezupełne mięśnia twarzowego.

3/III. Prawa połowa ciała mniej się porusza przy ruchach chorego, niż lewa. Chory od czasu do czasu mruczy pod nosem.

4/III. Porażenie prawostronne (kończyn i twarzy zupełne).

5/III. Chory nieprzytomny. Przy karmieniu krztusi się. Mocz i kał oddaje bezwiednie. Ciepłota 37·8. Zmiana opatrunku. Wydzielina na gazie surowiczo-krwawa. Obluzowano tampony. Przy podciąganiu tamponu skroniowego wystąpiły drgania w porażonych mięśniach twarzy i mruczenie. Mózg zabarwiony szaro-wiśniowo, stoi na wysokości rany skórnej; rowki mniej wyraźne. Dotykanie mózgu nie wywołuje żadnego oddziaływania.

6/III. Tampon skroniowy usunięto zupełnie, poczem natychmiast nerw twarzowy wrócił do prawidłowej czynności. Mózg wystąpił poza ranę skórną. Próby ucisku tej partyi mózgu wywołują niespokojne zachowanie się pacyenta. Tętno z 66 spadło na 40. Mocz (odprowadzony cewnikiem) miał skład prawidłowy.

7/III. Część wypadnięta mózgu zmieniła się w brudno-szarą kaszowato-płynną masę. Topografia mózgu nie daje się już rozeznać. Łyżeczką odjęto dwie łyżki stołowe zmienionego mózgu. Usunięta część odpowiada okolicy ośrodków ruchowych.

Wszystkie tampony dały się z łatwością usunąć.

8/III. Chory połyka lepiej, jest prawie przytomny. Porażenie twarzy znikło bez śladu. Mocz oddaje sam. Przy zapytaniach zwraca oczy na mówiącego i mówi bardzo niewyraźnie, powtarzając części pytania i przekręcając zgłoski.

10/III. Rana pokryta tu i ówdzie obumarłemi częściami tkanki mózgowej. Drganie włókienkowe w mięśniach ręki prawej.

11/III. Minimalne ruchy palców ręki.

12/III. Palcami ręki rusza chory dobrze. Na pytania odpowiada dość wyraźnie. Sam mówi mało.

13/III. Chory rusza ramieniem.

19/III. Chory rusza swobodnie całą kończyną górną. Podpisuje się dobrze sam.

17/III. Przeczulica łydki porażonej. Napinanie się mięśni uda prawego przy usiłowanych ruchach.

20/III. Części obumarłe oddzieliły się zupełnie. W dnie ubytku mózgu żywe ziarniny. Dotykanie mózgu nie bolesne. Ubytek tętni równocześnie z tętnem.

25/III. Chory rusza udem i kolanem. Przeczulica łydki znikła.

28/III. Ruchy stopy wystąpiły. Palcami (za wyjątkiem dużego) nogi rusza słabo.

30/III. Chory zaczyna chodzić o lasce. Palec wielki u nogi jeszcze porażony. Mózg pokrywa się szybko ziarniną i zaczyna się cofać do jamy czaszki.

3/IV. Chory rusza palcem dużym u nogi. Wydzielina z rany znikła. Zastosowano maść kseroformową. Okoliczne kości pokrywają się też szybko ziarniną.

8/IV. Mózg cofnął się do jamy czaszki.

16/IV. Rana pokryta ziarniną prawie zupełnie.

1/IV. Rana zgojona. Blizna w miejscu ubytku kości zapadnięta, tętni jednocześnie z tętnem. Chory w celu dalszego spostrzegania pozostaje jeszcze w klinice.

15/V. Mowa zupełnie dobra. Siła obu rąk prawie jednaka; lewa może trochę silniejsza (chory głównie jej używał dawniej). Wymiary uda i łydki po obu stronach jednakie.

4/VI. Chorego przedstawiono na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

6/VI. Chory opuścił klinikę zupełnie wyleczony.

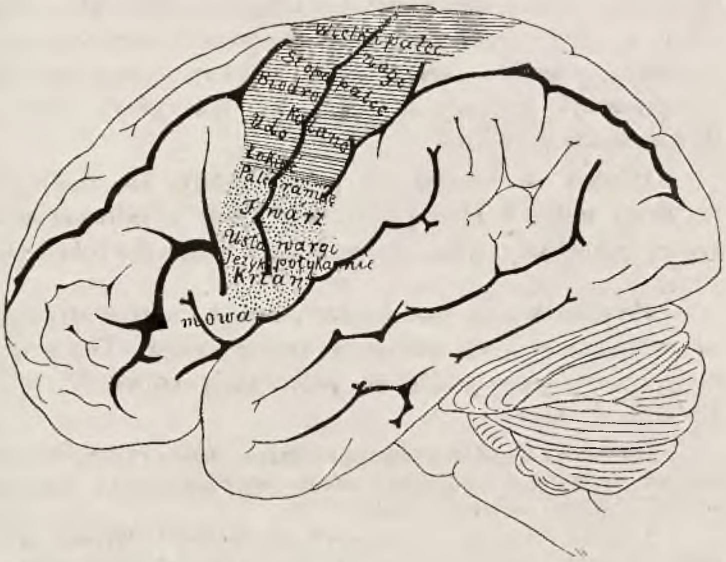
Opisany przypadek dał nam sposobność czynienia spostrzeżeń nad sferą ruchową kory mózgowej. Tampon w części skroniowej uciskał na ośrodki nerwu twarzowego i mowy. Gdy go podsunięto zaczęła wracać mowa, a gdy wyjęto znikło porażenie twarzy. Z rany opadła część kory, zawierająca ośrodki dla ręki i nogi i ta też część obumarła.

Porażenie nerwu twarzowego wystąpiło zaraz po operacyi (ucisk tamponu), natomiast porażenie kończyn dopiero 5-go dnia, a więc w czasie, gdy opadnięcie *(prolapsus)* się pojawiło i odżywienie tej opadniętej części było już liche. Porażenie kończyn trwało krótko. Jedenastego dnia chory zaczął ruszać palcami ręki; w dwa dni potem ramieniem itd. tak, że cała sprawa trwała około trzech tygodni, a jedynie porażenie palca dużego u nogi utrzymywało się długo ($4^1/_2$ tygodnie). Ten kolejny powrót do dawnej sprawności pozwolił nam kontrolować położenie ośrodków w korze mózgowej, czego wynik podajemy na załączonym szemacie poniżej.

Szybki powrót do zdrowia porażonych części w opisanym przypadku budzi zdziwienie. Porażenie nerwu twarzowego było spowodowane uciskiem tamponu, po usunięciu którego ustąpiło. Natomiast porażenie kończyn utrzymywało się dłużej i ustąpiło niezależnie od nieznacznego zresztą ucisku tamponu. Na wywołanie porażenia tego złożyły się prawdopodobnie dwie przyczyny: 1) obumarcie części kory mózgowej, zawierającej ośrodki ruchowe kończyn i 2) ucisk wywołany przekrwieniem i wysiękiem krwawo-zapalnym w otoczeniu. Wessanie wysięku i ustąpienie zjawisk zapalnych mogło więc spowodować tylko w części powrót uciśniętych części mózgu do czynności prawidłowej, lecz faktu ustąpienia objawów chorobowych w całej rozciągłości tem ustąpieniem ciśnienia tłómaczyć niepodobna.

Porażenia powstałe wskutek zniszczenia kory mózgo-

wej trwają długo i często pozostawiają po sobie pewne osłabienie odpowiednich mięśni. W naszym przypadku czynność mięśni wróciła zupełnie, porażenie znikło bez śladu i to w krótkim przeciągu czasu, siła dynamiczna kończyn pozostała taką samą. Jak sobie to wytłómaczyć? Wytłómaczyć możemy sobie ten powrót albo regeneracyą zniszczonej części mózgu, albo też tem, że pokrewne tkanki objęły na siebie czynność zniszczonej. Regeneracya układu nerwowego ośrodkowego odbywa się tylko w bardzo nieznacznym stopniu, a stosunek wzajemny nowoutworzonych pierwiastków komórkowych jest już całkiem inny, gdyż spotykamy tam prawie wyłącznie komórki neurogleii, komórki zaś nerwowe występują tylko tu i ówdzie tak, że same pierwiastki nerwowe właściwie nie regenerują się zupełnie. Wobec tego powrót do zdrowia i dawnych czynności w naszym przypadku odnieść możemy jedynie do zastępczej, a raczej następnej, czynności innych partyj mózgu. Zachodzi tu znów pytanie, czy czynność tę objęły komórki sąsiednie, czy też druga



Miejsce zacienione oznacza część kory mózgowej, która obumarła; kropkami zaś oznaczylismy partyę kory mózgowej, uciśniętej przez tampon.

Położenie ośrodków w naszym przypadku potwierdza w zupełności przyjęte dotąd mniemanie o ich usadowieniu.

półkula? Na to, że druga półkula może objąć zastępczo czynność zniszczonej, dowodów mamy wiele. Niejedna sekcya stwierdziła brak prawie zupełny jednej półkuli, a za życia objawów żadnych nie spostrzeżono; znamy ludzi, którzy mimo prawie zupełnego braku jednej półkuli byli geniuszami. Brown-Séquard[1]) na mocy doświadczeń na zwierzętach i spostrzeżeń klinicznych doszedł do wniosku, że połowa mózgu wystarcza zupełnie dla obu połów ciała, a Goltz[2]) sądzi, że każda połowa mózgu może swobodnie kierować całem ciałem, drogi nerwowe skrzyżowane jednak są wygodniejsze, czy może prostsze i dlatego w prawidłowych warunkach one tylko funkcyonują. Badania dalsze wykazały, że wszystkie mięśnie, działające równocześnie (oczu, żwacze, połyku, grzbietu) są unerwione przez obie półkule.

Ruchy nóg wprawdzie w wielu czynnościach nie są równoczesnymi, jednak kilka ruchów (wstawanie, siadanie) wykonywamy obu nogami równocześnie, co musi przecież jakiś ślad na obu półkulach pozostawić.

[1]) Archiv. der Physiologie IX, stron. 409—655.

[2]) Pflügers Archiv. Tom 42.

Ledderhose[3]) zebrał z piśmiennictwa około 50 przypadków porażeń połowiczych po tej samej stronie, co i zmiany w mózgu. Między innymi wspomina o jednym chorym, u którego przy poruszaniu czynnem strony zdrowej występowały współruchy (*Mitbewegungen*) po stronie porażonej. Przypadek ten jest jaskrawym przykładem działania jednej półkuli na obie połowy ciała.

Codzienne doświadczenie, dokonywane na sobie, poucza nas, jak trudno jest wykonywać równocześnie rękami zupełnie odrębne czynności, np. jedną ręką kreślić szybko koła w powietrzu, a drugą linię prostą. Przez wprawę możemy jednak tego się nauczyć. Sztuka kuglarska polega w znacznej części na wyuczeniu się szybkich ruchów każdą ręką z osobna. Widzimy z tego, że ruchy naszego ciała są zależne w grubszych zarysach od obu półkul, a czynność każdej z osobna (ruchy subtelniejsze, wymagające czynności pewnej tylko grupy mięśni po jednej stronie) wymaga już pewnej wprawy lub wysiłku, by się wyzwolić od współruchu drugiej półkuli. Że tak jest, dowodzą tego liczne przypadki i spostrzeżenia na chorych, którzy po porażeniach wrócili do zdrowia. Ruchy grubsze są u nich całkowicie prawidłowe, natomiast subtelniejsze nigdy nie wracają do normy i muszą się ich chorzy na nowo uczyć.

Pomimo, że prócz podeszłego wieku naszego chorego nic nie stałoby na przeszkodzie objęciu czynności przez drugą półkulę, wydaje mi się więcej prawdopodobnem, że raczej ta sama półkula to zadanie na siebie przyjęła. Zdanie to moje poprzeć mogę przebiegiem wracania tych czynności.

Porażenia ustępowały kolejno i to tem prędzej, im niżej leżał ośrodek; natomiast — im więcej ku górze, tem stan porażny utrzymywał się dłużej, co zupełnie odpowiadało ubytkowi w mózgu, który narastał stopniowo od skroni ku szczytowi czaszki, gdzie zmiany były największe. Jeżeli półkula druga objęła czynność zastępczą, to dla czego utrzymywało się tak długo porażenie w dużym palcu nogi, którego ośrodek, jak wiemy, leży najwyżej.

Ten fakt przemawia stanowczo za powrotem do czynności chorej półkuli. Również i zmiany przejściowe w czuciu świadczą, że właśnie w tych partyach musiała się odbywać jakaś sprawa (sfera czuciowa graniczy z ruchową). Zaburzenia mowy przeszły bardzo prędko. Piątego dnia przy obluźnianiu tamponów chory począł mruczeć, po usunięciu tamponów (8 dnia) zaczął mówić niewyraźnie, a mowa miała charakter parafazyi. Chory powtarzał i przekręcał głoski i zgłoski za mówiącym, powtarzał słowa z początku źle, potem dość wyraźnie; 12 dnia mowa poprawiła się znacznie i chory rozmawiał dość swobodnie. Na szczegół ten, że powrót od zupełnej niemoty ruchowej do zdrowia przechodzi często przez okres, dający zupełnie te same objawy jak tak zwana *aphasia transcorticalis motorica*, zwrócił w ostatnich czasach uwagę Bonhoeffer. Powrót mowy w przypadkach jego był zupełnie analogiczny z naszym, trwał jednak dłużej (około 4 tygodni).

Parafazya, pojawiająca się w przypadkach niemoty ruchowej, powinna być uważaną za objaw pomyślny.

Szczegół podniesiony przez Bonhoeffera znajduje poparcie zupełne także w fizyologii. Mowa dziecka,

[3]) Langenbecks Archiv Bd. 51.

nim się zupełnie wyrobi, ma często także charakter „aphasia transcorticalis“. Dziecko z początku wszystkie przedmioty otaczające nazywa podobnie, używa słów „ma-ma“, „ta-ta“ i t. d., które odpowiadają zupełnie wyrazom, jakich używają chorzy, wracający do zdrowia po niemocie ruchowej. Przedmioty trzymane w ręku potrafi dziecko nieraz dobrze nazwać, choć wogóle w mowie użyć ich nie zdoła.

Podnieść muszę w naszym przypadku jeszcze jeden bardzo ciekawy szczegół; znaną i przyjętą powszechnie jest rzeczą, że u ludzi, pracujących lewą ręką głównie (mańkutów), ośrodek mowy ma leżeć po stronie prawej w mózgu.

Ogle na 100 przypadków afazyi znalazł 3 razy przy sekcyi zmiany po stronie prawej mózgu, a przypadki te dotyczyły właśnie mańkutów. Chory nasz jest także mańkutem, powinien więc mieć ośrodek mowy w półkuli prawej, ma go jednak, jak widać z przebiegu, po stronie lewej.

Hughlings Jackson na mocy swych spostrzeżeń twierdzi, że wykrzykniki i przekleństwa mają ośrodki w obu półkulach. Chorzy jego potrafili kląć zupełnie gładko.

Co do zmian w piśmie, nie możemy orzec nic stanowczego, bo było porażenie kończyny prawej górnej. Gdy to ustąpiło, chory pisał dobrze.

Opadnięcie *(prolapsus)* mózgu jest zjawiskiem, powstającem prawie zawsze wtedy, gdy mózg na pewnej przestrzeni zostanie pozbawionym swych naturalnych osłon, t. j. kości i opony twardej. Opona twarda powstrzymać może mimo ubytku kości mózg w czaszce, jeżeli kości brakuje nie na wielkiej przestrzeni. Opadnięcie rozwija się albo szybko po urazie, przyjmując z dnia na dzień coraz większe rozmiary, albo występuje w kilka dni (3—6), już wtedy, gdy rozwiną się zmiany zapalne, wywołujące nacieczenie okolicznych partyi mózgu. Powstanie i powiększanie się opadnięcia należy sobie tłómaczyć wzmożeniem ciśnienia śródczaszkowego (sprawy zapalne, zwykle towarzyszące krwotoki, ropnie). Mózg, jako ciało podatne, korzysta z otworu i dąży na zewnątrz, gdzie ciśnienia tak wielkiego niema; tętni on izochronicznie z tętnem. Świeże opadnięcie daje się zwykle odprowadzić z powrotem do czaszki wśrod objawów ucisku mózgu Dalszy los opadnięcia jest często następujący: rowki zacierają się szybko, mózg przyjmuje zabarwienie wiśniowe, sine, w końcu zielono-czarne i część powierzchowna obumiera, odłączając się w postaci silnie cuchnących mas martwiczych. Po oddzieleniu się tych części dno ubytku pokrywa się ziarniną, wciągając się z powrotem do czaszki.

Dawniej z obawy przed zakażeniem usuwano co prędzej część opadniętą; my obecnie zachowujemy się wyczekująco, zakładając opatrunki aseptyczne i chroniąc otoczenie od zakażenia. Ranom i ubytkom mózgu towarzyszą często zmiany w moczu (białko, moczenie obfite, cukrzyca rzekoma lub prawdziwa). Częstem bardzo powikłaniem jest zapalenie płuc.

W naszym przypadku żadnego z tych objawów nie było.

W klinice krakowskiej mieliśmy sposobność w ostatnich czasach spostrzegać 3 przypadki raków owłosionej części czaszki. Jeden wielkości złotego reńskiego znajdował się w okolicy wypukłości potylicznej zewnętrznej i dał się łatwo usunąć (kości nie zajmował); drugi, zupełnie analogiczny do wyżej opisanego, tylko większych jeszcze rozmiarów, nie był operowany, gdyż pacyent na operacyę nie zgodził się; o 3-cim wspomniałem wyżej w tej pracy.

Rak powłok czaszki stanowi mniej więcej 5% ogólnej liczby raków skóry. Początek swój bierze zwykle z nabłonka skóry, gruczołów łojowych i cebulek włosowych. Jako przyczynę powstania podają ucisk wykonywany przez kapelusze, hełmy, noszenie ciężarów na głowie, nadmierny łojotok i t. d. W cierpieniu tem rozróżnić możemy głównie dwie postacie: płaską i grzybowatą: płaska zajmuje czoło lub skroń, grzybowata potylicę. Raki te przerastają szybko kość. Opona twarda wstrzymuje na pewien czas ich rozrost w głąb, lecz w końcu przerastają one i tę granicę i zakażają wreszcie i mózg.

W przypadku naszym mózg był zdrowy, lecz opona twarda wykazywała podejrzane nacieki. Praktykowane gdzieniegdzie skrobanie części podejrzanych opony ostrą łyżeczką jest zabiegiem o wiele łagodniejszym, niż wycięcie; nie daje jednak nigdy pewności, że usunęliśmy ognisko chorobowe doszczętnie. Skrobanie wolno stosować tylko tam, gdzie z góry zrzekamy się postępowania doszczętnego. Z tych to powodów usunął prof. Kader oponę twardą i wyłuszczył gruczoły szyjne, choć raki głowy rzadko tworzą tamże przerzuty.

Ubytku w czaszce nie pokrywaliśmy, nie chcąc po raz drugi wejść w bliższą styczność z tak wrażliwym mózgiem; poleciliśmy tylko choremu nosić czapeczkę ochronną.

Przypadek nasz jest bardzo rzadkim, a w dostępnem mi piśmiennictwie nie znalazłem analogicznego. Dla przykładu przytaczam poniżej te, które mają najwięcej podobieństwa do naszego.

1. Albert Dehler i inni wspominają o wyzdrowieniu chorych pomimo ubytku dość znacznego mózgu; wyzdrowienie to nastąpiło jednak po długim przeciągu czasu.

2. Lunz *(Deutsche Wochenschrift nr. 23, 1900)*. Wycięcie gruzełka z okolicy ruchowej mózgu. Przed operacyą porażenie prawostronne po operacyi afazya, porażenie się wzmogło.

3. Lindsay (*Glasgow. Journal. 1900 Sept.*). Porażenie prawostronne, i narządu mowy; kurcze w ręce prawej i prawej połowie twarzy trepanacya, — usunięcie torbiela krwawego, leżącego w lewej półkuli w okolicy ruchowej. Wyzdrowienie po 9 miesiącach.

4 Mills, Keen, Spiller (*Journal of mental diseases. Mai 1900*). Porażenie prawostronne i niemota, trepanacya, usunięcie torbiela; wyzdrowienie po 3 miesiącach.

5. Biegański-Wrześniowski (*Medycyna nr 44 i 45*). Mięsak w lewej sferze ruchowej; wycięcie. Na drugi dzień porażenie twarzy ustąpiło. Przed operacyą porażenie prawostronne. lecz wystąpiło opadnięcie mózgu, a w końcu zapalenie opon.

6. Borsuk-Wizel (*Przegląd chirurg. T. III Zeszyt. 1*). Wynaczynienie w czaszce po uderzeniu kamieniem Na trzeci dzień niemota i porażenie nerwu twarzowego i podjęzykowego prawego. Kość ciemieniowa i skroniowa załamane. Usunięcie odłamków i skrzepów krwi, okłócie gałązki tętnicy oponowej średniej. Wycięcie kości na wielkość dłoni. Zeszycie rany. W następnych dniach porażenie kończyny górnej prawej, potem dolnej, w końcu padaczka Jacksonowska. Po 6 dniach otworzono ranę. Nakłócie 1 ctm. po za rowkiem Rolanda, w miejscu odpowiadającem ośrodkowi nerwu twarzowego. W temże miejscu nacięcie kory. Z białej substancyi dobyto 2 łyżeczki cieczy krwawej; usunięcie łyżeczką skrzepów. Zaszycie rany. Na drugi dzień porażenie kończyn znikło, mowa wróciła nieco wolniej, jedynie tylko porażenie mięśni twarzy utrzymywało się parę tygodni. Zupełne wyzdrowienie. Ubytku kości nie pokryto.

(W przypadku tym mózg uległ zmianie jedynie w okolicy ośrodka nerwu twarzowego, porażenie też to utrzymywało się parę tygodni).

7) Bonhoeffer (*Mitteil. aus den Grenzgeb. der Mediz. und Chirurg. II Band. II Heft. 1902*).

a) Pacyent liczy 56 lat. Załamanie czaszki stare. Niedowład prawej połowy twarzy. Zaburzenie czucia, bóle głowy. Trepanacya, zwolnienie blizny. Po operacyi prawa ręka słabsza, większe porażenie nerwu twarzowego, niemota. W przebiegu napady padaczkowe, mowa przeszedłszy przez okres parafazyi poprawiła się i po 2 miesiącach chory wyzdrowiał zupełnie.

b) Uderzenie w czoło w 5 roku życia; od 12 roku życia cierpi na padaczkę. Obecnie liczy lat 26. W maju 1900 roku wycięcie blizny na czole. Niema poprawy. W listopadzie trepanacya ciemieniowej kości prawej. Nie znaleziono nic nieprawidłowego. Po operacyi napady po stronie lewej ciała miały się zmniejszyć W czerwcu 1901 r. zgłosił się ponownie. Trepanacya po stronie lewej, na kości ciemieniowej również nie znaleziono nic. Po operacyi niedowład prawej dolnej części twarzy i języka, niemota, zmiany w piśmie, mowa po przejściu przez okres parafazyi poprawiła się, po 2 miesiącach chory okazuje jednak jeszcze pewne zboczenia.

III. Czy trwałe upośledzenie widzenia na jednem oku jest trwałem osłabieniem wzroku w rozumieniu § 156 *a)* u. k.?

Podał

Dr. Adam Szulisławski

Docent Uniwersytetu lwowskiego.

(Ciąg dalszy)

Dodatek.

Sądzę, że nie będzie bez korzyści, jeśli powyższe wywody poprę kilkoma przykładami własnych orzeczeń sądowo-lekarskich, które składałem wspólnie z innymi kolegami, jako zaprzysiężony znawca dla spraw okulistycznych przy c. k. wyższym sądzie krajowym we Lwowie. Wydaje mi się to tembardziej usprawiedliwionem, że dotychczas nie posiadamy żadnej prawie okulistycznej kazuistyki sądowo-lekarskiej.

Przypadek. I., w którym uszkodzenie jednego oka sprowadziło osłabienie wzroku w rozumieniu § 156 a.) u. k.

K. K., l. 50., wyrobnica ze Lwowa, została pobitą 5 sierpnia 1899 r., pięściami po głowie i lewem oku. Zaraz potem zaniewidziała prawie zupełnie, gdyż również skutkiem pobicia pięściami na wiosnę tego samego roku bystrość wzroku na oku prawem miała doznać bardzo znacznego upośledzenia.

Dnia 10 sierpnia b. r. rozpoznano w oddziale ocznym kraj. szpitala powsz. we Lwowie: *Prolapsus iridis et luxatio lentis subconjunctivalis. Hyphaema. Cataracta membranacea oc. dex. Prolap. iridis et lentis subconj. Hyphaema. Haemophthalmus. (Probab. ablatio retinae?). Infractio corneae. Suggilationes palpebrarum et conj. bulbi oc. sin.*

Prokuratorya państwa żąda stanowczego orzeczenia w kierunku zbrodni z § 152, 155 i 156 *a.)* u. k.

Badanie poszkodowanej w d. 16 listopada 1899, wykazuje:

Oko lewe: 1) Zewnętrzne części prawidłowe, w szczególności niema na powiekach, ani w najbliższem otoczeniu oka żadnych śladów obrażenia, t. j. blizn lub t. p.

2) Rogówka, zwłaszcza w górnej połowie, nieprawidłowo wypuklona, okazuje też w tem miejscu dość rozległe zaćmienia. Brzeg rogówkowo-twardówkowy w górnej połowie lekko wypuklony, sinawo przeświecający. Powyżej wewnętrznego końca tego sinawego wypuklenia płaska wyniosłość (około 2 mm. średnicy), przeświecająca przez spojówkę (resztki wypadniętej pod spojówkę soczewki).

3) Przednia komórka głęboka. Tęczówka drga przy ruchach gałki. Źrenica przesunięta ku brzegowi górnemu, a górna część tęczówki gubi się za brzegiem rog.-twardówkowym, wklinowana i wrośnięta w bliznę podspojówkową.

4) W źrenicy widać resztki torebki soczewkowej w kształcie zwisającej i czerwonymi skrzepami krwi napojonej grubej firanki, która przy ruchach gałki drga i faluje.

5) Badanie wziernikiem: różowe światło z dna oka wydobyć można tylko przy gałce, zwróconej silnie ku górze i wewnątrz. Głębszych części i szczegółów dna oka dojrzeć nie można.

6) *W. l. o.* liczy palce przed okiem tylko centralnie. Szkła nie poprawiają. Pole widzenia od góry i od wewnątrz zupełnie zniesione, od dołu i od zewnątrz ścieśnione. [Ruchy palców od zewnątrz i od dołu widzi, ale palców policzyć nie może, od góry i wewnątrz ruchów palców nie widzi].

7) Oko prawe: Zewnętrzne części i zewnętrzne wejrzenie gałki zupełnie podobne do lewego. Przednia komórka głęboka, tęczówka wklinowana i wrośnięta podspojówkowo w górny brzeg rog.-twardówkowy. Źrenica założona grubą błoną, na której tu i owdzie widoczne czerwone ślady po skrzepach krwi.

8) Różowe światło z dna oka wydobywa się wziernikiem na dość znacznej przestrzeni, ale tylko przy gałce zwróconej ku górze i ku zewnątrz. Szczegółów dna oka nie widać.

9) *W. pr. o.* = liczy palce na 12 ctm.; z + 8 D. liczy palce na $1^1/_2$ m.

Orzeczenie: I. Na podstawie wyników powyższych oględzin stwierdzamy u badanej: wypadnięcie i wrośnięcie podspojówkowe tęczówki, brak soczewki w oku (resztki zwichniętej pod spojówką soczewki, opisane pod l. 2, jeszcze widoczne), zaćmę błoniastą oka lewego. *[Iridenkleisis. Aphakia e luxatione lentis subconj. Cataracta membr. oc. sin]*. Podobne zmiany na oku prawem.

II. Zmiany te mogły wystąpić tylko przez nagłe, podspojówkowe pęknięcie twardówki na granicy rog.-twardówkowej, a to skutkiem urazu zadanego narzędziem twardem, tępem, a trafiającego oko lub najbliższą jego okolicę z pewną znaczniejszą siłą. Podanie przeto badanej, że została uderzona pięścią w lewe oko, jest zupełnie wiarogodnem.

III. Zważywszy, że także oko prawe, również skutkiem zadziałania tępego urazu, już dawniej zupełnie w ten sam sposób zostało uszkodzone i takie same jak na o. l. okazuje zmiany, przyjąć należy, że u badanej istniała pewna, wrodzona lub nabyta skłonność, czyli usposobienie, do pęknięcia gałki po zadziałaniu tępego urazu.

IV. Zmiany te stanowią samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała, połączone z niezdolnością do pracy, trwającą powyżej 30 dni i pociągają za sobą trwałe osłabienie wzroku. Przyczem atoli podnieść należy, że uraz oka lewego i zmiany przezeń wywołane tylko dlatego w tym szczególnym przypadku sprowadziły trwałe osłabienie wzroku, że widzenie na *o. pr.* jest, skutkiem zmian dawniejszych (powstałych na kilka miesięcy przed urazem *o. l.*) bardzo znacznie upośledzone.

Przypadek II, w którym uzasadniona obawa współczulnego zapalenia każe zwrócić uwagę na możliwość trwałego osłabienia wzroku w rozumieniu § 156 a.) u. k. H. K., l. 12, syna włościanina z Werbiża ugodzono d. 1 października, 1899 r. kijem w oko lewe. Natychmiast uczuł dotkliwy ból w tem oku, poczem krwotok i utrata światła. Chorował przez trzy tygodnie. Badanie w d. 23 listopada 1899 r. wykazuje:

Oko lewe: 1) Na powiekach i w najbliższem otoczeniu oka żadnych śladów obrażenia wykazać nie można. Spojówka gałki siatkowato nastrzykana, przy badaniu znacznie się zaczerwienia.

2) Gałka oczna w całości zmniejszona, przy dotyku silnie bolesna. W dolno-wewnętrznym kwadrancie blizna przy brzegu rogówki, 5 mm. długa. Od dolnego jej końca odchodzi ku dołowi blizna wciągnięta, około 6 mm. długa. Od górnego zaś końca ciągnie się ku wewnątrz drugie ramię na 4 mm. Przybrzeżna i dolna blizna okazują ciemne ślady barwika tęczówki.

3) Komórka przednia nierównej głębokości, w dolnym i wewnętrznym kwadrancie bardzo płytka, w górze głębsza. Tęczówka odbarwiona, wypłowiała, o rysunku zamazanym, atroficzna. W samej tęczówce zaciągnięcia i blizny. Źrenica wciągnięta w bliznę i zupełnie zarośnięta, skutkiem czego głębszych części oka dojrzeć nie można.

4) *W. l. o.* = O., t. j. zupełny brak poczucia światła, co i przedmiotowo stwierdzić można, prawa bowiem źrenica wprost dobrze ruchoma, współczulnie wcale nie oddziaływa.

5) Oko prawe: zewnętrzne części i dno oka prawidłowe. Hp. 1 D.

6) *W. pr. o.* = $^5/_5$ znaki; to samo z + 1 D.

Orzeczenie: I. Stosownie do wyniku powyższych

oględzin stwierdzamy u badanego: bliznę rog.-twardówkową z wrośniętą tęczówką i następowy zanik gałki ocznej ze ślepotą oka lewego. *[Cicatrix corneae et sclerae c. synech. anteriori, subsequente atrophia bulbi et amaurosi oc sin.]*.

II. Zmiany te mogły powstać tylko skutkiem urazu, zadanego narzędziem twardem, tępo-kończystem i jest zupełnie wiarogodnem podanie badanego, że został uderzony kijem w oko lewe przed mniej więcej siedmiu tygodniami.

III. Zmiany te stanowią samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała, połączone z niezdolnością do pracy, trwającą powyżej 20 dni i utratą jednego oka.

IV. Z uwagi, że zanikająca lewa gałka oczna jest przy dotyku silnie bolesna *(atrophia dolorosa)*, istnieje niebezpieczeństwo wystąpienia współczulnego zapalenia oka prawego *(ophthalmia sympathica)*. Możnaby temu skutecznie zapobiedz tylko przez wyłuszczenie gałki ocznej lewej, na co atoli ojciec poszkodowanego się nie zgadza. Zachodzi przeto w tym przypadku uzasadniona obawa trwałego osłabienia, lub nawet zupełnej utraty wzroku.

Przypadek III, w którym upośledzenie widzenia na jednem oku nie sprowadziło trwałego osłabienia wzroku w rozumieniu § 156 a.) u. k.

F. R. l. 58, z Przemyśla pobito pięściami po twarzy, głowie i oku lewem d. 11. września 1899 r. Był badany w d. 23 września z. r., nie posiadam atoli notatek z ówczesnego orzeczenia znawców i mimo usiłowań nie mogłem uzupełnić własnych zapisków z aktów sądowych, gdyż nie można ich było tu odszukać.

Prokuratorya państwa żąda stanowczego orzeczenia w kierunku § 156 *a.)* u. k., oraz zapytuje: »czy uszkodzenie takie mogło powstać przez uderzenie o twardy przedmiot przy upadku na ziemię?«

Badanie z d. 23 stycznia 1900 r. wykazuje:

Oko lewe: 1) Na skórze powiek, i w najbliższem otoczeniu oka niema żadnych śladów obrażenia, t. j. blizn i t. p.

2) Powieka górna opada tak, że przy spokojnem patrzeniu w dal pokrywa $^4/_5$ rogówki. Przy forsownem usiłowaniu podniesienia powieki górnej pomyka ona tylko bardzo nieznacznie i leniwo ku górze. Dopiero przy zamknięciu i przytrzymaniu palcami powiek o. pr. ruch ten staje się nieco wydatniejszym, o tyle mianowicie, że źrenica wchodzi w obręb szpary powiekowej.

3) Budowa gałki niedomiarowa *(myopia)*, a ruchomość jej we wszystkich kierunkach prawidłowa. Spojówka powiek zboczeń nie przedstawia. Na spojówce gałki występuje wśród badania lekkie, siatkowate nastrzykanie naczyń. Zresztą oko bez podrażnienia, przy dotyku nie bolesne, o napięciu prawidłowem (Tn.).

4) Rogówka czysta. Przednia komórka nieco głębsza niż na o. pr. Ciecz wodna czysta. Tęczówka o rysunku lekko zamazanym, niebieska z zielonawym odcieniem. Źrenica nieco rozszerzona, nieregularnego kształtu, zrośnięta zapomocą licznych i szerokich tylnych przyczepin dokoła z przednią torebką i założona cała szarą błoną, która, od dołu gruba, staje się ku górze coraz cieńszą i przejrzystszą. Źrenica na światło wcale nie oddziaływa. Przy ruchach gałki nie można dojrzeć żadnego drżenia tęczówki.

5) W górnej połowie źrenicy obrazek Purkinjego (trzeci), od tylnej powierzchni soczewki niewyraźnie dostrzegalny. Ze szczegółów dna oka dostrzedz zaledwie można, jak przez bardzo grubą mgłę, tarczę nerwu wzrokowego, okoloną szerokim garbem.

6) *W. l. o.*=ruchy ręki przed okiem. Ubytków w polu widzenia wykazać nie można.

Oko prawe: 7) Zewnętrzne części prawidłowe. Budowa gałki niedomiarowa *(myopia)*. Źrenica okrągła, wolna, na światło wprost oddziaływa dobrze, współczulnie bardzo słabo. Wziernikiem wykazać można rozpoczynające się zaćmiewanie soczewki od obwodu i szeroki garbiak tylny naokoło tarczy nerwu wzrokowego. Ku zewnątrz cała okolica plamki żółtej na szerokiej przestrzeni jest wyraźnie bledsza, szarawa w porównaniu z resztą dna oka, jako wyraz toczącej się w tem miejscu sprawy zanikowej w naczyniówce, pospolitej zresztą zmiany przy wysokiej niedomiarowości.

W. pr. o.=palce na $^3/_4$—1 m, Sn. 0,5 (od 5—7 cm.), $^6/_{24}$ Mp. 20 D

Orzeczenie: I. Na podstawie powyższego badania stwierdzamy następujące zmiany: znaczny niedowład i opadanie powieki górnej, okrężną tylną przyczepinę i zarośnięcie źrenicy po zapaleniu tęczówki, szeroki garbiak tylny na oku lewem; rozpoczynającą się zaćmę, wysoką niedomiarowość i jej następstwa, rozległy garbiak tylny i rozpoczynający się zanik naczyniówki na oku prawem. *[Ptosis palp. sub. Se-et occlusio pupillae. Staphyloma post. oc. sin. Cataracta incip. Myopia excessiva. Staphyloma post. Atrophia incip. chorioideae oc. dextri.*

II. Nie ulega żadnej wątpliwości, że oko lewe było zawsze tak samo krótkowidzące, jak prawe, czego ostatecznym dowodem jest szeroki garbiak tylny, opisany pod l. 5.

III. Zmiana opisana pod 2, powstała niewątpliwie jako bezpośredni skutek urazu; zmiany zaś, opisane pod 4, są następstwem urazowego zapalenia tęczówki i wylania się krwi do przedniej komórki.

IV. Wobec tego, że obecnie na skórze powiek i w okolicy oka lewego niema żadnych blizn, ani też innych śladów zranienia, jak również ze względu na to, że w protokole oględzin z d. 23 września 1899 r., a więc wykonanych w 12 dni po wypadku, niema żadnej wzmianki o jakiejś ranie, lub choćby śladach otarcia skóry na powiekach i okolicy oka lewego, przypuścić należy, że uraz musiał być zadany ciałem tępem, twardem i gładkiem. Wynika z tego, że aczkolwiek nie da się wykluczyć możliwość powstania pod 2 i 3 opisanych zmian wskutek uderzenia się poszkodowanego o przedmiot o powyższych własnościach, leżący na ziemi, to jednak bliższem i prawdopodobniejszem jest przypuszczenie, że powstały one skutkiem uderzenia pięścią.

V. Zmiany, opisane pod l. 2 i 4, stanowią samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała, połączone z niezdolnością do pracy, trwającą przez dni 30.

VI. Że względu na to, że możnaby zapomocą wskazanej w tym przypadku operacyi (irydektomii) podnieść bystrość wzroku na o. l., a o. pr. skutkiem urazu wcale nie ucierpiało, bo zmiany w niem znalezione są jedynie tylko zwykłem następstwem wysokiej myopii, przeto uraz ten, chociaż sprowadził upośledzenie widzenia na oku lewem, nie spowodował jednak w tym przypadku trwałego osłabienia wzroku w rozumieniu § 156 a.) u. k.

Przypadek IV. Samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała, czy osłabienie wzroku?

A. S. l. 48, z Woli bukowskiej, został wśród bijatyki ugodzony d. 6 września kamieniem w oko lewe.

W kilka dni potem dwaj znawcy sądowi wydali po zbadaniu chorego i opisaniu zmian następujące orzeczecie: »Zmiany na o. l. opisane przedstawiają się jako porażenie tęczówki, powstałe wskutek uderzenia kamieniem; zmiany te spowodowały osłabienie wzroku na o. l. a tem samem i osłabienie wzroku w ogólności. Uszkodzenie to jest ciężkie, ponieważ pociągnie za sobą trwałe osłabienie wzroku w ogólności«.

Prokuratorya Państwa żąda ponownego zbadania poszkodowanego przez okulistów i wydania stanowczego orzeczenia w kierunku zbrodni ciężkiego uszkodzenia ciała z § 152 i 155 u. k.

Badanie w d. 19 lutego 1900 r. wykazuje:

Oko lewe: 1) Ponad łukiem brwiowym lewym i równolegle do niego przebiega głęboka blizna skórna, 28 mm. długa, dająca się ze skórę przesuwać.

2) Spojówki powiek okazują znamiona przewlekłego nieżytu. Oko spokojne, niebolesne. Rogówka czysta i nienaruszona.

3) Przednia komórka bardzo płytka, zaś nieco na zewnątrz od szczytu rogówki zupełnie zniesiona, a to skutkiem przyrośnięcia poszarpanego w tem miejscu brzegu źrenicznego tęczówki do tylnej powierzchni rogówki. Z drugiej strony istnieją w temże samem miejscu liczne zrosty z przednią torebką soczewki, które soczewkę, wypchniętą poprzednio wraz z przylegającą tęczówką z jej naturalnego położenia ku przodowi, utrzymują w bliskości tylnej ściany rogówki i powodują w ten sposób nadwichnięcie soczewki ku przodowi. Dolno-zewnętrzna część źrenicy w najbliższem sąsiedztwie opisanych przednich i tylnych przyczepin jest założona cienką błonką uorganizowanej wypociny, a nadto znajduje się tu jeszcze ślad wybroczyny krwawej w postaci krwawego punkcika wielkości ziarnka maku. Górno wewnętrzna część źrenicy wolna, okazuje na światło ślad oddziaływania.

4) Soczewka czysta, obrazki Purkinjego widoczne bardzo dobrze w wewnętrznej połowie, przyćmione nieco w zewnętrznej. Ciałko szkliste jasne. Dno oka prawidłowe. Tarcza nerwu wzrokowego dobrze odgraniczona, od zewnątrz wązki, sierpowaty garbiak tylny.

5) *W. l. o.* $= ^6/_{60}$ (znaki). Szkła nie poprawiają.

Oko prawe: 6) Spojówki powiek przedstawiają obraz przewlekłego nieżytu, zresztą części zewnętrzne i dno oka prawidłowe.

W. pr. o. $= ^6/_{12}$ Hp. 1, 5 D (znaki).

Orzeczenie: Stosownie do powyższego badania stwierdzamy bliznę skórną nad łukiem brwiowym lewym, przednie i tylne przyczepiny, poszarpanie brzegu źrenicznego i przemieszczenie soczewki ku przodowi na oku lewem. *[Cicatrix ad arcum supercil. Synech. ant. et. post. Ruptura sphinct. pup. Subluxatio lentis oc. sin].*

II. Zmiany takie powstać mogą tylko skutkiem urazu zadanego narzędziem twardem, użytem z siłą, i jest zupełnie prawdopodobnem, że w tym przypadku mogły powstać skutkiem uderzenia kamieniem w okolicę oka lewego przed mniej więcej 6 miesiącami.

III. Zmiana, opisana pod l. 1 (blizna skórna), stanowi lekkie uszkodzenie ciała, połączone z upośledzeniem zdrowia, trwającem poniżej dni 20.

IV. Zmiany opisane pod l. 3, stanowią samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała, połączone z niezdolnością do pracy powyżej dni 20.

Przypadek V. Samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała z prawdopodobieństwem upośledzenia wzroku, czy zmiany utworowe?

D. K., włościanina, 45 l. liczącego, z Muszkatówki, pobito d. 25 listopada 1899 r. pięściami po twarzy i głowie.

Znawcy sądowi znaleźli »liczne zmiany wybroczynowe na twardówce i tęczówce oka lewego, oraz zaćmę urazową i ścieśnienie pola widzenia«, które oznaczyli jako »ciężkie uszkodzenie ciała z prawdopodobieństwem trwałego upośledzenia wzroku«, zastrzegli jednak powtórne oględziny przez specyalistów.

Prokuratorya Państwa stawia pytania co do zbrodni ciężkiego uszkodzenia ciała z § 152 i 156 *a.* u. k.

Badanie z d. 16 marca 1900 r. wykazuje:

Oko lewe: 1) Na skórze powiek i w najbliższem otoczeniu o. l. żadnych śladów obrażenia, j. t. blizn i t. p. wykazać nie można.

2) Spojówki powiek i gałki prawidłowe, rogówka gładka, lśniąca i czysta.

3) Na twardówce dokoła obwodu rogówki liczne nieregularnie rozmieszczone plamy barwikowe, rozmaitego kształtu, częścią stojące osobno, częścią zlewające się ze sobą, t. zw. znamiona barwikowe *(naevus pigment).*

4) Przednia komórka głębokości prawidłowej. Ciecz wodna czysta. Tęczówka o prawidłowem utkaniu, ciemno brunatna skutkiem nadmiernej obfitości przybłonka barwikowego. Źrenica okrągła, wązka, wolna, na światło dobrze oddziaływa.

5) Soczewka czysta, prawidłowa. Ciałko szkliste bez zmian. W dnie oka podściółka barwikowa silnie rozwinięta. Tarcza nerwu wzrokowego dobrze ograniczona, różowa. Na niej w dolno-zewn. kwadrancie widać jedną większą, owalną plamę barwikową, pokrywającą jedno z naczyń na tarczy, od której ku środkowi tarczy odchodzi znacznie jaśniejsza i wydłużona plamka barwikowa. Obok niej wzdłuż i na wewnątrz od żyły skroniowej dolnej (*v. temporal inf.*) ciągnie się również wydłużone i jaśniejsze znamię barwikowe (*naevus pigmentosus).* Naczynia prawidłowe. Zresztą w dnie oka niczego nieprawidłowego wykazać nie można.

6) *W l. o.* $= ^6/_{10}$ nie całe (znaki); $^6/_8$ z − 0,5 D.

Pole widzenia w porównaniu z prawem nieco ścieśnione, atoli w granicach jeszcze fizyologicznych.

Oko prawe: 7) Części zewnętrzne i dno oka prawidłowe. Uderza tylko jasno-niebieskie zabarwienie tęczówki wobec ciemnego zabarwienia tęczówki oka lewego.

W pr. o. $^6/_{10}$ − 6 (znaki). Szkła nie poprawiają.

Orzeczenie. I. Stosownie do wyników powyższych oględzin stwierdzamy u badanego na oku lewem jedynie tylko nadmierne nagromadzenie barwika, w postaci rozsianych, nieregularnych znamion barwikowych twardówki, ciemnego zabarwienia tęczówki i w dnie oka lewego, jakoteż znamion barwikowych na tarczy nerwu wzrokowego *(naevus pigment. sclerae et papillae n. opt.)*, które istnieje, jako wrodzone zboczenie utworowe.

II. Ani na częściach zewnętrznych, ani w dnie oka nie można wykazać żadnych zmian, powstałych po obrażeniu, stwierdzamy przeto, że uraz rzekomo w dniu 25 listopada 1899 r. zadany nie pozostawił po sobie żadnych śladów.

Przypadek VI., w którym powikłane ciężkie uszkodzenie jednego oka nie wywołało żadnego ze skutków przewidzianych w § 156 a.) u. k.

H. K., l. 43., zamieszkały w Batiatyczach, został d. 12 lutego 1900 uderzony tyczką w okolicę prawego oka. Silne krwawienie. Obrzmienie trwające długi czas.

Oględziny przedsięwzięte d. 13 lutego l. r. przez dwu znawców lekarzy wykazały ranę około kącika wewnętrznego o brzegach poszarpanych, podbiegnięcie krwawe na spojówce gałki w kąciku wewnętrznym.

D. 23-go marca powtórne oględziny, przy których ci sami znawcy stwierdzili, że »rana w kąciku wewnętrznym, niezupełnie jeszcze zagojona, — granuluje«, a nadto wykazali zrost ze spojówką gałki, »upośledzający ruchomość gałki ocznej, szczególnie w kierunku na prawo; przez to spowodowane jest wpadające w oczy oszpecenie, a w dalszej mierze i zmniejszony widnokrąg«. Badany rzekomo »na 1 m. oddalenia palców policzyć nie może«. Wziernikiem nie wykryto zboczeń. Znawcy sądowi przypuszczają agrawacyę. W orzeczeniu kwalifikują: »jako ciężkie uszkodzenie ciała, powodujące upośledzenie zdrowia i niezdolność do pracy przez czas ponad dni 20, nadto wywołało wpadające w oczy oszpecenie, a gdyby się okazało, że badany subjektywnie nie symuluje, czego przy badaniu środkami, którymi rozporządzamy, skonstatować nie można było, i w samej rzeczy ucierpiał osłabienie wzroku na uszkodzonem oku, to natenczas spowodowało uszkodzenie to i trwające osłabienie wzroku oka uszkodzonego, — w obec czego sprawę należy odstąpić do zbadania specyalistów«.

Prokuratorya państwa żąda stanowczego orzeczenia »czyli w niniejszym przypadku zachodzą znamiona zbrodni z § 156. *a)* u. k.«

Badanie z d. 26-go kwietnia 1900 r. wykazuje:

Oko prawe: 1) Kącik wewnętrzny zajęty jest gwiazdkowatą gładką blizną. Jedno z głównych jej ramion dąży w przedłużeniu szpary powiekowej na długość 10 mm. ku nosowi, drugie skręca ku dołowi i przebiega równolegle do brzegu powieki dolnej na jakie 8—10 mm. Sam kącik wewnętrzny jest skutkiem zbliznowania wyrównany, zrośnięty z mięskiem łzowem i spojówką powieki dolnej i górnej w najbliższem otoczeniu; — zapomocą zaś grubego i niepodatnego zrostu złączony jest bezpośrednio ze spojówką gałki ocznej. Zrost ten nie da się podejść ani obejść zgłębnikiem.

2) Ruchomość gałki ocznej jest skutkiem tego zrostu ku zewnątrz bardzo znacznie upośledzona. Przy ruchach zaś ku dołowi i górze ulega gałka oczna skręceniu ku wewnątrz. Bezpośrednim skutkiem tego są podwójne obrazy przy obuocznem widzeniu, które badany stara się usunąć przez znamienne skręcenie głowy ku stronie prawej.

3) Szpara powiekowa jest krótsza, mierzy 23 mm., podczas gdy na oku lewem długość jej wynosi 25 mm.; a także przy spokojnem patrzeniu wdal jest o $1^1/_2$ mm. niższą od lewej.

Przy łagodnem zamykaniu powiek, jak do snu, pozostaje na o. pr. wązka (około $1^1/_2$ mm.) szparka między powiekami, która znika dopiero przy forsownem skurczeniu powiek.

4) Bruzdy, powstające przy zmarszczeniu czoła, są nieco płytsze po stronie prawej, niż po lewej, a nadto po kilkunastu sekundach wyrównywują się zwolna, t. j. brew przesuwa się (opada) ku dołowi, podczas gdy po stronie lewej i brew w górze pozostała i zmarszczenie czoła trwało jeszcze.

5) Wystawiony język dotyka prawego kącika ust, czyli pozornie zbacza na prawo.

6) Gałka oczna w całości cofnięta ku tyłowi, w głąb oczodołu, stoi niżej, a raczej głębiej od lewej o jakie 4—5 mm.

7) Spojówki powiek lekko rozpulchnione i przekrwione. Skąpa wydzielina śluzowa.

8) Od szczytu rogówki ku dołowi, w obrębie szpary powiekowej, istnieją powierzchowne, leciuchne zaćmienia, drobne nierówności, znamienne i właściwe objawy wysechania przybłonka rogówkowego.

9) Czucie w rogówce i spojówce gałki wyraźnie upośledzone.

Odruch powiekowy przy obydwu oczach otwartych, po obydwu stronach prawidłowy, przy zamkniętem jednak oku lewem, bardzo upośledzony, ledwie zaznaczony na oku prawem.

10) Przednia komórka głębokości prawidłowej. Ciecz wodna czysta. Źrenica okrągła, wolna, dobrze oddziaływa. Środki łamiące czyste. Dno oka prawidłowe.

11) *W. o. pr.* = 6/15 — 10 (znaki). Szkła nie poprawiają.

Oko lewe: 12) Zewnętrzne części, środki łamiące i dno oka prawidłowe. *W. l. o.* = 6/6—5 (znaki). To samo, podmiotowo lepiej z + 0.5 D.

Orzeczenie: I. Na podstawie wyników powyższych oględzin stwierdzamy u badanego urazowe cofnięcie się (wgłębienie) gałki ocznej prawej (l. 6), zrost spojówki powiekowej w kąciku wewnętrznym ze spojówką gałki z następowem upośledzeniem ruchomości gałki ocznej i podwójnem widzeniem (l. 1 i 2), niedomykalność powiek i to skutkiem niedowładu prawego nerwu twarzowego (l. 3. 4. 5.), upośledzenie czucia rogówki i spojówki (l. 9), jako wyraz zajęcia I gałązki nerwu trójdzielnego prawego. *(Enopthalmus traumaticus dexter. Symblepharon partiale subsequ. diplopia. Lagophthalmus minoris gradus e paresi n. facialis d. Paresis ram. ophthalm. n. trigemini dextri).*

II. Jest rzeczą wielce prawdopodobną, że niedowład prawego nerwu twarzowego (l. 3. 4. 5) powstał i istnieje niezależnie od urazu.

III. Zbliznowacenie wewnętrznego kącika oka prawego, zrost ze spojówką gałki (l. 1) z towarzyszącymi mu objawami (l. 2), wgłębienie gałki ocznej prawej (l. 6) i upośledzenie I gałązki n. trójdzielnego prawego (l. 9) powstały niewątpliwie wskutek urazu, zadanego ze znaczną siłą w okolicę wewnętrznego kącika o. pr. narzędziem twardem, tępem, np. grubą tyczką.

IV. Zmiany te stanowią samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała, połączone z nadwerężeniem zdrowia, trwającem powyżej dni 30.

V. Z uwagi, że zmiany te dotyczą czterdziestokilkoletniego włościanina, a zwłaszcza i głównie dlatego, że wcale nie są „podpadające", gdyż do stwierdzenia ich potrzebne jest nader dokładne, wprost drobiazgowe badanie lekarskie (blizna na skórze jest gładka, mało widoczna, a zrost kryje się pod powiekami), nie może być w tym wypadku mowy o podpadającem oszpeceniu w myśl § 156 *a*) u. k.

VI. Zważywszy, że zapomocą stosownej operacyi (t. j. przez usunięcie zrostu) można usunąć przyczynę upośledzenia ruchomości gałki, a tem samem znieść podwójne widzenie (o którem badany i tak sam nie wspomina, gdyż wcale sobie z niego sprawy nie zdaje), a powtóre z istniejącej obecnie na obydwu oczach (pod l. 11 i 13 wyszczególnionej) bystrości wzroku przy zupełnie prawidłowem dnie oka, wynika, że nie zachodzi w tym przypadku obawa trwałego osłabienia wzroku w myśl § 156 *a*) u. k.

VII. Orzekamy przeto, że uraz w tym przypadku spowodował ciężkie uszkodzenie ciała, połączone z nadwerężeniem zdrowia, trwającem powyżej 30 dni, nie pociągnął zaś za sobą żadnego ze skutków przewidzianych w § 156 *a*) u. k.

Przypadek VIII., w którym urazowe zwichnięcie soczewki nie sprowadziło trwałego osłabienia wzroku w rozumieniu § 156 u. k. Dnia 17. lutego 1900. przyszło do bójki między W. B., l. 45. liczącym włościaninem z Hoszan i W. Ł. Wśród mocowania się W. B. uchwycony za włosy i wrzucony pod wóz, upadł tam razem z przeciwnikiem. Ten ostatni uwolnił się jednak szybko, poczem kopał leżącego na wznak na ziemi w prawy bok, piersi i prawe oko, przyczem żona oskarżonego miała przytrzymywać ofiarę za włosy.

W d. 8. marca odbyły się pierwsze oględziny lekarskie. Stwierdzono wówczas: 1) świeżą bliznę na łuku brwiowym. 2) Rozszerzenie źrenicy i nieruchomość jej. Drganie tęczówki. 3) Wzrok = »czuje wrażenie światła, a na odległość $^3/_4$ m. rozpoznaje i liczy palce«. Znawcy wydali wówczas następujące orzeczenie: »Opisane obrażenie oka prawego mogło powstać zgodnie z podaniem badanego przez uderzenie w brzeg oczodołu narzędziem twardem, tępokańciastem. Sprowadzone wstrząśnienie spowodowało oderwanie się i opadnięcie soczewki oka prawego, nadzwyczajne rozszerzenie się źrenicy a w następstwie wady przytoczone w funkcyi wzroku na oku prawem, graniczące prawie z zupełną utratą wzroku w tem jednem oku. Ponieważ obrażenie to jest trwałem i nieuleczalnem, przeto stanowi uszkodzenie ciężkie z powyżej 30-dniową niezdolnością do pracy».

Prokuratorya Państwa zwraca akta sędziemu śledczemu z wezwaniem, aby od okulistów zażądał stanowczego orzeczenia na podstawie aktów »czyli uszkodzenie ciała, jakie poszkodowany W. B. na o. pr. odniósł, połączone jest z trwałem osłabieniem wzroku § 156 *a*) u. k.«

Po zbadaniu aktów złożyliśmy następujące oświadczenie: »Na podstawie protokółu oględzin, tudzież protokółu zeznań poszkodowanego), nie możemy wydać orzeczenia czy to uszkodzenie pociągnęło za sobą trwałe osłabienie wzroku,—albowiem do stanowczego oświadczenia się w kierunku pytania c. k. prokuratoryi państwa w S., koniecznem jest bezpośrednie zbadanie uszkodzonego«.

Badanie z d. 17. maja 1900. r. wykazuje:

Oko prawa: 1) Wzdłuż łuku brwiowego prawego ciągnie się blizna skórna, wolno na kości przesuwalna.

2) Gałka oczna bez podrażnienia. Spojówki i rogówka prawidłowe.

3) Przednia komórka znacznie głębsza niż na o. l. Tęczówka przy ruchach gałki wyraźnie drga. W zewnętrznym kwadrancie widoczne oderwanie tęczówki od brzegu rzęskowego na przestrzeni 5—6 mm. Źrenica szeroka, wcale nie oddziaływa na światło wprost, ani współczulnie, ani przy ruchach gałki.

4) Soczewka zwichnięta, zatopiona zupełnie w ciałku szklistem i umocowana od dołu w okolicy rzęskowej. Przy gałce silnie ku dołowi zwróconej dostrzega się wyraźnie jej ostro zarysowanym ciemny brzeg i górną połowę przezroczystej jeszcze kory. Przy ruchach gałki wykonywa soczewka drobne ruchy bierne.

Ciałko szkliste okazuje drobno-pyłkowe zaćmienie.

5) Dno oka prawidłowe.

6) *W. pr. o.* = $^6/_8 - ^6/_6$ (znaki) z + 10 D.

Oko lewe: 7) Zewnętrzne części i dno oka prawidłowe.

W. l. o. = $^6/_6 - ^6/_5$ (znaki). Szkła pogarszają.

Orzeczenie: I. Na podstawie powyższego badania stwierdzamy u poszkodowanego: bliznę skórną na łuku brwiowym prawym (l. 1), oderwanie i drganie tęczówki, porażenie źdźiergacza źrenicy (l. 3), zwichnięcie soczewki do ciałka szklistego i męty w ciałku szklistem (l. 4) oka prawego. *[Cicatrix ad arcum superc. Iridodialysis. Iridodonesis. Paralysis sphinct. pup. Luxatio lentis in corpus vitr. Opacitates corporis vitr. oc. dex.]*

II. Zmiany te mogły powstać tylko skutkiem tępego urazu, który z pewną, znaczniejszą siłą zadziałał na brzeg oczodołu w okolicy łuku brwiowego prawego.

III. Blizna skórna, opisana pod l. 1, stanowi lekkie uszkodzenie ciała, połączone z nadwerężeniem zdrowia około 8 — 10 dni trwającem.

IV. Zmiany, opisana pod l. 3 i 4, stanowią samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała.

V. Ze względu, że oko prawe, t. j. uszkodzone nie okazuje żadnych śladów zadrażnienia, a co do bystrości wzroku zachowuje się zupełnie tak, jak każde oko, z którego soczewkę usunięto (np. po operacyi zaćmy), t. j. że zapomocą odpowiedniego szkła osiąga się niemal prawidłową bystrość wzroku (l. 6), oko zaś lewe jest zupełnie zdrowe, przeto powyższe samo przez się ciężkie uszkodzenie, jakie poszkodowany na o. pr. odniósł, nie jest połączone z trwałem upośledzeniem wzroku w rozumieniu § 156 *a*) u. k. (Dok. nast.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. M. Nartowski: **Zakłady lecznicze dla umysłowo chorych w oświetleniu najnowszych zdobyczy naukowych.** *(Kraków, 1902).*

Popularna broszura, napisana dla oświeconego ogółu, ma na celu budzić społeczeństwo do zajęcia się sprawą obłąkanych.

Autor, naszkicowawszy historyę psychiatryi i istotę chorób umysłowych, poddaje zasłużonej krytyce wadliwe i niehumanitarne urządzenie naszych zakładów dla obłąkanych, ich olbrzymie przepełnienie, przeciążenie pracą służby i lekarzy, którzy „za swe bezgraniczne poświęcenie bywają jeszcze szarpani, a nawet poniżani"; za gorące słowa obrony pożałowania godnych lekarzy zakładowych i za dosadne a prawdziwe przedstawienie ich ciężkiej a niewdzięcznej pracy należą się autorowi wyrazy rzetelnego uznania i podzięki.

Jako środek do poprawy naszych zacofanych stosunków na polu pielęgnowania obłąkanych zaleca autor przeprowadzoną na szeroką skalę decentralizacyę dzisiejszych zakładów i urządzenie opieki domowej *(patronage familial)* i kolonij leczniczych na wzór osad w Gheel w Belgii; dalej — stworzenie przytułków i zakładów obserwacyjnych, które równocześnie musiałyby spełniać zadanie klinik, wreszcie urządzenie zakładów leczniczych i osobnych zakładów, utrzywanych przez zarządy więzienne, a przeznaczonych dla przestępców, podejrzanych o udawanie choroby umysłowej.

Temu ostatniemu postulatowi autora stało się już o tyle zadość, że ministerstwo sprawiedliwości rozporządzeniem z dnia 6-go sierpnia b. r. ograniczyło dotychczas praktykowane oddawanie więźniów do publicznych zakładów dla obłąkanych i zaleciło umieszczanie ich w odpowiednio urządzonych ubikacyach więziennych, gdzie mają być badani i obserwowani, a dopiero po stanowczem stwierdzeniu choroby umysłowej do właściwych zakładów odsyłani.

Zamierzona budowa i urządzenie dwóch nowych zakładów i dwóch klinik uniwersyteckich będzie — zdaniem autora — nie wystarczające wobec stosunkowo wysokiej, a z roku na rok zwiększającej się liczby obłąkanych.

Autor, żądając pomocy od kraju i rządu, apeluje równocześnie do całego społeczeństwa, aby wzięło się do zorganizowania odpowiedniego towarzystwa, mającego na celu opiekę nad umysłowo chorymi.

Oby gorący ten apel autora nie przeszedł bez echa i oby społeczeństwo nasze przestało.. „wydawać tysiące na przepych, a żałować najskromniejszej opieki tym najbiedniejszym".

Broszura napisana popularnie, treściwie i z zapałem; przyczynić się może bez wątpienia do objaśnienia szerszych warstw o istocie i potrzebie opieki nad obłąkanymi.

Z prawdziwym dla siebie i społeczeństwa pożytkiem mogą ją przeczytać dziennikarze, zwłaszcza ci, którzy nie znając dokładnie istoty rzeczy, rzucają z za redakcyjnego biurka gromy na zakłady, psychiatryę i psychiatrów, w głębokiem przekonaniu, że w ten sposób przysłużą się biednym chorym i całemu społeczeństwu. *Dr. St. J.*

V. Wyciągi.

Moser (Wiedeń). **Leczenie płonicy surowicą łańcuszkowców płoniczych.** *(Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 41. 1902). Od listopada roku 1900 wykonywa M. w klinice Eschericha w Wiedniu próby z surowicą własnego pomysłu. Przedewszystkiem uodparnia on zwierzęta zapomocą łańcuszkowców, otrzymywanych ze krwi serca osobników, zmarłych na płonicę, a surowicą otrzymaną z tych zwierząt stara się wpłynąć na przebieg płonicy u innych osobników. Moser wstrzykuje koniom stopniowo mięszaninę żywych hodowli łańcuszkowców; po kilku miesiącach upuszcza im krwi i wstrzykuje otrzymaną surowicę chorym na płonicę, bez dodatku karbolu. Ogółem na 699 przypadków płonicy wstrzykiwał surowicę w 81 przypadkach; przy wyborze chorych do wstrzykiwań, kierował się on stopniem choroby, gdyż dla łatwiejszego przeglądu podzielił wszystkie przypadki, zależnie od rokowania, na cztery grupy: lekkie (I), średnio ciężkie (II), ciężkie (III) i śmiertelne (IV). Z początku wstrzykiwał małe dawki (30 ctm^3); stopniowo doszedł do 180 ctm.^{3} i tę dawkę obecnie wstrzykuje w każdym przypadku. Wstrzykując wcześnie (w pierwszym lub drugim dniu choroby) nie miał żadnego przypadku śmierci, w 3-cim dniu odsetek śmiertelności wynosił 14,29, w 4-tym 23,08%, w 5-tym 40,00%, w 7-mym 43,33%, w 8-mym 50,00%, w 9-tym 50,00%, przyczem nadmienić należy, że M. wybierał do leczenia surowicą przypadki najcięższe, odsyłając mniej ciężkie do innych szpitali. Mimo to odsetek śmiertelności był mniejszy (8,99%), aniżeli w innych szpitalach wiedeńskich (13.09%.)— Za swoistem działaniem surowicy przemawia przedewszystkiem obraz kliniczny, mianowicie: stan ogólny szybko się poprawia, osutka przy wczesnem wstrzykiwaniu nie rozwija się, albo znika szybko; zaburzenia nerwowe ustępują, ciepłota i tętno już w samym początku choroby łagodnieją, podobnie objawy ze strony narządu oddechowego i przewodu pokarmowego. Obrzmienie gruczołów w jamie nosowo-połykowej prędzej ustępuje i nie przybiera wielkich rozmiarów, a procesy ropne w uchu i zapalenie nerek wydarzyły się rzadziej i ze słabszem nasileniem; czas trwania choroby jest krótszy i wcześniej występuje okres wyzdrowienia. Co się tyczy leczenia ochronnego, M. stosował je w 39 przypadkach. Badania w tym kierunku nie są atoli jeszcze ukończone. — W wielu przypadkach spostrzegano osutkę po wstrzykiwaniach i bóle w stawach, a niekiedy wystąpienie ropnia w miejscu wstrzyknięcia. Innych ubocznych objawów nie zauważono. Ogółem więc, sądzi autor, że surowica przeciwpłonicza wywiera wpływ korzystny na przebieg płonicy; rzuca on myśl, czy też łańcuszkowce nie są jedynie i wyłącznie przyczyną płonicy, a dodaje, że od roku 1897 w 99 przypadkach śmierci po płonicy, zdołano wychodować z krwi wziętej z serca 63 razy łańcuszkowce. Tę ostatnią okoliczność stwierdzili już inni badacze (Baginsky, Sommerfeld, Slawyk). Łańcuszkowce te różnią się jednak od łańcuszkowców róży, ropówki itp.

Na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Karlsbadzie, gdzie Moser po raz pierwszy ogłosił wyniki swych badań, potwierdził Escherich w całkowicie w dyskusyi wywody swego asystenta i zaznaczył, że polepszenie występuje w 24 godzin po wstrzyknięciu surowicy i że przedewszystkiem ustępują objawy zatrucia. Doświadczenie kliniczne i ta okoliczność, że inne surowice łańcuszkowców są bezskuteczne, przemawiają za tem, że surowica Mosera działa swoiście na toksyny płonicy.

Paltauf również przypisuje tej surowicy działanie lecznicze, gdyż ciepłota szybko spada i inne objawy chorobowe ustępują. Że surowica ta posiada własności antytoksyczne, przemawia za tem między innemi doświadczenie Freunda. Wykazał on przed laty, że stolce chorych na płonicę w przeciwieństwie do prawidłowych działają trująco na myszy. Jad ten trujący można otrzymać zapomocą wyciągu wodnego z osadu i daje się zobojętnić zapomocą surowicy. Myszy, którym wstrzyknięto 0,1—0,5 jadu i 1 ctm^3 surowicy, pozostały zdrowe, zaś te, którym wstrzyknięto 0,2 jadu samego chorowały, a po wstrzyknięciu 0,30—0,50 ginęły po 5—18 dniach.

Dr. Jan Landau.

Bettmann. **O opryszczkach w krtani, oraz uwagi nad opryszczkami występującemi w okresie miesiączki.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 36). Dotychczas ogłoszonych jest tylko 22 przypadków opryszczek krtani. Przypadek autora dotyczył 23-letniej kobiety, która pół roku po urodzeniu zdrowego dziecka, a dwa miesiące po skończeniu wcierań z powodu kiły drugorzędnej, zgłosiła się z bólami przy łykaniu, chrypką i ciężkim oddechem; zaburzeń ogólnych zresztą nie było. W 5 dni potem stwierdził autor wraz z prof. Juraszem opryszczki na lewem skrzydełku nosa, na szyi, pod lewą szczęką dolną i typowe opryszczki na lewej chrząstce nalewkowej. W trzy dni potem chora dostała miesiączki pierwszy raz po porodzie, a po dwóch dniach opryszczki w krtani zagoiły się. Chora i przez dalsze cztery miesiące dostawała opryszczek, występujących również na 5—7 dni przed miesiączką i to zawsze na skrzydełkach nosa, w kącie ust, na języku, oraz na wargach sromnych. W ciągu następnego 1½ roku zjawisko to kilkakrotnie się powtórzyło, w krtani zaś opryszczek więcej nie zauważono. Był to więc przypadek osutki miesiączkowej. Opryszczki występujące w związku z miesiączką nie są wcale rzadkim objawem i zjawiają się bądź przed wystąpieniem miesiączki, bądź podczas niej, bądź też wreszcie po jej ustaniu; ta różnica co do czasu może się zdarzyć u jednej i tejsamej osoby; opryszczki nie muszą też wystąpić przy każdorazowej miesiączce. Zauważono również, że opryszczki miesiączkowe zjawiają się nieraz u kobiet po porodzie, po zakażeniu kiłowem i u osób nerwowych, co wszystko miało miejsce u chorej, o której mowa. Zwyczajnem usadowieniem opryszczek miesiączkowych są wargi ust i części rodne zewnętrzne; rzadko tylko występują one na szyi i rękach, w okolicy lędźwiowej lub na pośladkach, albo nawet na sutkach i wogóle na jakiembądź miejscu skóry, lub błony śluzowej, jak w ustach i na części pochwowej macicy, rzadko natomiast w pochwie; a u jednej i tejsamej osoby mogą one występować w różnych miejscach i w różnych kombinacyach. Przypadek autora jest godnym uwagi, jako pierwszy przypadek opryszczek miesiączko-

wych, usadowionych w krtani; opisywane bowiem dotychczas opryszczki w krtani były sprawami zapalno-zakaźnemi. *Dr. Fels.*

Kasparek i Teuner. **O wybuchu wścieklizny w siedm miesięcy po zaszczepieniu metodą Pasteura.** *(Berliner klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 36). Dnia 11 września 1900 r. ukąsił pies, u którego sekcyjnie stwierdzono wściekliznę, 7-letnią dziewczynkę w okolicę lewego stawu nadgarstkowego i 3 chłopców, w wieku od 4—7 lat, również w ręce i przedramiona. Rany były wszystkie nieznaczne i mało krwawiły, lecz w jakim porządku dzieci były pokąsane, niestety potem nie można było stwierdzić. Dziewczynka i dwóch z chłopców były w czasie od 24/IX—9/X leczone w wiedeńskim Zakładzie szczepień ochronnych przeciw wściekliźnie, lecz mimoto dnia 13 maja 1901, więc ośm miesięcy po ukąszeniu, odstawiono dziewczynkę do szpitala z objawami wodowstrętu, którego zwiastuny wystąpiły przed pięciu dniami. Przebieg choroby należał do tak zwanej wścieklizny szalonej, chora krzyczała, jęczała i płakała, chciała uciekać, drapać, kąsać i t. d., a w cztery dni potem umarła. Obydwaj zaś chłopcy szczepieni i jeden nieszczepiony są dotychczas, t. j. $^{7}/_{4}$ roku, zdrowi.

Przy nawiązanych potem doświadczeniach starali się autorowie rozstrzygnąć, czy z formy choroby można wnioskować o jej etyologii, a mianowicie czy zakażenie pochodziło z jadu ulicznego (Strassenvirus) przez ukąszenie, czy też z jadu stałego (virus fixe), używanego do uznanych ogólnie za niebezpieczne szczepień ochronnych. Z dwóch królików, szczepionych zawiesiną móżdżku zmarłej w gałkę oczną, jeden zginął na wściekliznę porażną, a drugi na szaloną, a szczepienia wykonane z jadem stałym, nie wywołały zawsze tejsamej formy choroby, gdyż jeden królik dostał także wścieklizny szalonej tak, że nie ziściły się twierdzenia Högyesa, iż jad stały wywołuje wściekliznę szaloną i że szczepienia istotą nerwową zmarłych mają wywołać u zwierząt tęsamą formę wścieklizny. Tak więc w drodze doświadczenia nie można rozstrzygnąć, czy człowiek umierający mimo szczepienia ochronnego na wściekliznę umarł z powodu pierwotnego ukąszenia, czy też z powodu jadu szczepiennego. Autorowie zauważyli tylko, że u zwierząt szczepionych jadem stałym konanie trwało o 1—2 dni dłużej, lecz nie nawiązują do tego dalszych wniosków. Ogłoszony przypadek, jakoteż doświadczenia autorów nie potwierdzają mniemania', jakoby po ukąszeniach w głowę i ręce okres wylęgania był o wiele krótszym i że okres wylęgania jest zależny od odległości nerwów zakażonego miejsca od mózgu, lecz twierdzą, że zakażenie wścieklizną wogóle i okres wylęgania rzadko zależą tylko od miejsca ukąszenia, a nerwy nie są jedyną drogą przewodzącą jad wścieklizny do ośrodka nerwowego, lecz najczęściej odbywa się przeniesienie drogą naczyń chłonnych i krwionośnych. Wreszcie tak u chorej, jak i u szczepionych królików stwierdzono znaczną hiperleukocytozę, szczególnie ciałek wielojądrzastych, objaw stwierdzony także u psów wściekłych, a zatem ważny w praktyce weterynarskiej dla rozpoznania wścieklizny u tych zwierząt. *Dr. Fels.*

Prof. Haberda. **Przyczynek do pytania o wartości próby płucnej.** *(Arch. für Gyn.*, tom 67, zeszyt 1, 1902). Dla doświadczonego i biegłego lekarza sądowego niema próba płucna obecnie tego znaczenia, jakie miała dawniej; orzeczenie bowiem, czy płuco jest powietrzne, czy nie, będzie on raczej opierał na ogólnej zmianie płuca, a więc na zmianie wielkości, barwie, zbitości, na rysunku powierzchni płuca, na zachowaniu się przekroju, wreszcie na owym charakterystycznym jednostajnym obrazie, jakie dają pęcherzyki płucne wypełnione powietrzem. Dla biegłego więc w tem badaniu próba płucna jest zupełnie zbyteczną, dla mniej wprawnego, który li tylko na próbie płucnej chce oprzeć swe orzeczenie, może się ona stać źródłem bardzo częstych omyłek. Nie wykazuje ona bowiem zupełnie, czy w płucu pływającem znajduje się powietrze, czy n. p. gaz gnilny; to również rozstrzyga tylko badanie samego płuca i reszty narządów. W ostatnich czasach zauważyli Hitschmann i Lindenthal, że przy dostaniu się pewnych „anaërobów“ do p uca przychodzi w niem do wytworzenia się gazu, skutkiem czego, mimo że noworodek nie oddechał, mimo że niema śladów gnicia, próba płucna może wypaść dodatnio (ref. „Przegl. lek.“ Nr. 33, 1902). Przy tej sposobności zwrócili uwagę lekarzy sądowych na potrzebę bardzo ostrożnego wydawania orzeczeń. Podobne ostrzeżenie wypowiedział swego czasu Runge przy wprowadzeniu do położnictwa t. zw. wahań Schultzego. Dla biegłego lekarza sądowego wahania te jednak nie mają żadnego znaczenia, albowiem w przypadkach podejrzanych o zbrodnię mordu, popełnionego na noworodku, z pewnością nikt, a przedewszystkiem matka sama, nie będzie robiła prób ocucenia płodu. To też i teraz zadaje sobie H. pytanie, czy można pomięszać płuco wypełnione gazem, wytworzonym działaniem „anaerobów“, z płucem powietrznem, i odpowiada na to stanowczo przecząco. Hitschmann i Lindenthal robili swe doświadczenia w celach klinicznych, i aby sobie nie zaciemniać obrazu sprawą gnicia, robili je prawie zawsze na płodzie zaraz po jego urodzeniu się; tymczasem w celach sądowych robi się sekcyę takich płodów zawsze kilka dni, a najmniej dwa dni, po ich urodzeniu się, a więc w czasie, gdzie bardzo często gnicie już istnieje. Autor jest przekonany, że żaden biegły lekarz sądowy, przeczytawszy historye przypadków podanych przez H. i L., nie byłby orzekł, że płody te mimo dodatniego wyniku próby płucnej oddechały powietrzem. Pominąwszy i to, że wejrzenie płuca wypełnionego powietrzem jest zupełnie charakterystyczne, i badanie mikroskopowe treści dróg oddechowych daje ważne wskazówki co do śmierci płodu. Nadto w przypadkach, o których wspominają H. i L., nie może być mowy o zatajeniu porodu, albowiem, — jak to zresztą sami autorowie przyznają i jak wykazuje statystyka, będą to zwykle porody nie normalne, *tympania uteri*, przedwczesne pęknięcie pęcherza i t. p., słowem porody kończące się zwykle operacyjnie. O ile więc spostrzeżenia H. i L. są bardzo interesujące, dla biegłego lekarza sądowego nie mają one żadnego znaczenia. Wreszcie omawia H. sprawę gnicia płuc. Nauka Bordesa i Descousta, że w płucach tylko wtedy występuje gnicie, jeżeli płód oddechał powietrzem, czyli że jeżeli próba płucna u płodu, okazującego zmiany gnicia, wypada dodatnio, ma to być dowodem, że płód oddechał, nauka ta została prawie ogólnie obaloną. Na podstawie własnych spostrzeżeń twierdzi H., że płuca płodów z pewnością nieżywo urodzonych opierają się czasem bardzo długo gniciu, że jednak po pewnym czasie i w nich wytwarzają się gazy gnilne. *Dr. E. Ehrenpreis.*

H. Rolleston. **Białkomocz zastoinowy w związku z śledzioną.** (*The Lancet*, 1 marca 1902). Autor zwraca uwagę na zjawisko kliniczne, jak się zdaje nierzadkie, lecz mało znane ogółowi lekarzy, że niektórzy chorzy ze znacznym obrzękiem śledziony, gdy pozostają w łóżku i wogóle w położeniu leżącem, ulegają białkomoczowi, który jednak znika, gdy chory przybiera położenie stojące.

Zjawisko to tłómaczy się tem, że w położeniu leżącem śledziona ciśnie na lewą żyłę nerkową, utrudnia odpływ krwi żylnej z nerki i tym sposobem wywołuje zastoinowy białkomocz. Objaw ten jednakże spostrzega się bynajmniej nie we wszystkich przypadkach powiększenia śledziony i nie jest prawdopodobnie zależny li tylko od wielkości śledziony: możebny też jest udział więzadeł brzusznych, przy osłabieniu których śledziona może opuścić się niżej; wreszcie ma tu znaczenie stopień odżywienia nerki wogóle: przy osłabieniu jej żywotności białko o wiele prędzej występuje. To tez u osób, które przez pewien czas nawet ulegały temu zjawisku, białko czasem znika, jeżeli ogólny stan chorego polepszy się. Białkomocz ten należy zawsze mieć na względzie przy badaniu moczu z całej doby lub próby porannej: gdy te badania wykażą obecność białka, to stać się może, że w dziennym moczu białka nie będzie, co wyjaśnia sprawę (stan wręcz przeciwny okresowemu białkomoczowi). *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Dr. Hölscher. **Ciała obce w zewnętrznym przewodzie usznym i ich leczenie. W jakim stopniu lekarz nie specyalista powinien wykonywać ekstrakcyę tych ciał z ucha?** (*Carl Markold. Halle n/S.*). O przedmiocie tym tyle już mówiono, że dalsze rozpisywanie się o nim mogłoby zdawać się zbytecznem. Doświadczenie jednak poucza, że pomimo tych upomnień i przestróg, zawsze jeszcze niestety nie rzadkie są przypadki zaniedbania z przebiegiem nieszczęśliwym, spowodowanym niestosownemi, a nieraz nawet zupełnie zbytecznemi usiłowaniami wydobycia ciała obcego z ucha; dalsze więc nawoływanie i pouczanie staje się świętym obowiązkiem każdego, upoważnionego na mocy specyalnego wykształcenia i wyćwiczenia. Wypada tylko gorąco życzyć, żeby takie upomnienia nie pozostały „wołaniem na puszczy“, żeby lekarze praktyczni, bacząc na to, jak względnem wyczekiwaniem można zapobiedz nieszczęśliwym następstwom, nie dali się zbyt pochopnie porywać popędowi działania, aczkolwiek kierowani są najlepszą chęcią niesienia pomocy swoim cierpiącym klientom. Z tego stanowiska wychodząc, należy przyznać, że rozprawa Dra H. może przynieść wiele pożytku i zasługuje na gorące polecenie i uwzględnienie.

Między 6 przytoczonymi, a dosadnie ilustrującymi treść przypadkami, raz matka, a 5 razy lekarze popełnili tensam błąd, chwytając się odrazu szczypczyków, narzędzia najmniej się nadającego do wydobycia ciała obcego z ucha; to pociągnęło za sobą bardzo szkodliwe, a po części trwałe następstwa i kalectwo. Podobne przykłady zapewne każdy otyatra mógłby przytoczyć z własnej praktyki. *Spira*

Dr. Rabé. **Schorzenie ścian tętniczych w zakażeniu gośćcowem.** *(La Presse médicale,* Nr. 78, 1902). Zakażenie gośćcowe dosięga tętnic wszelkich rozmiarów i może wywołać nietylko

zapalenie bujające błony wewnętrznej, lecz i warstwy średniej, t. j. mięśniowej, w której w takim razie następuje rozburzenie utkania i wakuolizacya włókien gładkich. Miąższowe zapalenie średniej warstwy ścian tętniczych jest wyrazem silnej jadowitości zakażenia; sprzyja ono powstawaniu zakrzepów i odgrywa rolę patogenetycznego czynnika w groźnych zapadach krańcowych, będących w związku z sercem i naczyniami. Zabliźnienie takiej zmiany anatomicznej może się ziścić tylko na drodze twardzielowego przeobrażenia ściany tętnicy, — innemi słowy — gościec stawowy jest jednym z najważniejszych czynników etyologicznych stwardnienia ogólnego tętnic. *K*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

G. Ferguson. **Leczenie przewlekłej zimnicy wstrzykiwaniami podskórnemi chininy dwubromowodowej.** (*Brit. Med. Journ. — Philad. Med. Journ.* 15 marca, 1902 r.). Przed kilku laty autor spostrzegał wojskowego, który cierpiał na przewlekłą zimnicę o torze trzeciaczkowym. Chory był bardzo wycieńczony, a osłabienie jego wciąż się zwiększało. Chinina, której chory bardzo dużo zażywał, łagodziła napady, lecz nie usuwała ich; natomiast wywoływała silne nudności, co jeszcze więcej osłabiało chorego. Próbowano stosować chininę przez odbytnicę i drogą wcierań, lecz bez powodzenia; jodyna i arsen również nie sprowadziły polepszenia. Stan chorego stał się wreszcie bardzo niebezpieczny; to spowodowało autora do spróbowania podskórnych wstrzykiwań chininy: wstrzyknięcie 2,0 siarkanu chininowego wywoływało widoczną ulgę, więc powtórzono je, lecz było ono bardzo bolesne dla chorego, wystąpił obrzęk i przeczulica ręki w tym stopniu, że autor zmuszony był wyrzec się tego sposobu leczenia i zaczął próbować innych soli chininy; po wielu wreszcie próbach osiągnął cel zamierzony po zastosowaniu chininy dwubromowodowej. Po sześciu wstrzyknięciach tej soli chory szybko wyzdrowiał. Ten sposób leczenia został zastosowany przez autora prawie w 100 przypadkach zimnicy z wielkiem powodzeniem. Chinina dwubromowodowa łatwo rozpuszcza się w 6-ciu częściach ciepłej wody; rozczyn oddziaływa słabo kwaśno i jest bardzo trwały. Bolesność po wstrzyknięciu jest niewielka. Powikłań miejscowych F. nie spostrzegał. Zwykle wstrzykuje się rozczyn 0,2 soli w 1,0 wody naraz. Wstrzykiwania rozpoczyna autor pod skórę ramion, potem ud, brzucha i górnej części klatki piersiowej, lub między łopatkami. W przypadkach cięższych robi się sześć wstrzyknięć co drugi dzień. *Dr. St. Rudzki.*

VII. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

III.

Rozwój i fizyologia płodu.

Nasienie dostawszy się do jamy macicy znajduje się w miejscu swego właściwego przeznaczenia *„. ...conceptaculum huius (seminis) organum natura uterum fecit.“ (de semine lib. I. cap. V).* Z tą chwilą rozpoczyna się dla niego nowy okres i odtąd przebywa ono cały szereg procesów mających na celu stworzenie przyszłego płodu wraz z jego częściami dodatkowemi. Ażeby jednakowoż do tego mogło przyjść, muszą się przedewszystkiem spełnić pewne warunki. Do tych należy w pierwszym rzędzie spółkowanie bezpośrednio po ustąpieniu miesiączki a nie w czasie tejże, gdyż inaczej krew spłókiwałaby nasienie *„id vero potissimum fit, cum menstrua novissime cessarunt, quo maxime tempore uteri semen concipiunt“ (ibid. lib. I. cap. II.).* Przyczyną, która Galena skłaniała do tej rady, jest okoliczność, że ujście macicy jest szersze w czasie miesiączki i bezpośrednio po niej i pozwala raczej na dostanie się nasienia męzkiego do jej wnętrza. Zdaniem Hipokratesa nadawało się do tego także spółkowanie na samym początku miesiączki. *(Hippocratis de morbis mulierum).* Natomiast polecał Soranus zupełnie zgodnie z Galenem korzystać w tym celu jedynie z samego końca miesiączki, gdyż macica, mająca zatrzymać w sobie nasienie przez czas miesiączkowania, ma zanadto wielkie zadanie do spełnienia wobec tego, że wydalając z siebie krew miesiączkową, musi baczyć, by nie wydaliła zarazem i nasienia. *(Soranus lib. I. cap. X. 36).* Zgadzają się więc wszyscy autorowie co do tego, że spółkowanie w pewien czas po miesiączce nie pociąga za sobą zastąpienia, gdyż nasienie nie dostaje należytego odżywienia w formie krwi, *(de ut. dissectione cap. X.).* Wynika to zresztą dostatecznie z tego, co oni twierdzili o roli, jaką krew odgrywa wobec nasienia.

Dostawanie się nasienia do jamy macicy ułatwia specyalna siła, w jaką macica jest uzbrojoną, a posiadająca własność przyciągania (*„attractio uteri“ de semine lib. I. cap. IV.).* Podczas zaś samego zapładniania narządy sromne powinny być tak wyprostowane, by wytrysk wprost do ujścia, zewnętrznego nastąpił *(de usu p. corp. hum. lib. XV. cap. III)*, zkąd się jak najszybciej znowu nasienie przenieść musi we właściwe dla niego miejsce, gdyż w przeciwnym razie wydziela się z niego „pneuma“ i pozostaje w pochwie sam tylko płyn, który marnieje. Kobieta sama doznaje na dowód zastąpienia dreszczy i uczucia ściągania się macicy *(de semine lib. I. cap. II.)*, a nasienie nie powinno się wylać na zewnątrz, na co zresztą już i Soranus zwrócił uwagę. *(Soranus lib. I. cap. XII.).*

W jamie macicy rozlewa się nasienie, pokrywając jej powierzchnię cienką warstwą. By go zaś nie zabrakło, wydzielają jednocześnie jajniki swoje własne nasienie, które się z pierwszem i z krwią, wydobywającą się otworami naczyń, miesza, podczas gdy w tym samym czasie ujście macicy się zamyka, by się jej zawartość nie wylała. Z chwilą zamknięcia się tego ujścia rozpoczyna się dla macicy nowy okres życia, staje się ona ciężarną, a nasienie przestaje jako takie istnieć, krzepnie i ma wejrzenie skrzepłego kwaśnego mleka. Otrzymując zaś za pośrednictwem naczyń macicy, do których otworów przylega, krew jako pożywienie, a „pneuma“ do oddychania, wytwarza na wewnętrznej powierzchni macicy pierwszą błonę, „chorion“ zwaną. Na tej pierwszej błonie tworzy się druga „allantois“, a na wewnętrznej powierzchni drugiej powstaje trzecia i ostatnia „amnion“.

W miarę dalszego trwania ciąży nasienie — by, nie zginęło, — potrzebuje krwi i powietrza. Jedno i drugie otrzymuje za pośrednictwem kosmówki *(chorion)*, której naczynia bezpośrednio się łączą z naczyniami macicy i to w ten sposób, że tętnicami dochodzi krew rzadsza i cieplejsza, zmięszana z „pneuma“, a żyłami zimniejsza. Wśród takich warunków może się jajo płodowe dalej rozwijać. W rozwoju tym rozróżnia Galen cztery wybitne okresy: w pierwszym nie można w błonach nie spostrzedz, prócz zarodka (ἰδέα); w drugim okresie znajduje się już w płodzie krew, ale mózg, serce i wątroba są bezkształtne i jeszcze nie zróżniczkowane tak, że raczej kawał mięsa aniżeli nasienie przypominają. W tym okresie mamy już do czynienia z płodem. W następnym — stają się widoczne trzy wspomniane zasady (mózg, serce, wątroba), a inne części zaledwie tylko się zarysowują. Najwyraźniej widać wtedy tworzenie się kształtów dookoła trzech zasad, mniej wyraźnie dookoła brzucha, a najmniej wyraźnie około członków. W czwartym nareszcie okresie są już wszystkie członki wykształcone i odtąd nie mamy już tyle z płodem, ile raczej z dzieckiem do czynienia *(de semine lib. I. cap. X.).* Zgadza się więc Galen całkiem z Hipokratesem, nie podając nam nic nowego w tym kierunku, lecz powołując się często wprost na to, co ten już tyle wieków wpierw podał *(Hippocrat. „de natura pueri“. K. I.).* On przyjął w całości naukę Hipokratesa o znaczeniu krwi dla rozwoju płodu i o jego oddychaniu. Różnica zachodzi jedynie ta, że podczas gdy Hipokrates przypisuje wszelkie własności zmięszanemu nasieniu, uważając krew miesiączkową jedynie za materyał odżywczy dla nasienia i płodu, to Galen przeciwnie uznaje krew miesiączkową co do znaczenia za zupełnie równowartościową z nasieniem. Widząc bowiem w nasieniu reprezentowaną zasadę materyalną i moralną, przypi-

suje te same zasady i krwi miesiączkowej obok jej drugiego zadania, t. j. odżywiania płodu, przyczem zarazem zwraca naszą uwagę na fakt, że nasienie, którego stosunkowo jest mało, ma znacznie więcej zasady moralnej, podczas gdy krew posiada dla swojej wielkiej ilości więcej zasady materyalnej *(de semine lib, II. cap. II.)*. Wogóle porównywał Galen stosunek, jaki zachodzi pomiędzy tymi obydwoma czynnikami, składającymi się na przyszły płód, ze stosunkiem zachodzącym pomiędzy mistrzem a materyałem obrabianym, przyczem rolę mistrza przypisywał nasieniu, a materyału krwi miesiączkowej *(de natural. facultat. lib. II. cap. III.)*.

Dalsza różnica, jaka zachodzi między zapatrywaniami Hipokratesa a Galena, polega na udziale, jaki ten ostatni przypisuje obydwom rodzajom nasienia w tworzeniu; podczas gdy bowiem Hipokrates męzkiemu i żeńskiemu równy udział przyznaje, to przeciwnie Galen przypisuje nasieniu męzkiemu, jako cieplejszemu, wpływ pierwszorzędny na powstawanie płodu, błon i naczyń, jakkolwiek nie ma absolutnie zamiaru odmawiać pewnego znaczenia i nasieniu żeńskiemu. To ostatnie służy obok krwi i to jedynie z początku jako pokarm dla pierwszego, gdyż nasienie woli się odżywiać raczej nasieniem, aniżeli krwią. *„praeterea idem semen maris principium seu originem membranarum ac vasorum omnium; ipsum enim amplius coquitur, atque initio statimex foeminae semine nutritur, tanquam id natura familiare magis fit, quam sanguis, et omne, quod nutritur, a similibus augeri facilius possit" (de usu p. corp. hum. lib. XIV. cap. VI.)*.

O wiele większa różnica zachodzi w tych zapatrywaniach pomiędzy Galenem a szkołą perypatetyczną, która twierdziła, że nasienie męzkie krótko się tylko w macicy zatrzymuje i to jedynie po to, by udzieliwszy krwi miesiączkowej zasady ruchu, wydzielić się z niej, nie przyczyniając się wcale do wytworzenia ciała.

Z końcem czwartego okresu przestaje płód żyć i rozwijać się na wzór rośliny, lecz żyje już własnem życiem[1]). Pośredniczy w tem pępowina, w której przebiegają dwie tętnice i dwie żyły, łączące się z odpowiedniemi naczyniami błon, a za pośrednictwem tychże i z naczyniami macicy. Z powodu badań przeprowadzonych na zwierzętach nie mógł Galen naturalnie poprawić błędu o istnieniu czterech naczyń pępowinowych, błędu ciągnącego się od Hipokratesa, a powtórzonego przez Soranusa *(Soranus lib. I. cap. XVII. 57.)*. Obok tych naczyń przebiega w pępowinie jeszcze jako piąte przewód omoczniowy *(urachus)*, łączący pęcherz moczowy płodu z omoczną *(allantois)*.

Przez tętnicę i żyły otrzymuje płód krew i „pneuma", których potrzebuje do życia i rozwoju. Wychodząc z zapatrywania, że każda cząstka ustroju wybiera sobie z pośród pokarmu istoty najbardziej mu potrzebne, ma Galen dostateczne w niem wytłómaczenie dla zrozumienia rozwoju i rozrostu tkanek *(de semine lib. I. cap. XI.)*. Obok jednakowoż cząstek materyalnych odgrywa także w rozwoju pewną rolę i ciepło. Ilość zużytego ciepła zależy od rodzaju tkanek. I tak n. p. do stworzenia kości zużywa się go najwięcej. Lecz ten ostatni czynnik odgrywa rolę nietylko przy tworzeniu rodzaju tkanek, ale także, jak to już wyżej wspomnieliśmy, przy tworzeniu płci. Cieplejsze bowiem a zatem i doskonalsze nasienie, pochodzące z prawego jądra, jest już z góry przeznaczone do stwarzania płodów męzkich. By się ono jednakowoż nie rozminęło ze swojem przeznaczeniem, musi i kobieta ze swej strony tyle ciepła dostarczyć, ile mu tylko potrzeba. Najwięcej zaś ciepła posiada w prawej połowie macicy; a przyjąwszy tu nasienie dostatecznie ciepłe, decyduje płeć męzką płodu. Lewa połowa macicy, jako mniej ciepła, jest w stanie stworzyć jedynie żeńskie płody, chociażby się nawet wyżej wykształcone nasienie do niej dostało. Z powodu bowiem zimna, panującego w tej macicy, kryją się części płciowe wewnątrz tak, że wprost nie dochodzi do powstawania płci męzkiej, czyli innemi słowy, kobieta jest według Galena tylko pewnym okresem w rozwoju płodu, a w stosunku do męzkiego płodu przedstawia płód żeński okres stosunkowo wczesny, mniej doskonały *(de semine lib. II. cap. V)*. (dok. nast.).

[1]) Porównanie to przejął Galen od Hipokratesa *(Hippocrat. „de natura pueri" K. I. str. 403)*.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 16. października

* Towarzystwo lekar krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem wybrano członkiem czynnym Doc. Dr. W Chlumskyego. Następnie Dr. Lewkowicz przedstawił chorego z rzadkiem cierpieniem nerwowem; Dr. Gliński i Dr. Brudzewski demonstrowali okazy anatomiczne; wreszcie dr. Dobrowolski miał zapowiedziany wykład: »O pęknięciu macicy w ciąży«.

* Z powodu ciągle jeszcze trwającego moru w Odesie rząd austryacki ograniczył wprowadzanie niektórych towarów z tego miasta, a niektórych zupełnie zakazał.

* Doc. dr. Chlumský otworzył w Krakowie (ul. Mikołajska, 28) zakład ortopedyczny, który zaopatrzył we wszelkie niezbędne przyrządy. Kalectwa, należące do tej gałęzi patologii, wymagają długiego, nieraz lata trwającego leczenia. Przebywanie w takich zakładach zagranicą, jak się to dzieje do tej pory, nie tylko pociąga za sobą naprawdę wysokie koszta, ale z powodu pobytu poza krajem czyni uszczerbek i wychowaniu szkolnemu dziecka. Z tego stanowiska zapatrując się na znaczenie zakładu Dr. Chlumskyego trzeba przyznać, że nowa ta instytucya ma wielką dla naszego społeczeństwa doniosłość.

* Szpitale w Polsce zasługiwałyby na obszerniejszą monografię: wiadomość o zamierzonym przez Towarz. lekarskie płockie obchodzie sześćsetnej rocznicy założenia tamtejszego szpitala św. Trójcy w r. 1405, uważanego za najstarszy w Polsce, uzupełnia »Tydzień« przypomnieniem, że starszym jest szpital w Rawie, istnieje bowiem od r. 1374, a na dowód przytacza akt erekcyjny tego szpitala, wystawiony przez Ziemowita Księcia Czerskiego, Pana Rawskiego i t. d. (»Czasopismo lekarskie« Nr. 10).

* Śmierć Virchowa wywołała u jego uczniów różne wspomnienia z życia i działalności zmarłego profesora. Virchow miał być niecierpliwy i surowy przy egzaminie. Raz dał jednemu z kandydatów preparat anatomiczny i kazał go sobie opisać; gdy odpowiedź nie następowała rychło Virchow naprowadzał jak mógł, wreszcie zapytał, »jakiegoż koloru jest ten preparat?« Kandydat obracał, przyglądał się, ale na wybór koloru nie mógł się zdecydować, gdyż preperat ten niegdyś barwy sinej, z biegiem czasu przybrał wszystkie kolory tęczy, więc w istocie miał barwę nieokreśloną. Zniecierpliwiony zwłoką zawołał Virchow głosem podnieconym: »Cóż, czy Pan nie robisz różnicy między barwami, czy Pan nie określisz np. barwy tego mego surduta«? Głos Virchowa był złowieszczym, kandydat już się nie łudził co do swego losu, więc z męstwem człowieka skazanego odrzekł: »Surdut ten przypuszczam mógł być w swoim czasie granatowym«. Surdut w istocie pamiętał nie jedno pokolenie uczniów Virchowa: nosił on na sobie ślady odczynników, masy do nastrzykiwań i tego wszystkiego, co tak wyróżnia surdut każdego pracującego anatoma; więc po tej pełnej wątpliwości odpowiedzi kandydata Virchow spojrzał raz na preparat to znowu na surdut i teraz widocznie dopiero przekonał się, że żaden z tych dwóch przedmiotów nie posiadał określonej barwy; rzucił uspokojonym już głosem parę pytań i dał kandydatowi stopień zadawalniający.

* Dr. Mattison z Brooklynu ustanowił nagrodę 400 dolarów za najlepszą rozprawę p. t.: »Czy wstrzykiwania podskórne morfiny wywołują zmiany organiczne, a jeśli tak, to jakie?«. Rozprawa może być napisana w jakimkolwiek języku; wszyscy doktorowie powołani są do wzięcia udziału w konkursie. Rękopisy należy złożyć przed 1 grudnia 1903 r. na ręce przewodniczącego *jury*, Dr. T. D. Crothersa (Hartford, Conn, wydawca czasopisma »Journal of Inebriety«).

* Między 1 a 7 października doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), jaworowskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), moscickim (1 gm.). nadworniańskim (1 gm.), tłumackim (1 gm).

W tymże czasie stwierdzono 3 przypadki ospy w jednej wsi powiatu strzyżowskiego

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXXIX (21—27—IX). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 19, urodziło się dzieci 57, zmarło osób 60, mianowicie: z gruźlicy 12 (5 zam.), z zapalenia płuc 4 (1 zam.), z płonicy 1, z duru brzusznego 2, z cholery dzieci 12.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Höhry Rodriguez mian. prof. terapii w Kadyksie. Dr. E. Garcia — prof. topograficznej anatomii w Santiago. Profesorem wewn. medycyny w Berlinie w miejsce zmarłego Gerhardta mian. został prof. Kraus z Gracu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Sylwin Gerlach, l. 66, — w Warszawie. Dr. Delacour, b. profesor kliniki lekarskiej w Rennes. Dr. Władysław Majewski, ur. w r. 1848 na Wołyniu, wychowaniec kijowskiego Uniwersytetu, zmarł w Półtawie.

Bibliografia:

— *Krytyka lekarska* Nr. 10. Kramsztyk Z: Operacye i operatorzy II. Brzeziński: Poglądy obecnego prawodawstwa na sprawę wynagradzania robotników, uległych wypadkom nieszczęśliwym. Rzętkowski: Nasza twórczość. J. Talko: Słówko w kwestyi ruchomych oddziałów okulistycznych w królestwie Polskiem.

— *Postęp okulistyczny* (Wrzesień). Rymowicz: Przyczynek do mikrobiologii zdrowego worka spojówkowego oka ludzkiego. Bałłaban: O przedmiotowych objawach barwnych. Działowski: Zwichnięcie gałki ocznej wskutek uderzenia rogiem krowy.

— *Nowiny lekarskie* Nr. 10. Strycharski: Trzy przypadki wycięcia śledziony. H. Cybulski: Kilka uwag w sprawie krwotoków płucnych.

— *Medycyna* Nr. 41. Raszkes: Przyczynek do kwestyi ciąży śródmiąższowej. Wizel: Przypadek fenomenalnych zdolności rachunkowych u głuptasa (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 41. Schneider: O wpływie morfiny na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka. Rzętkowski: Wyniki i najnowsze metody leczenia suchot płucnych w sanatoryach (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 41. Babák: O vývoji lokomočni koordinace v miše žabi. Ostračil: O kleštich w porodnické praxi (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 80. Baqué: Patogeneza i leczenie bocznego skrzywienia kręgosłupa u dorastających. Zimmern: Lewatywy elektryczne. Wskazania i przeciwskazania.

— Nr. 81. Raymond: Przypadek istnienia współobjawu móżdżkowego. Martinet: Leczenie dyetetyczne choroby Brighta.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 40. Sommer: O akroparestezyach po urazie. Ziemann: Choroba »tse-tse« w Togo (zachodnia Afryka). Meyer: O jednogatunkowości paciorkowców. Hoffmann: O zapaleniu skóry, wywołanem rtęcią i o zmianach histologicznych, spowodowanych tem zapaleniem wraz z uwagami o powstającej przy tem eozynofilii lokalnej i we krwi (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 40. Kraepelin: Rozpoznanie niedomogi nerwowej. Treupel: Operacyjne leczenie niektórych chorób płucnych. Hahn: Stosunek między chorobami pęcherza a mięśniakami z uwzględnieniem rokowania w tych cierpieniach. Taussig: Pooperacyjne zatrzymanie moczu i jego następstwa. Hirt: O nerwowej iradiacyi w zakresie narządów moczowych. Orlipski: Przypadek nawykowej pokrzywki na tle rzerzączkowem. Piltz: Przypadek obustronnych ropni przynerkowych. Breuer: Leczenie oraz patogeneza dusznicy bolesnej i stanów pokrewnych (c. d.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 41. Moser: Leczenie płonicy łańcuszkowcową surowicą przeciwpłoniczą. Goldner: Przyczynek do rozpoznawania wrodzonej przepukliny pachwinowej oraz jej częstości. Sternberg: Przyczynek do wiedzy o krótkich palcach. Hofbauer: Porażenie n. wstecznego przy zwężeniu ujścia żylnego. Rode: O jednym przypadku ropnia urazowego w przegrodzie nosowej.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 41. Michaelis: Badania precypityny białka. Ascoli: O hemolitycznem osoczu krwi. Bönniger: Wykazanie kwasu mlekowego w soku żołądkowym. Rostowcew: Przypadek torbielowatego rozszerzenia wysokiego stopnia przewodu żółciowego. Wormser: Przypadek zgorzeli skóry po podskórnem wlewaniu (*infusio*) Kaliski: O pentozuryi.

Redakcya otrzymała. Nartowski: Zakłady lecznicze dla umysłowo chorych w oświetleniu najnowszych zdobyczy naukowych. Barącz: 1) Przyczynek do plastyki ubytków tchawicy. 2) To samo po niemiecku. 3) W sprawie swoistej przyczyny t. zw. botryomykozy u człowieka. 4) To samo po niemiecku. 5) Pomysł operacyjnego leczenia rwy kulszowej. 6) To samo po niemiecku. 7) Ueber die Lendengegend mit besonderer Berücksichtigung der Durchtrittsstelle der Lendenhernien. 8) Ueber die Lumbalhernien und seitliche Bauchhernien (Laparocelen). Sacewicz: Roślinność jawnokwiatowa okolicy Zakładu leczniczego Nałęczów.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 22 października, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne, na którem, kol. prof. Kostanecki wygłosi odczyt „O tak zwanej sztucznej partenogenezie“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Ogłoszenie.

Przy kasie brackiej dla kopalń węgla hrabiego Larischa Mönnicha w Karwinej na Ślązku austr. jest według postanowienia zarządu bractwa z dnia 2. października b. r.

miejsce lekarza brackiego

z dniem 1. stycznia 1903 r. z siedzibą w Frysztacie na Ślązku austr. pod następującymi warunkami do obsadzenia:

1. Lekarzowi przynależy się opiekowanie za 350 swobodnymi i 500 żonatymi członkami bractwa, ich żonami i dziećmi, mieszkającymi przeważnie w gminach Frysztacie, Starem Mieście, Olszynach, Raju, Darkowie, Łękach, Otrembowie, Kaczycach, Zebrzydowicach, Małych i Wielkich Kończycach i Pogwizdowie.

2. Roczne honoraryum, płatne miesięcznemi ratami, czyni po K. 3·— za każdego swobodnego i po K. 5·— za każdego żonatego członka bractwa.

Do obrachowania tego honoraryum bierze się roczna przeciętna liczba członków mieszkających w przydzielonym okręgu.

3. Oprócz tego honoraryum nie otrzymuje lekarz żadnych dochodów i ma przeto sam zapłacić za swoje mieszkanie i lokal ordynacyjny, jakoteż koszta potrzebnego powozu

4. Lekarzowi jest wolno prywatną praktykę wykonywać o ile ta nie jest z ujmą członków kasy brackiej.

5. Lekarz powinien postępować według statutów bractwa i według postanowień zarządu bractwa, które można w tutejszej kancelaryi rachunkowej kasy brackiej przejrzeć.

6. Kandydaci, którzy się najmniej 2-roczną praktyką jakoteż znajomością języka niemieckiego, czeskiego albo polskiego wykazać powinni, mają wnieść należycie opatrzone podania do podpisanego zarządu do końca listopada b. r.

W Karwinie, dnia 13 października 1902.

Zarząd bractwa

dla kopalń węgla Larisch-Monnicha w Karwinej na Ślązku austr.

KONKURSY.

L 1971.

Wydział Rady powiatowej Żydaczowskiej rozpisuje Konkurs na posadę lekarza okręgowego **w Nowemsiole** z płacą roczną 1000 koron i ryczałtem na objazdy służbowe 600 kor. rocznie.

Okręg sanitarny obejmuje gminy: Nowesioło, Obłażica, Żyrawę, Izydorówkę, Sulatycze, Balicze podróżne i zarzeczne, Machliniec, Hanowce, Rudę, Jusęptycze, Krechów, Łówczyce, Jajkowce, Mazurówkę, Lubszą i Smuchów.

Lekarz okręgowy obowiązany jest utrzymywać aptekę domową.

Kompetenci prócz dostatecznej fizycznej zdatności mają wykazać następujące warunki:

1. Prawo obywatelstwa austryackiego,
2. Dyplom doktora medycyny,
3. Nieskazitelny charakter,
4. Znajomość języków krajowych,
5· Praktyka lekarska przynajmniej dwuletnia.

Między Kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią praktyką lekarską w szpitalu powszechnym lub egzaminem fizykackim.

Podania wnosić należy do Wydziału Rady powiatowej najpóźniej do dnia 30. listopada 1902.

Żydaczów, dnia 19. września 1902.

L. 1678.

Wydział Rady powiatowej w Skałacie rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego **w Toustem** z płacą roczną 1.000 K. i ryczałtem na koszta podróży 600 K.

Do okręgu tego przydzielone są następujące miejscowości: Touste, Kataharówka, Wolica, Sadzawki, Krasne, Przekalec, Kąt touzecki, Nowosiołka grzymałowska, Boski małe, Rasztowce Dubkowce i Soroka.

Lekarz okręgowy jest obowiązany utrzymywać aptekę domową.

Podanie o posadę tę wnosić należy do Wydziału Rady powiatowej w Skałacie do dnia 8 listopada 1902 zaopatrzone w załączniki udowadniające:

1) Dostateczną fizyczną zdolność petenta.
2) Prawo obywatelstwa austryackiego.
3) Dyplom Doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.
4) Nieskazitelny charakter.
5) Znajomość języków krajowych.
6) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim

Między kandydatami będą mieli pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w Szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doksorskieho, albo egzaminu fizykalnego.

Skałat, dnia 3. października 1902.

Rok XLI. Kraków 25 Października 1902. Nr. 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chorób wewnętrznych Prof. Dr. A. Gluzińskiego we Lwowie.

O wpływie miesiączkowania na czynność żołądka.

Podał

Dr. Witołd Ziembicki

elew kliniki.

(Rzecz wygłoszona na posiedzeniu naukowem Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w dniu 28. maja. 1901)*).

Pragnę w krótkości tylko zdać sprawę z szeregu doświadczeń, które zachęcony przez prof. Gluzińskiego podjąłem dla przekonania się, czy i jaki wpływ wywiera miesiączkowanie na czynność żołądka, zatem doświadczeń, które mogłyby być przyczynkiem do bliższego poznania związku, stwierdzonego pomiędzy pewnymi stanami narządu płciowego a sprawami, toczącemi się w reszcie ustroju.

Związek ten, o ile dotyczy kobiety, badał na większą skalę Müller, a książka jego, p. t.: „Die Krankheiten des weiblichen Körpers in ihren Wechselbeziehungen zu den Geschlechtsfunctionen“ (Stuttgart 1888.) przewyższa dokładnością i obszernością inne, napisane w tym kierunku. Z wybitniejszych wymienić należy dziełko Eisenhardta („Die Wechselbeziehungen zwischen internen und gynäkologischen Erkrankungen“ 1895.), Windscheidta („Neuropathologie und Gynäkologie“ 1897), jakoteż pracę Freunda, w wydawnictwie dla patologii Lubarscha i Ostertaga.

Przekonano się, że dla niektórych objawów ze strony przewodu pokarmowego szczególnie często należy szukać przyczyny w zakresie narzadu płciowego. Zwłaszcza żołądek okazał się niezmiernie wrażliwym na zaburzenia występujące w tym narządzie.

Widziano jak nieraz szybko ustępowały przypadłości żołądkowe po usunięciu cierpienia części rodnych. Znanych jest wiele podobnych przypadków, jak opisany przez Jaffego, gdzie uporczywe wymioty ustały natychmiast, po zabiegach zastosowanych z powodu zapalenia błony śluz. macicy (wyłyżeczkowanie i irygacya). Niektórzy związek ten może nawet przeceniają, czego najlepszym dowodem rada Hildebrandta, ażeby z reguły każdą kobietę, cierpiącą na żołądek, badać ginekologicznie. Przedmiotem tym zajmowali się między innymi: Panecki, Kisch, Elder, Henrik, Theilhaber, Frank, Levy, Rosenthal, Gottschalk, van Tussenbrock, Jaworski, Leube, a w ostatnich czasach Sommer.

„Nie wszystkie cierpienia narządu płciowego w równej mierze wywołują wpływ, o którym mowa“ — powiada Eisenhardt. „Zaburzeń żołądkowych braknie w schorzeniach sromu i pochwy, jakoteż w przypadkach wysięków przy- i okołomacicznych. Natomiast są one częstem następstwem cierpień macicy i jajników“.

Najczęściej idzie tu o zmiany w położeniu macicy, a z tych znów najczęściej o tyłozgięcie. Są to więc rzeczy znane tak ginekologom jak i internistom.

Wolno nam jednak domyślać się, że stosunek ten, który być może dzięki uwydatniającym go warunkom chorobowym łatwiej wpada w oko, już i w granicach fizyologicznych do pewnego stopnia się zaznaczy; a więc że i sprawy fizyologiczne, toczące się w narządzie płciowym, znajdą niejako swe odźwierciedlenie w zachowaniu się przewodu pokarmowego, a w szczególności żołądka, którego wrażliwość w tym kierunku wykazano. Chodziłoby zatem o rozstrzygnięcie pytania, jak to wyżej wspomniałem, czy taki związek da się nietylko wykazać, ale nadto ująć w jakieś prawidła.

Wprawdzie, powiada Müller, że i prawidłowe czynności narządu płciowego mogą być przyczyną nieprawidłowych objawów ze strony żołądka, brakło jednak ścisłych w tym względzie dochodzeń.

Pomyślne warunki do wykazania tego stosunku przedstawia bezwątpienia miesiączkowanie. Wśród rozlicznych zaburzeń, towarzyszących tej „ciąży na najmniejszą skalę“ (jak się wyraża Virchow), a klinicznie tak mało zbadanych, kto wie, czy nie na pierwszem miejscu wypada wymienić właśnie zaburzenia żołądkowe. „U niektórych kobiet“ — pisze Riegel — „nawet gdy miesiączkowanie jako takie przebiega bez szczególniejszych przypadłości, zauważyć można w tym czasie upośledzenie łaknienia, nudności i inne objawy żołądkowe“. „U histeryczek“ — mówi Müller — „przychodzi bardzo często do zaburzeń żołądkowych w związku z miesiączkowaniem“. Nic dziwnego, bo u nich układ nerwowy schorzały przystępniejszym jest dla owego wpływu. Wiemy przecież, że ten układ nerwowy, znajdując się w stanie pierwotnego czy następowego zadrażnienia, bywa podkładem sprzyjającym dla powstawania w przewodzie pokarmowym takich zaburzeń, jak n. p. opisana przez Jaworskiego *„dyspepsia sexualis artificialis“*, występująca u kobiet wskutek dłuższego praktykowania na nich *coitus interruptus*, jak biegunki u ludzi oddających się samogwałtowi, będące w neurastenii płciowej jednym z objawów odruchowych.

Rohleder opowiada o pacyentce, która owdowiawszy, zaczęła oddawać się samogwałtowi, a równocześnie wystąpiła u niej uporczywa biegunka, która ustała z chwilą powtórnego zamążpójścia. Podobne przypadki opisują Hoffmann, Fournier, Payer i inni.

W klinice prof. Gluzińskiego leczyła się ambulatoryjnie młoda osoba z powodu uporczywych wymiotów.

*) Obszerniejsza praca, obejmująca cały zebrany materyał i omawiająca poszczególne przypadki, ogłoszona będzie osobno.

Badanie wykazało u niej nadto brak kwasu solnego. Zastosowano przepłókiwanie żołądka, które jednak, jak i inne środki, pozostały bez skutku. W czasie leczenia chora wychodzi za mąż. I naraz po nocy poślubnej wymioty ustały, kwas solny pojawił się. Nic innego, jak tylko płciowe obcowanie z mężem było tak radykalnym czynnikiem.

Znany jest wreszcie objaw występowania u młodych ludzi w czasie pokwitania sokotoku żołądkowego *(gastrosuccorhoea.)*.

Opierając się na tych podstawach i znając szczególniejszą wrażliwość przewodu pokarmowego, a zwłaszcza żołądka, na bodźce, wychodzące z narządu płciowego, możemy się z góry spodziewać, że miesiączkowanie, proces fizyologiczny, a tak powikłany i tak potężny w swej okresowości, nie pozostanie bez wpływu na żołądek, wpływu, który powinienby mieć swój właściwy charakter i może być przyczyną pewnych w czynności jego wahań. Te jednak nazwiemy fizyologicznemi, jak fizyologicznym jest proces, który je wywołuje.

Zapisek o badaniach czynności żołądka w czasie miesiączkowania nie brakuje w piśmiennictwie; są one atoli nad wyraz skąpe, a co większa, do pewnego stopnia ze sobą sprzeczne.

Kretschy, który u osoby, posiadającej przetokę żołądkową, badał zawartość żołądka, zauważył z nadejściem miesiączki niedomogę wydzielniczą. Upośledzenie trawienia zauważył też Fleischer. Kuttner dochodzi do wniosku, że w czasie miesiączkowania kwasota żołądka spada, że, co więcej, wydzielanie kwasu solnego może w tym czasie zupełnie ustać.

„Znanym jest objaw, że wydzielanie soku żołądkowego w czasie miesiączkowania znacznie słabnie, albo nawet ustaje“ — pisze Jaworski.

Tymczasem twierdzenie to kwestyonują wyniki, do jakich doszedł Elsner. Praca jego, p. t.: „Der Einfluss der Menstruation auf die Thätigkeit des Magens“ (Archiv für Verdauungskrankheiten. Boas. 1899. V. 4.) jest pierwszą, przynoszącą w tej sprawie garść liczb. W jednym tylko przypadku zauważył on brak HCl, a to tam, gdzie i po za miesiączkowaniem istniała niedomoga wydzielnicza. Zresztą stwierdził: brak wpływu, lub wyraźne zwiększenie kwasoty (w połowie przypadków), odbierając temsamem doniosłość twierdzeniu o wpływie miesiączkowania obniżającym kwasotę.

Zamierzam na tem miejscu streścić wyniki moich doświadczeń, nie mając zamiaru wdawać się w przytaczanie historyi poszczególnych przypadków, wyjątek zrobię tylko dla jednego przypadku, w celu należytego objaśnienia rzeczy.

Dla osiągnięcia dat porównaczych starałem się w każdym przypadku wykonać jaknajwiększą liczbę prób żołądkowych, tak przed nadejściem miesiączki, jak podczas niej i po niej. Badania były przeprowadzone tak, jak to jest w użyciu w klinice prof. Gluzińskiego. Treść żołądka wydobywałem zapomocą miękkiego zgłębnika (sondy żołądkowej) w połączeniu z przyrządem aspiracyjnym Jaworskiego, a to:

1) na czczo;

2) po śniadaniu próbnem (próba białkowa — Gluziński, Jaworski) w 3 kwadranse;

3) po obiedzie próbnym (Leube, Riegel) w 4 godziny.

Dla wykrycia wolnego HCl, jakoteż dla oznaczenia stopnia kwasoty, posługiwałem się znanemi metodami (Guenzburga i miareczkowaniem ługiem przy użyciu odpowiednich wskazicieli).

Tablica (I.) przedstawia jeden z przypadków, w którym w czasie, odpowiadającym regularności, stwierdzić się daje wyraźne zwiększenie kwasoty, wyrażonej liczbami — na czczo, po podaniu białka i po obiedzie próbnym. Treść, która na czczo zwyczajnie była obojętną, albo nawet alkaliczną, wykazuje w czasie miesiączkowania kwasotę: 5. Próba białkowa i obiad próbny wykazują zgodnie najwyższą kwasotę w dniach miesiączkowania.

Tablica I.

1901. Dnia	Na czczo	Próba białkowa	Obiad próbny
16/10	Obojęt.	3	32
24/10	Alkal	0 5	50
25/10	Alkal.	—	—
26/10	Obojęt.	—	—
28/10	Alkal.	0·5	—
4/11	Alkal.	0 5	—
20/11	0.5	Obojęt.	52
22/11	Alkal.	—	—
25/11	Alkal.	8	42
26/11	Alkal.	Obojęt.	52
27/11	5	Obojęt.	60
28/11	Alkal.	11	70
29/11	Alkal	8	58
30/11	1	6	64
2/12	1	10	37

(czas miesiączkowania od 25. do 29. włącznie).

Porównywując wyniki tak przeprowadzonego w 17. przypadkach badania, znalazłem w trzynastu kwasotę w czasie miesiączkowania podwyższoną. Jeden tylko przypadek świadczyćby mógł o jej obniżeniu w tym czasie (i to nie przekonywująco), trzy zaś pozostałe są niepewne, (z powodu niemożności uzyskania potrzebnej ilości rozbiorów). Rozpatrzywszy się krytycznie w całym tym materyale, na który składa się około 300 rozbiorów treści żołądkowej, wolno jest utrzymywać, że miesiączkowanie, jeżeli nie zawsze, to conajmniej w większości przypadków wywołuje podwyższenie kwasoty, pochodzącej od wolnego i związanego HCl.

Powiększenie to okazuje czasami pewien typ. W jednych przypadkach stopniuje się w miarę trwania miesiączki, w innych zaś — i to częściej — najwyższą jest kwasota z początkiem jej, lub tuż przed jej rozpoczęciem. (Tablica II.)

To podwyższenie kwasoty przed samem wystąpieniem miesiączki z tego względu jest interesującem, że może posłużyć jako dowód na poparcie twierdzenia, że nie utrata krwi jako taka, ale pewien stan układu nerwowego, wobec przygotowującego się miesiączkowania, już oddziaływa na czynność wydzielniczą żołądka, gdy jeszcze ani kropla krwi nie została utraconą, zatem funkcyi miesiączkowania w najobszerniejszem i istotnem słowa znaczeniu, jako pojęcia, na które składa się przecież nie samo tylko krwawienie, będące jedynie jednym z objawów owego stanu, w jakim się cały ustrój znajduje.

(Tafica II.)

1901 Dnia	Na czczo	Próba białkowa	Obiad próbny
12/6	4	6	10
14/6	2	1	—
16/6	6	—	—
25/6	9	34	20
4/7	3	1	1
5/7	4	—	—
9/7	0.5	8	60
10/7	—	—	54
11/7	Obojęt.	1	—
12/7	—	—	16

(Dzień 12/6 jest ostatnim dniem jednej, dni od 10/7 do 12/7 są dniami następnej miesiączki).

Niektóre spostrzeżenia pozwalają przypuszczać, że obok podwyższenia kwasoty mamy do czynienia z wzmożoną czynnością wydzielniczą (hypersecretio), a to na tej podstawie, że w tych razach z łatwością wydobywało się treść płynną w znacznej ilości, bez poprzedniego wlania wody.

Co się tyczy sprawności mechanicznej, to o ile bez użycia specyalnych do jej badania metod można sądzić, odnosi się wrażenie, że miesiączkowanie wpływa na nią upośledzająco. Po próbie białkowej n. p. udawało się w czasie miesiączkowania wydobyć często stosunkowo wielką ilość płynu, zawierającego liczne kawałki niestrawionego i nieusuniętego z żołądka białka, gdy w czasie wolnym od peryodu tego się nie stwierdzało.

Na pytanie zatem, czy miesiączkowanie pozostaje w jakim stosunku z czynnościami żołądka, możemy odpowiedzieć potwierdzająco, gdyż wpływ tej sprawy na zachowanie się żołądka zaprzeczyć się nie da.

Przekonawszy się o tem i poznawszy cechy tego wpływu, należałoby zastanowić się z kolei, do jakich czynników wypada istnienie jego odnieść.

Elsner w wyżej wspomnianej swej pracy przypisuje znaczenie z jednej strony pośrednictwu układu nerwowego, z drugiej — utracie krwi. Dowodzi on, że przekrwienie części rodnych, względnie odpowiadające mu krwawienie, wywołuje na drodze odruchowej zadrażnienie układu nerwowego żołądka, z którego to powodu kwasota jego może się podnieść; podkreśla jednakże, że obfita utrata krwi wśród miesiączkowania nie pozostaje bez wpływu, obniżając kwasotę treści żołądkowej przez odjęcie materyału dowozowego gruczołom żołądkowym („....die irritative Wirkung der Congestion ist in eine depressive übergangen").

Muszę jeszcze przytoczyć zapatrywania Freunda, który, roztrząsając podstawy związku między narządem płciowym a resztą ustroju, zaprzecza wartości w tym względzie pośrednictwa dróg nerwowych. Freund, opierając się na znanem doświadczeniu Goltza, który przeciął suce rdzeń pacierzowy na wysokości 1. kręgu lędźwiowego, co nie przeszkodziło jej ani w przebyciu ciąży, ani w porodzie, odbytym zupełnie prawidłowo, ani w karmieniu, (a sekcya wykazała, że odcinki pozostały niezrośnięte), — sądzi, równie jak Goltz, że doświadczenie to wyklucza pośrednictwo dróg nerwowych w stosunkach między narządem płciowym a całym ustrojem i wypowiada zapatrywanie, że nie pozostaje nic innego, jak przyjąć pośrednictwo krwi w tem znaczeniu, że tą drogą pewne właściwe substancye, których punktem wyjścia jest jajnik, zadrażniając ośrodki mózgowe, wydobywają stamtąd podniety dla pewnych celów. Autor ten ucieka się więc, jak widzimy, do teoryi „wewnętrznego wydzielania".

Wbrew temu Tuszkai, w pracy p. t.: *„Über den Zusammenhang zwischen Uterus und Magenleiden"* (Monatsschrift für Geburtsh. u. Gynaekol. 1900 II.), przyznając wprawdzie, że macica nie otrzymuje z zakresu nerwów mózgowordzeniowych bezpośrednio żadnych gałęzi, wykazuje, że właściwym jej ośrodkiem nerwowym jest zwój słoneczny *(ganglion solare)*. Za jego to pośrednictwem łączy się układ nerwowy macicy z układem nerwowym żołądka. Nerw błędny bowiem, a w szczególności zwój żołądkowy przedni *(plexus gastricus anterior)*, wiąże się zapomocą potężnych gałęzi ze zwojem słonecznym, a ten znów, zapomocą zwoju podbrzusznego *(pl. hypogastricus)*, zwoju nasiennego *(pl. spermaticus)* i zwoju maciczno-pochwowego *(pl. utero-vaginalis)*, łączy się z tylną ścianą macicy. Ponadto znalazł połączenia, o których już Frankenhäuser wspomina, łączące zwój żołądkowy przedni *(pl. gastricus anterior)* z układem nerwów współczulnych. Między temi połączeniami pokaźna gałązka biegnie wprost do zwoju nasiennego *(pl. spermaticus) — anastomosis genito-gastrica.*

Znając te stosunki, nie zdziwią nas objawy ze strony żołądka tam, gdzie np. macica w tyłozgięciu wywiera ucisk na zwój podbrzuszny *(pl. hypogastr. infer.)*, który w dalszym ciągu, wykazaną drogą, przenosi stan zadrażnienia na układ nerwowy żołądka. Rzecz jasna, że ten sam skutek może wywołać obecność wysięku, czy nacieku, czy wreszcie przekrwienie, sprowadzone czynnością miesiączkowania. Przy świadomości tych stosunków anatomicznych daleko łatwiej zrozumieć związek, o którym mowa, za którego więc tło należy przyjąć przedewszystkiem drogi nerwowe.

Samej utracie krwi do pewnego stopnia nie można odmówić znaczenia. Musi ona wszakże być bardzo znaczną, aby zaważyć i odbić się na czynności żołądka. W szeregu przypadków badałem też krew przed wystąpieniem miesiączki i po jej ustaniu; a chociaż zaznaczyły się w niej ślady znacznego upływu, mimoto kwasota żołądka nietylko nie spadła, ale przeciwnie we wszystkich tych przypadkach była podwyższoną, ulegając widocznie innemu wpływowi.

Zmiany więc, jakie w zakresie czynności żołądka w czasie miesiączkowania znajdujemy, sprowadzają w pierwszym rzędzie czynniki nerwowe. Nieinaczej bowiem przychodzi nam wytłómaczyć takie n. p. wzmożone wydzielanie soku żołądkowego i kwasu solnego, jak przekrwieniem błony śluzowej żołądka, wywołanem odruchowo.

Już samo doświadczenie poucza nas o istnieniu takiego przekrwienia w czasie miesiączkowania. Wiemy bowiem, że wogóle błony śluzowe znajdują się w czasie miesiączkowania w stanie przekrwienia; na tej podstawie chirurg z obawy przed zbyt obfitem krwawieniem niechętnie wykonuje u kobiety miesiączkującej zabieg operacyjny w obrębie błony śluzowej nosa, narządu pozostającego w tak zagadkowym, oddawna znanym, aczkolwiek mało zbadanym stosunku z narządem płciowym.

Kuttner opisuje przypadki, w których przy braku miesiączki, w okresie, odpowiadającym odpływowi miesięcznemu, przychodziło do krwotoków żołądkowych. Znane są przypadki wrzodu okrągłego, w których również w czasie miesiączkowania występowały żołądkowe krwotoki (Gluziński).

Wynik wszystkiego, co wyżej powiedziałem, przedstawia się więc jak następuje:

1. Badania moje stwierdzają istnienie wpływu miesiączkowania na czynności żołądka.

2. Wpływ ten objawia się jako podniesienie kwasoty treści żołądkowej w czasie miesiączkowania. Zjawisku temu możnaby dać miano: *hyperaciditas menstrualis.*

3. Obok tego z wielkiem prawdopobieństwem przychodzi do wzmożenia wogóle ilości wydzielonego soku żołądkowegoo (*hypersecretio*).

4. Sprawność mechaniczna zdaje się przeważnie być upośledzoną.

5. Wpływ ten cały bezwątpienia przychodzi do skutku przedewszystkiem na drodze odruchowej.

Doniosłość praktyczna tych wyników nie może być wielką, nie godzi się jej jednak pominąć milczeniem.

1. Należy ostrzedz przed badaniem żołądka w czasie miesiączkowania dlatego, że zawartości, otrzymane z rozbiorów treści w tym czasie, nie będą miarodajne.

2. W razach, w których chodziłoby o zwalczanie przypadłości żołądkowych u kobiet miesiączkujących, należy raczej alkalizować, aniżeli doprowadzać rozliczne kwaski, tak chętnie i często polecane, prawdopodobnie na podstawie dawnych podań o braku HCl w czasie miesiączkowania.

3. Należy przewidzieć możliwość poprawy albo pogorszenia objawów przedmiotowych a przedewszystkiem podmiotowych u kobiet miesiączkujących, a cierpieniem żołądka obarczonych, stosownie do rodzaju tego cierpienia.

4. Należy zwrócić szczególniejszą uwagę na zalecenie w przypadkach wrzodu okrągłego żołądka jak najściślejszego przestrzegania dyety i spokoju w czasie miesiączkowania, ze względu na ułatwione w tym czasie warunki tak zaostrzenia się całej sprawy, jak wystąpienia krwotoku żołądkowego.

W zakończeniu nawiasowo tylko pragnę wspomnieć o pewnym szczególe, który w toku mych badań wpadł mi w oko.

Oto jeden z moich przypadków może być z pewnego względu bardzo pouczającym. Przypadek to ten sam, który przedstawia objaśniona już z innego powodu poprzednio tablica II. Wysokie liczby, jakie otrzymałem tam z rozbiorów treści żołądkowej w dniu 25. czerwca, więc w połowie czasu pomiędzy jednem a drugiem miesiączkowaniem, na pierwszy rzut oka nie znajdują wytłómaczenia. Obok podwyższenia kwasoty zaznacza się w dniu tym wzmożona czynność wydzielnicza. Prawda, że wyniki z dnia tego mogą być przypadkowe, jakkolwiek n. p. dyeta w tym przypadku była odpowiednio uregulowaną i niezmienną.

Mimowoli jednak nasuwa mi się na myśl owo niewytłómaczone jeszcze zjawisko, któremu niemcy nadali nazwę: „*Mittelschmerz*". Obejmuje ono zbiór mniej lub więcej wyraźnych objawów, występujących dokładnie w połowie odstępu międzymiesiączkowego. Są to, jak wiadomo, dolegliwości, objawiające się pewnemi bolesnemi sensacyami w dolnych partyach brzucha, charakteru często kurczowego, bólami krzyżów, uczuciem ciężkości w obrębie miednicy i innemi, na wzór zwyczajnych zresztą zwiastunów i prawidłowej miesiączki. Czasami towarzyszy im skąpy zazwyczaj wypływ z części rodnych.

Courty zaznacza, że wśród objawów podmiotowych, szczególniej ciśnienie w dołku podsercowym należy do częstszych, obok wzmożonej pobudliwości nerwowej całego ustroju. Nadaje on temu zjawisku nazwę: *molimen utérin intermenstruel.* Inni opisują je jako *regles surnuméraires,* Tilt tworzy nazwę: *menstruatio remittens.* Przedmiotem tym zajmowali się: Valleix, Priestley, Fehling, Fasbender, Sorel, Négriers, Dubois, Pajot, Krieger i inni, a Fliess twierdzi, że te objawy międzymiesiączkowe, czy one w ten czy w inny sposób dają znać o sobie, są przeważnej liczbie kobiet dobrze znane. Wzmożoną w tym czasie pobudliwością układu nerwowego, na jaką się wszyscy oni zgadzają, bez względu na istotną jej przyczynę, dałby się bez zaprzeczenia wytłómaczyć pewien nieprawidłowy wtedy stan żołądka.

Badania w tym kierunku mogłyby być cenne dla skontrolowania zarówno istnienia owego międzymiesiączkowego peryodu, jak — tembardziej — stosunku, zachodzącego pomiędzy miesiączkowaniem a czynnością żołądka.

II. Z kliniki i pracowni dermatologicznej Prof. Reissa w Krakowie.

Przewlekłe zakażenie skóry paciorkowcem *(streptococcus)* w postaci pęcherzycy przewlekłej *(pemphigus chronicus).*

Podał

Dr. Franc. Krzyształowicz,

docent dermatologii Uniw. Jag.

(Dokończenie).

Badanie histologiczne przedsięwziąłem na dwóch pęcherzykach, wyciętych ze skórą przedramienia lewego w kilkanaście godzin po ich powstaniu i przy badaniu starałem się odpowiedniemi barwieniami (przeważnie zaleconemi przez Unnę) nietylko o uzyskanie obrazu anatomicznego zmienionych tkanek, ale zarazem o wykazanie obecności drobnoustrojów, lub ich braku. W tym celu posługiwałem się z najlepszym skutkiem metodą Grama z modyfikacyą Unny i tegoż błękitem metylowym wielobarwnym *(Polychrom. Methylenblau n. Unna)* z odbarwieniem mieszaniną gliceryny z eterem *(Glycerinaethermischung).*

Wycięte pęcherzyki były na powierzchni pomarszczone i zawierały ciecz jasną, a spoczywały na rumieniach, mających większy, niż one obwód. W mikroskopie zaś jama pęcherza przedstawia się pod naskórkiem tak, że pokrycie tworzą wszystkie warstwy naskórka w całości, dno zaś — sterczące w cieczy i zupełnie obnażone brodawki, które okazują przytem znaczny obrzęk surowiczy i naciek z ciałek wysiękowych. Naczynia warstwy brodawkowej i skóry właściwej są rozszerzone, warstwa ich zewnętrzna *(adventitia)*

zawiera nieco więcej pierwiastków komórkowych, a śródbłonek w niektórych większy, obrzękły. Treść pęcherza stanowi zakrzepła ciecz z średnią ilością włóknika i skąpą ilością ciałek wysiękowych, które są tem liczniejsze, im bliżej dna pęcherza. Na niektórych miejscach widać w jamie pęcherza obnażoną torebkę włosową.

Rumień otaczający pęcherz okazuje również obrzęk surowiczy i nieliczne ciałka wysiękowe w warstwie brodawkowej, od której naskórek w całości tu i owdzie odstaje tak, że obraz ten robi wrażenie początkowego okresu powstawania pęcherza. Naskórek tak nad rumieniem, jak i pęcherzem nie przedstawiał innych zmian, prócz nieco rozszerzonych przestworów międzykomórkowych i w nich tu i owdzie znajdujących się ciałek wysiękowych.

Na nitkach włóknika spostrzedz można w niektórych skrawkach gromadki ziarniaków takich, jak przy badaniu cieczy pęcherzowej, które robiły wrażenie więcej paciorkowców *(streptococcus)*, niż gronkowców *(staphylococcus)*.

Obraz anatomiczny pęcherza zatem nie przedstawiał się w tym przypadku tak, jak to większość autorów opisuje w pęcherzycy. Najczęściej bowiem widzi się jamę pęcherza między warstwą komórek zrogowaciałych naskórka, a warstwą Malpighiego; — w tym przypadku zaś wszystkie warstwy naskórka były od skóry oddzielone. Wiemy jednak zarazem, że co do miejsca tworzenia się pęcherzy w naskórku zapatrywania autorów rozchodzą się do tego stopnia, iż z umiejscowienia jamy pęcherza nie można wcale wnioskować o rodzaju choroby.

Powyższy obraz histologiczny pęcherza nie zgadzał się również w zupełności, szczególnie ze względu na umiejscowienie, z klasycznymi opisami niesztowic *(ecthyma)* (Unna, Sabouraud), co tłómaczę sobie tą okolicznością, że długotrwałość zakażenia i w następstwie tegoż mniejsza odporność powłok skórnych sprowadziły jad głębiej w skórę, niż to zazwyczaj bywa, a tem samem i powstanie głębszego pęcherza. Już sam fakt jednak, że odkażanie skóry wywarło tak dobry skutek na przebieg choroby, — bo zakażenie widocznie słabło, a objawy w miarę tego łagodniały, — wystarcza chyba, aby nie przypuszczać w tym przypadku zakażenia od wewnątrz, a zmiany na skórze odnieść do jakiegoś bodźca zewnętrznego.

Badania bakteryologiczne przedsiębrałem pięciokrotnie w różnym okresie choroby i z różnych pęcherzy, w sposób zalecany przez Sabourauda[4]), t. j. wciągałem z nakłótego pipetką szklaną pęcherza nieco treści i napełniałem pipetkę bulionem i surowicą w równych częściach, poczem wkładałem do cieplarki przy 37° C. Po kilkunastu godzinach badałem treść pożywki i znajdowałem zawsze paciorkowce *(streptococcus)* w ich typowych postaciach w preparatach mikroskopowych, jakoteż w hodowlach po przeszczepieniu z pierwotnej płynnej pożywki na pożywkach stałych.

Wspomniałem już, że badałem kilkakrotnie w przeciągu pięciomiesięcznego pobytu chorego w klinice i to tak zaraz po przyjęciu jego, jakoteż i w okresach późniejszych, a do przeszczepiań brałem ciecz z pęcherzy dużych, jak również z drobnych pęcherzyków powstałych na rumieniach, a w jednym razie z zaledwo powstającego pęcherza tak, że tylko małą kroplę cieczy uzyskać zdołałem.

[4]) Etude clinique et bactériologique de l'impetigo. (Annal. d. D. et d. S., 1900).

Obok paciorkowców otrzymywałem zazwyczaj w pożywkach także i zanieczyszczenia gronkowcami złotymi lub białymi *(staphylococcus aureus et albus)*, ale też powierzchnie nieprzebitych pęcherzy odkażałem tylko w ten sposób, że zlewałem je kilkakrotnie mięszaniną wyskoku z eterem.

Zatem tak kliniczne wejrzenie zmian, jak i badanie histologiczne pęcherzy wskazywało, że mamy do czynienia z jedną z postaci chorobowych znanych pod nazwą pęcherzycy *(pemphigus)*; — przebieg kliniczny zaś w odniesieniu do leczenia i badanie bakteryologiczne pozwalały na odniesienie całej sprawy chorobowej do zakażenia paciorkowcami, które z początku objawiło się powstawaniem niesztowic (typowych dla tego zakażenia), później pęcherzy różnej wielkości, oraz rumieni. Rozbierając cały późniejszy przebieg choroby przyjść chyba trzeba do wniosku, że odpowiada on w znacznej części znanemu przebiegowi pęcherzycy przewlekłej, chociaż z początku obraz chorobowy podobnym był raczej do liszajca zwyczajnego i niesztowic. A porównując ten obraz z przypadkami pęcherzycy przewlekłej, bo opisywane dotąd przypadki pęcherzycy ostrej trwały krótko, a w tym przypadku już choćby tylko czas trwania choroby przemawiał za przewlekłością. Przypadki ostre, o których wspominam poniżej, kończyły się szybko czy to wyleczeniem, czy śmiercią, i nigdy nie miały cech długotrwałego cierpienia.

W przebiegu niniejszego przypadku były okresy, w których nie tworzyły się pęcherze, a tylko rumienie, w końcu i te zniknęły; — wkrótce jednak przy braku uwagi ze strony chorego na dokładne opatrywanie rąk, na których jeszcze pęcherze powstawały, zaczęły się znowu ponawiać rumienie, a nawet drobne pęcherze. Gdyby zatem nie zwrócono tak dokładnej uwagi na ręce, pojawiałyby się na pewno dalej świeże wybuchy, podobne do poprzednich, — a cały przebieg robiłby w dalszym ciągu jeszcze więcej wrażenie pęcherzycy przewlekłej. W chwili poznania przyczyny powstawania pęcherzy łatwo sobie przedstawić ciągłe przenoszenie się zakażenia z miejsc zakażonych na miejsca świeże, nawet odległe, czy to drogą bezpośrednią, czy pośrednią. To też i samo zakażenie przybrało cechy przewlekłości, bo przez szereg miesięcy jad przenosił się z jednego miejsca skóry na drugie.

Przypadki pęcherzycy ostrej, jak ją opisują najnowsze podręczniki (Jarisch[5]), Brocq[6]), znane z piśmiennictwa, przedstawiały przebieg krótki, ostry, kończący się nierzadko w kilka dni śmiercią, jak w przypadkach Perneta[7]), Priestleya[8]), i in., lub też w krótkim także czasie wyleczeniem. W wielu przypadkach wystąpienie pęcherzy z gorączką i przypadami choroby ostrej poprzedzało uszkodzenie powłok, jak to zaznacza Pernet, Taylor[9]), Hadley i Bulloch[10]); w innych przypadkach choroby gorączkowe ostre, jak w przypadkach Hutchinsona[11]) i Haeublera[12])

[5]) Die Hautkrankheiten. Wien, 1900.

[6]) Pemphigus. (La pratique dermatologique T. III).

[7]) Ein Fall v. Pemphigus acutus m. tödtl. Ausgange. (Brit. Journal of Derm. 1895; 1896.

[8]) Acuter Pemphigus. (Brit med. Journal, 1894).

[9]) Hautausschläge auf d. Basis infizierter Wunden entstehend (Brit med. Journal, 1797).

[10]) Ein Fall v. akutem Pemphigus. (Lancet. 1899, 9).

[11]) Ein Fall v. acut. herpet. Pemphigus. (Arch. of Surgery, 1899).

[12]) Ueber e. Fall v. Masern kombiniert m. Pemphigus acutus. (Deutsche med. Wochenschrift 1900, 33).

i in. Wreszcie niektórzy autorowie opisują nagminne panowanie ostro występującej pęcherzycy (Jonson[13]), Koehler[14]), Haeubler). Bardzo charakterystyczny przypadek opisuje Faller[15]): dziecko dostało pęcherzy na skórze i błonie śluzowej, które rozpoznano jako pęcherzycę; — w krótkim czasie u obok leżącego dziecka pojawił się liszajec zwyczajny (*impetigo* Tilbury-Fox), z czego łatwy wniosek, że tensam jad wywołał u jednego osobnika objawy pęcherzycy, u drugiego liszajca zwyczajnego.

Etyologia pęcherzycy w ogólności jest jeszcze całkiem ciemna; — autorowie uważają w przeważnej liczbie to cierpienie za sprawę, powstającą z przyczyn wewnętrznych, a zaledwo wyjątkowo znajdowano jakieś drobnoustroje, które za przyczynę możnaby uważać. Badania tego rodzaju przeprowadzono głównie w przypadkach pęcherzycy ostrej u dorosłych, w których pierwszy Demme[16]) znajdował tak w treści pęcherzy, jakoteż we krwi i moczu — ziarniaki w postaci dwoinek, dające na pożywkach hodowle, odrębne od gronkowców, wywołujące po przeszczepieniu ich na płuca morskich świnek zapalenie płuc. Później znajdowali koki podobne Allen[17]), Bleitreu[18]), Pernet, Hudley i Bulloch. — Török[19]) zaś, Koehler, Bellei[20]) i inni wyhodowali z treści pęcherzy w przypadkach pęcherzycy ostrej gronkowce, przypisując im mniej lub więcej swoiste znaczenie; Munro[21]) zaś otrzymał ziarniaki drobne, tworzące dwoinki, i nazwał je *micrococcus vesicans*.

Dwoinki podobne do ziarniaków Demmego znalazł Dähnhardt[22]) w jednym przypadku pęcherzycy przewlekłej (11 miesięcy trwającej). Drobnoustroje te, znajdowane i we krwi chorego, dawały cechujące hodowle, które po przeszczepieniu wywoływały miejscowe ropienie. Sormani[23]) uważa za Tommasolim pęcherzycę za chorobę przyrody pasorzytniczej, — rozróżniając pęcherzycę powstającą z przyczyny leukomainów (przewlekłą) i wywołaną obecnością mikrobów (ostrą). Twierdzi jednak zarazem, że pęcherze powstają zawsze drogą zaburzeń nerwów odżywczych (*trophoneurosis*) skutkiem działania toksyn, wywołanych drobnoustrojami.

Przytoczyłem te kilka zapatrywań odmiennych od ogólnie utartych, odnoszących powstanie pęcherzycy do bodźca wewnętrznego. Ze względu właśnie na to ogólnie przyjęte mniemanie o powstawaniu pęcherzycy, badania bakteryologiczne w tej dziedzinie dermatologii (wogóle wszystkich chorób pęcherzykowych) są nader skąpe. Nie myślę także rozstrzygać, jaka jest etyologia pęcherzycy przewlekłej i czy wogóle jest jednolitą, czy przyczyna wywołująca to cierpienie jest zawsze jedna i tasama; — muszę jednak z przytoczonego przypadku wyciągnąć nasuwające się prawie mimowoli wnioski.

[13]) Lancet. 1897.

[14]) Ueber die Diagnose und Pathogenese akuter Blasenbildungen der Haut. (Deutsches Archiv für klin. Med., 1899).

[15]) Impetigo contag. bullosa Pemphigus vortäuschend. (Amer. Journal of Derm. 1900. 1).

[16]) Ueber Pemphigus acutus (Centralbl. für klin. Med. 1886).

[17]) Fall v. Pemphigus acutus s. febrilis. (Journal of Cut. and Gen. Wien. Dis. 1884, 4).

[18]) Beitrag zur Kenntniss des Pemphigus acutus. (Berliner klin. Wochenschrift 1893, 28, 29).

[19]) Towarzystwo dermatologów w Budapeszcie 189 , styczeń.

[20]) Ueber e. Fall v. septischer pemphigoider Dermitis Morgani 1900. 3.

[21]) Pemphigus contagiosus (Brit. med. Journal, 899).

[22]) Beitrag zur Kenntniss des Pemphigus chron. (Deutsche med. Wochenschrift 1887, 32).

[23]) Bemerkungen und Betrachtungen über 2 Fälle v. Pemhigus. Gior. ital. d. mal. ven., 1891).

Przedewszystkiem zatem stwierdzić należy, że niewątpliwe zakażenie paciorkowcami (*streptococcus*) objawiło się w tym razie obrazem zbliżonym najwięcej do pęcherzycy, a pęcherze nie różniły się niczem od takichże spostrzeganych w pęcherzycy, czyli że pęcherze tej postaci, co w pęcherzycy spostrzegać można i na tle zakażenia paciorkowcem. Obraz ten wikłały występujące rumienie, które w tym przypadku nie miały jakiejś przyczyny wewnętrznej, ale jak to badanie histologiczne i bakteryologiczne potwierdziło, odnieść należy do działania paciorkowców, czyli uważać je za stan chorobowy skory, poprzedzający powstanie pęcherzy.

W następstwie takich spostrzeżeń*) z pewną nieufnością patrzeć musimy na dotąd ogłaszane przypadki pęcherzycy przewlekłej, szczególnie, jeżeli wykluczymy przypadki



Fig. II.

choroby Duhringa (*dermatitis herpetiformis*), którą prawdopodobnie wszyscy, uznający tę postać chorobową, uważają za pewien odrębny typ, powstały z przyczyny wewnętrznej.

W następstwie stwierdzić również trzeba w tym przypadku, że tak rumienie skóry, jak i pęcherzyca błon śluzowych powstać może skutkiem zakażenia paciorkowcem, — a szczegół to także niemałej wagi przy ocenianiu przypadków pęcherzycy.

A z tych stwierdzeń wyprowadziłbym wniosek, że w każdym przypadku, rozpoznanym jako pęcherzyca, po wykluczeniu zapalenia wypryszczkowego Duhringa, wtedy dopiero rozpoznanie to może być stanowczem, jeżeli przeprowadzono dokładne badanie treści pęcherzy, tak mikroskopowe, jak i bakteryologiczne.

W końcu parę słów co do nazwy tej postaci chorobowej o znanej etyologii: nie mogę ze względu na znany czynnik wywołujący dać jej miana pęcherzycy przewlekłej (*pemphigus chronicus*), chociaż istnieje podobieństwo klini-

*) Spostrzegałem przed dwoma laty przypadek podobny, w którym liszajec zwyczajny (*impetigo vulgaris*) przechodził pomału w obraz pęcherzycy ogólnej. Przypadku tego nie badałem dokładnie w całym jego przebiegu, dwukrotne jednak badanie bakteryologiczne treści pęcherzy wykazało obecność paciorkowców (*streptococcus*).

czne; — jak również dla uniknięcia zamięszania w tej grupie pęcherzykowej nie nazwałbym jej „do pęcherzycy podobną“ (*pemphigoides*), lecz — zapaleniem skóry pęcherzykowem na tle zakażenia paciorkowcami (*dermatitis bullosa streptogenes chronica, streptococcia bullosa cutis chronica*), bo nazwa ta określa dobrze, że mamy do czynienia z zapaleniem skóry w postaci pęcherzy, powstałem skutkiem osiedlenia się w niej paciorkowców.

Objaśnienie tablic:

Tablica 1. Fotografia chorego po pierwszem oczyszczeniu skóry, — pęcherze na twarzy; — wyraźne ślady po niesztowicach na kończynach; rumienie na tułowiu i kończynach dolnych.

Tablica 2. Pęcherzyk. na brzegach rumień. Powiększenie Ok. 1. A. A. Zeiss. Barwienie: Orceina obojęt., błękit metyl., mięszan. gliceryny z eterem.

III. Czy trwałe upośledzenie widzenia na jednem oku jest trwałem osłabieniem wzroku w rozumieniu § 156 *a)* u. k.?

Podał

Dr. Adam Szulisławski

Docent Uniwersytetu lwowskiego.

(Dokończenie).

Przypadek VIII. Zbrodnia ciężkiego uszkodzenia ciała rzekomo z § 155. a.) b.) c.) i § 156 a) u. k. Pęknięcie naczyniówki, które nie pociągnęło za sobą trwałego osłabienia wzroku w rozumieniu § 156 a u. k.

F. K., kapral 80 pułku piechoty, wśród bijatyki, jaka się wywiązała „z cywilami“ w dniu 23 grudnia 1900 r. „za drągiem“ (za rogatką żółkiewską), został ugodzony łopatą w okolicę oka lewego.

Protokół oględzin lekarskich, wykonanych przez dwu znawców sądowych w d. 4 stycznia 1901 r. brzmi jak następuje:

«1) Rana na tyłogłowiu. 2) Przy zewnętrznym kąciku o. l. rana w kształcie *S*, przyczem górna część rany jest spojona kilkoma szwami, dolna zaś otwarta. Rana $4^1/_2$ ctm. długa. Pod spojówką gałki rozlane podbiegnięcie. Ruchy gałki ocznej prawidłowe. Źrenica prawidłowo kolista, równie szeroka jak prawa, na światło oddziaływa. 3) Na dolnej powiece od kącika zewnętrznego ranka równoległa do brzegu, $1^1/_2$ ctm. długa, już strupkiem pokryta. Rana pod 2) opisana była powikłaną z zupełnem oddzieleniem powieki górnej od gałki ocznej, nadto zaś na twardówce po stronie zewnętrznej była powierzchowna ranka 3 mm. długa, z podbiegnięciem krwawem. Ranka ta już się wygoiła.

Orzeczenie: Badany odniósł tłuczone rany na głowie i w okolicy o. l., które obie razem wzięte, jak i każda z osobna, stanowią uszkodzenie ciała ciężkie, powodujące nadwerężenie zdrowia i niezdolności do pracy przez termin powyżej dni 20-tu. Uszkodzenia powyższe zadane zostały narzędziem twardem, tępo-kańciastem, wymierzonem z dość znaczną siłą. Ze względu na bezpośrednie sąsiedztwo o. l. z raną pod 2) opisaną i na możliwe następowe powikłania chorobowe o. l., zastrzegamy sobie powtórne oględziny po upływie 4-ch tygodni“.

Protokół oględzin wykonanych przez lekarzy wojskowych na trzeci dzień po uszkodzeniu, t. j. 25 grudnia 1900 r., przytaczamy w dosłownem tłómaczeniu:

„1) W środku lewego łuku brwiowego rozpoczyna się rana skórna i biegnąc wzdłuż łuku, kończy się na 2 ctm. po za zewnętrznym kącikiem oka. Rana ta o nieregularnych, tłuczonych brzegach sięga aż do kości oczodołu, t. j. kości czołowej i skroniowej. Górna przeto powieka jest w zewnętrznej swej części zupełnie od gałki ocznej oddzieloną 2) Źrenica miernie rozszerzona. Chory skarży się na bóle głowy, zresztą żadnych niema objawów wstrząśnienia mózgu. 3) Poniżej kącika zewnętrznego znajduje się rana skórna $1^1/_2$ ctm. długa, przebiegająca równolegle do brzegu powiekowego i sięgająca aż do tkanki podskórnej. 4) Na twardówce o. l. znajduje się 3 mm. na zewnątrz od brzegu rogówki ranka tłuczona spojówki gałkowej, wielkości główki od szpilki. 5) Rana na tyłogłowiu.

Orzeczenie: 1) Opisane w wywodzie uszkodzenia są ranami tłuczonemi; 2) zadanemi narzędziem tępem; 3) wieloma uderzeniami; 4) uszkodzenie to należy ze względu na zmiany pod l. 4) oględzin przytoczone, uznać jako »ciężkie“.

Orzeczenie końcowe lekarzy wojskowych z d. 11-go lutego 1901 r. „1) Uszkodzenie zdrowia wyżej wspomnianego kaprala trwało od 24-go grudnia 1800 roku do 7-go lutego 1901 roku 2) Skutki, jakie uszkodzenie za sobą pociągnęło są następujące: przyrośnięta, nieruchoma blizna na powiece górnej oka lewego. Zapalenie nerwu wzrokowego i siatkówki z krwotokami pod siatkówką i obniżenie bystrości wzroku do liczenia palców na odległość 20 ctm. 3) Obniżenie zdolności widzenia jest trwałe, ponieważ na siatkówce okazują się już następstw zapalenia w postaci pojedynczych zmian zanikowych.

Prokuratorya państwa żąda stanowczego orzeczenia »celem stwierdzenia istoty czynu z §§ 155 *a) b) c)* i 156 *a)* u. k.«

Badanie w d. 22 czerwca 1901 r. wykazuje:

Oko lewe: 1) Od zewnętrznego kącika przebiega do łuku brwiowego głęboka, twarda, z kością zrośnięta blizna (11 mm. długa), pociągająca kącik zewnętrzny nieco ku górze.

2) Spojówka powiek prawidłowa. Na spojówce gałki żadnych śladów obrażenia dostrzedz nie można. Rogówka czysta, gładka i lśniąca. Przednia komórka głębokości prawidłowej. Tęczówka i źrenica żadnych zboczeń nie przedstawiają.

3) Środki łamiące czyste. Tarcza nerwu wzrokowego różowa dobrze odgraniczona, naczynia prawidłowe.

4) W okolicy plamki żółtej widać dwie linijne, długie i wąskie, niemal ostre plamy szarawo-żółtawe, jako pręgi łukowato wygięte i prawie dośrodkowo do brzegu tarczy ułożone. Jedna z nich leżąca bliżej tarczy rozpoczyna się powyżej żyły skroniowej górnej (*v. temp. sup.*) i sięga prawie do żyły skroniowej dolnej (*v. temp. inf.*) Tu odsyła z dolnego swego końca jakby wypustkę z kilkoma gałązkami, która prowadzi do drugiej, podobnej, na zewnątrz umieszczonej, lecz znacznie krótszej linijno-łukowatej plamy. Wzdłuż obydwu tych plam ułożyły się gęsto obok siebie liczne drobne i większe kępki barwika, tylko końce, zwłaszcza górny dłuższej plamy, wolne są od niego. W tych też miejscach najwyraźniej stwierdzić można, że naczynia siatkówki przebiegają wolno ponad plamami.

5) W zewnętrznych odcinkach obwodu dostrzedz można nieregularnie rozrzucone, nieokreślonego kształtu plamy szaro-żółtawe z nagromadzeniem barwika.

6) *W. l. o.* = 6/60, szkła nie poprawiają. Sn. 3,0 litery.

$$\text{Okulary:} \left\{ \begin{array}{l} \text{pr} = -\ 20\ \text{D} \\ \text{l} = -\ 0{,}25\ \text{D} \end{array} \right\} = 6/36$$

Oko prawe: 7) Zewnętrzne części i dno oka prawidłowe.

W. pr. o. = 6/6 n. c.; 6/6 z Cyl. + 0,5 D 90° Sn 0,5, p. pr. 15 ctm.

Orzeczenie I. Odpowiednio do wyników powyższych oględzin stwierdzamy u badanego: bliznę skórną na powiece górnej (l. 1) blizny w okolicy plamki żółtej w naczyniówce, powstałe po jej pęknięciu (l. 4), na obwodzie zaś zmiany następowe, wytworzone najprawdopodobniej po wybroczynach do siatkówki i naczyniówki o. l. (l. 5). [*Cicatrix palp. sup. Cicatrices post rupturam chorioideae. Residua post haemorrhag. retin. et chorioideal. oc. sin*].

II. Zmiany tu opisane powstać mogły tylko skutkiem pojedynczego urazu, zadanego ze znaczną siłą w okolicę oka lewego, narzędziem twardem, tępo kańciastem.

III. Blizna skórna, z kością zrośnięta (pod l. 1 opisana), stanowi ciężkie uszkodzenie ciała, połączone z niezdolnością do pracy powyżej dni 20-tu.

IV. Blizny naczyniówki (pod l. 4 opisane) i ślady po wybroczynach w dnie oka (l. 5) stanowią samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała.

V. Zarówno kształt, jakoteż ilość i jakość śladów po obrażeniach, tak w niniejszem, jakoteż i w poprzednich orzeczeniach lekarskich opisanych, nie świadczą za tem, jakoby one były zadane takiem narzędziem i w taki sposób, z jakim zazwyczaj połączone jest niebezpieczeństwo dla życia, jak również niema podstawy do przypuszczenia, jakoby obrażenia doznane były połączone ze szczególniejszem udręczeniem (mękami) uszkodzonego.

VI. Z uwagi, że bystrość wzroku na oku lewem (uszkodzonem) wynosi $^6/_{36}$, t. j. $^1/_6$ prawidłowej (l. 6), oko zaś prawe jest zupełnie zdrowe (l. 7), stwierdzamy, że uraz

nie pociągnął za sobą w tym przypadku trwałego osłabienia wzroku w rozumieniu § 156*a*) u. k.

Przypadek IX. Urazowe pęknięcie naczyniówki na jednem oku, połączone z trwałem osłabieniem, względnie z utratą wzroku. J. G., l 19, parobek z Zimnej Wody, przyjęty do szpitala powsz. we Lwowie d. 20 sierpnia 1900 r., podaje, że 19 b. m. został uderzony grubym kijem w okolicę oka prawego, skutkiem czego nagle zaniewidział. Oko lewe stracił skutkiem urazu przed dziewięciu laty.

Odpis historyi choroby oddziału ocznego kraj. szpitala powsz. we Lwowie.

Stan obecny z d. 21 sierpnia 1900 r.

Oko prawe: Na zewnętrznej stronie łuku brwiowego tłuczona rana skórna, 30 mm. długa, lekko łukowa. Poniżej niej, a powyże i na zewnątrz od kącika zewnętrznego podobna rana 15 mm. długa. Powyżej ran tych na czole powierzchowne starcie naskórka. Na nosie ślady krwi. Po lewej stronie brody powierzchowne, lekko łukowate strupki, jakoby pochodzące od paznogci. 2) Samoistne rozwarcie powiek niemożliwe z powodu obrzmienia. Przy rozchylaniu powiek palcami (co tylko niezupełnie się udaje), dostrzedz można spojówkę gałki silnie obrzmiałą, rogówkę częściowo pokrytą przez fałdy spojówki. Górnego odcinka rogówki, wogóle części powyżej (pod górną powieką) leżących, dojrzeć nie można, z powodu niemożności odchylenia górnej powieki. Rogówka, o ile jest widoczną, zdaje się nienaruszona. Przednia komórka głęboka. Źrenica rozszerzona, ku górze przesunięta, gubi się pod fałdem spojówki gałkowej, pokrywającym górny odcinek rogówki. Badanie dna oka i badanie wzroku na razie niemożliwe. 4) Lewa gałka oczna zanikła. Rozpoznanie: *Vulnus ad arc. superc. et palpebrae super. Chemosis conj. bulbi e traumate oc. dex. Atrophia bulbi sin.*

Protokół oględzin z d. 31 sierpnia 1900 r.:

Oko prawe: 1) Rany skórne, wyżej pod l. 1, opisane zagojone i pokryte suchymi strupkami. Zresztą zewnętrzne części oka prawego prawidłowe.

2) Spojówki powiek lekko przekrwione. Skąpa wydzielina śluzowa.

3) Spojówka gałki siatkowato nastrzykana. Miejscami nastrzykanie rzęskowe.

4) Rogówka gładka, lśniąca, połyskująca. Na niej, jak również na twardówce żadnych śladów obrażenia wykazać nie można.

5) Przednia komórka bardzo głęboka. Tęczówka wybitnie zielona, skutkiem przesiąknięcia barwikami krwi, o rysunku zamazanym, przy ruchach gałki lekko drga. Źrenica po atropinie mocno rozszerzona, niejednostajnie jednak z powodu 2 tylnych przyczepin, umieszczonych po bokach, spajających brzeg źreniczny tęczówki z rozpostartą poza źrenicą pajęczynowatą błoną.

6) W górno-wewnętrznym kwadrancie po za źrenicą widać brzeg zwichniętej soczewki w kształcie czerwono-złoto świecącego łuku. Reszta soczewki kryje się poza tęczówką.

7) W ciałku szklistem liczne, przeważnie drobno-pyłkowe męty, które sprawiają, że dno widoczne jak przez mgłę. Tarcza nerwu wzrokowego dobrze odgraniczona, w naczyniach nic nieprawidłowego. Poniżej tarczy (około $^1/_3$—$^1/_2$ P. D.), równolegle niemal i dośrodkowo do jej brzegu ciągnie się wązka, krwawa, linijna smuga, obejmująca około $^1/_3$ obwodu tarczy. Poniżej (o ile dojrzeć można) lżejsze wybroczyny.

8) *W. pr. o.* = ruchy ręki przed okiem.

Oko lewe: 9) Gałka w całości zmniejszona — zanikła.

W. l. o. = 0.

Orzeczenie: I. Stosownie do wyników powyższego badania stwierdzamy u badanego: blizny skórne na powiece (l. 1), drganie tęczówki (l. 5), zwichnięcie soczewki (l. 6) i świeże wybroczyny w dnie oka, pochodzące prawdopodopodobnie z pęknięcia naczyniówki (l. 7) na oku prawem. *[Cicatrices palp. sup. Iridodonesis. Luxatio lentis. Haemorrhagia probab. e ruptura chorioideae oc. dex].*

II. Zmiany te powstały niewątpliwie skutkiem urazu, zadanego ze znaczną siłą, narzędziem twardem, tępem, obłem (np. kijem).

III. Blizny skórne pod l. 1 opisane stanowią lekkie uszkodzenie ciała, połączone z nadwerężeniem zdrowia około 8-miu dni trwającem.

IV. Zmiany pod l. 5, 6, 7 opisane stanowią samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała.

V. Ponieważ na razie, t. j. przed wessaniem się krwotoków w dnie oka, nie da się z całą stanowczością ocenić, czy w ogóle i o ile bardzo dziś upośledzona (l. 8) bystrość wzroku w przyszłości się podniesie, zastrzegamy sobie powtórne oględziny uszkodzonego po upływie 6 (sześciu) tygodni. Jest to tembardziej konieczne, że drugie, t. j. lewe oko (l. 9), jako zanikłe niema wcale poczucia światła (jest więc zupełnie ślepe).

Powtórne badanie w d. 27-go października 1900 r. wykazuje:

Badanie zewnętrzne oka prawego: 1) Stan powiek, spojówki, rogówki, tęczówki i soczewki — jak w protokole oględzin z d. 31-go sierpnia 1900 r. (l. 1—6)

2) Oko spokojne. Ślady przekrwienia i przesiąknięcia barwikami krwi ustąpiły.

Badanie wziernikiem: 2) W ciałku szklistem nieliczne męty. Dno oka wyraźnie widzialne — przedstawia się w obrazie prostym jak następuje: tarcza n. wzr. od zewnątrz, góry i dołu ostro odgraniczona. Od wewnątrz przytyka do tarczy i zaciera jej brzeg wewnętrzny szeroka plama szarawo-biała, która szerokim łukiem okala tarczę od góry i dołu. Rozpoczyna się ona w odległości około $1^1/_2$ P. D. od górnego brzegu tarczy, poza żyłą nosową górną *(v. nas. sup.)*, rozszerzając się biegnie ku dołowi obok tarczy (gdzie jest najszerszą), następnie zwężając się coraz bardziej, opisuje szeroki łuk ku dołowi i zewnątrz, aby w końcu wznieść się ku górze i na wysokości plamki żółtej (m l.) i nieco na zewnątrz od niej utworzyć plamę szarą, upstrzoną gęsto złogami barwikowymi i licznymi śladami po wybroczynach krwawych. Granice wyżej opisanej plamy są prawie ostro zakreślone; tu i owdzie widać na nich punkcikowate złogi barwika. Naczynia siatkówki wszędzie ponad plamą swobodnie przebiegają.

W. pr. o. = ruchy palców przed okiem.

Orzeczenie: I. Zmiany powyższe, pod l. 3 opisane, przedstawiają się jako wygojone już pęknięcie naczyniówki na o. pr. *(ruptura chorioideae oc. dex.)* i mogły powstać tylko skutkiem urazu, zadanego w okolicę o. pr. narzędziem tępem i ze znaczną siłą

II. Upośledzenie widzenia skutkiem tego wywołane jest trwałem i równa się w znaczeniu praktycznem — zupełnej i trwałej utracie zdolności widzenia okiem prawem.

III. Ze względu na to, że uszkodzony posiadał tylko to jedno oko prawe, lewe bowiem już w dzieciństwie skutkiem urazu stracił, — przeto trwałe upośledzenie, względnie utrata zdolności widzenia na oku prawem, jest dla niego trwałem osłabieniem, względnie utratą wzroku wogóle.

IV. Uraz więc w tym przypadku spowodował samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała, połączone, tylko wskutek właściwego i szczególnego usposobienia uszkodzonego — z trwałem i tak znacznem osłabieniem wzroku, że równa się to zupełnej utracie wzroku.

Przypadek X, w którym pęknięcie naczyniówki na jednem oku nie sprowadziło osłabienia wzroku w rozumieniu § 156 a u. k. Wykrycie, że poszkodowany musiał dawniej przed dniem krytycznym doznać uszkodzenia również na temsamem oku. F. S. l. 26, czeladnik kowalski ze Lwowa, został uderzony kamieniem w o. pr. 25 listopada 1900 r. Ból rzekomo i znaczne upośledzenie widzenia tem okiem zmusiły go do szukania pomocy w klinice okulistycznej, gdzie przez kilka tygodni miał pozostawać w leczeniu ambulatoryjnem

Protokół oględzin wykonanych przez lekarza sądowego d. 27 listopada 1902 r. »Powieki oka prawego i policzek obrzmiałe, zasiniałe. Przy nasadzie nosa płaska ranka gnieciona — na powiekach drobne starcia przyskórka. Szpara powiekowa zmniejszona. Spojówka od dołu zewnątrz i góry chemotyczna — podbiegnięta. Źrenica nieco rozszerzona. Zachodzi możliwość zapalenia tęczówki. Zastrzegam sobie oględziny po 2—3 tygodniach“.

Po dwu tygodniach stwierdził lekarz sądowy, że poszkodowany

leczy się w klinice okulistycznej i stawia wniosek o wezwanie specyalistów do stanowczego orzeczenia.

Badanie z d. 19-go lutego 1901 r. wykazuje:

Oko prawe: 1) Na powiece dolnej poniżej kącika wewnętrznego blada blizna skórna, miękka, 6 mm. długa. Druga podobna, nieco dłuższa, powyżej środka łuku brwiowego prawego.

2) Przy nasadzie nosa blizna różowa 6 mm. długa, nieregularna.

3) Szpara powiekowa prawidłowej wysokości. Ruchomość powiek i gałki prawidłowa.

4) Oko bez podrażnienia. Na rogówce widać, zwłaszcza w zewnętrznej połowie, rozlane powierzchowne plamki i obłoczkowate zaćmienia.

4) Przednia komórka prawidłowej głębokości. Ciecz wodna czysta. Tęczówka co do barwy i utkania zboczeń nie przedstawia. Źrenica szersza niż na o. l., na światło dość dobrze oddziaływa (leniwiej jednak niż lewa).

6) Soczewka i ciałko szklane czyste.

7) Tarcza nerwu wzrokowego dobrze odgraniczona, podobnie jak i naczynia siatkówkowe zboczeń nie przedstawia.

W obrazie odwrotnym widać od góry — zewnątrz w odległości $^1/_2$ P. D. (średnicy tarczy) smugą białą, wązką, o granicach ostrych, dośrodkowo do brzegu tarczy ułożoną, ponad którą naczynia siatkówki swobodnie przebiegają. Na brzegach tej około $^1/_3$ obwodu tarczy zajmującej plamy, widzimy tu i owdzie znaczniejsze nagromadzenie barwika. Powyżej (przy gałce lekko ku dołowi skierowanej) widać drugą, nieregularnie owalną plamę, również białą, której brzegi odznaczają się obfitymi złogami barwika. Przez środek przebiega jedno drobniutkie ledwie dostrzegalne naczynie siatkówkowe.

8) *W. pr. o.* = 6/24; szkła nie poprawiają. Sn. 0,8 niektóre słowa

Oko lewe: 9) Na rogówce dwie punkcikowate plamki wielkości główki od szpilki. Zresztą zewnętrzne części i dno oka prawidłowe.

W. l. o. = 6/8 szkła nie poprawiają; Sn. 0,6

Orzeczenie: I. Stosownie do wyników powyższego badania stwierdzamy u badanego: dwie starsze blizny na skórze czoła i dolnej powiece (l. 1), świeższą bliznę przy nasadzie nosa (l. 2), rozsiane plamy rogówkowe (l. 4), niedowład ździergacza źrenicy (l. 5) i bliznę po pęknięciu naczyniówki (l. 9) na o. l. [*Cicatrices cutan. Maculae et nubeculae corn. Paresis sphinct pup. Ruptura chorioideae cicatris. oc. dex. Maculae corn. oc. sin*].

II. Okoliczność, że blizny skórne powyżej łuku brwiowego i na dolnej powiece pod l. 1 opisane, są blade i miękkie (a więc starsze), łatwo mogą ujść uwadze. zwłaszcza przy obrzmieniu powiek lub niezbyt dobrem oświetleniu. Tem się tłómaczy fakt, że w protokóle oględzin z d. 27 listopada 1900 r wzmianki o nich nie znajdujemy. Opisaną tam jest tylko „płaska ranka gnieciona przy nasadzie nosa“ — po której obecnie istnieje różowa (a więc świeższa) blizna, opisana pod l. 2. Okoliczność ta pozwala z całą stanowczością na wniosek, że po urazie zadanym w d. 25-ym listopada 1900 r. powstała tylko jedna blizna, opisana pod l. 2; dwie zaś inne opisane pod l. 1, niewątpliwie starsze, są dawniejszego pochodzenia. Stąd zaś jasną jest rzeczą, że badany już kiedyś dawniej odniósł obrażenie w okolicy oka prawego.

III. Ponieważ zarówno w wejrzeniu jak i istocie dalszych zmian (t. j. zaćmień rogówki niedowładu ździergacza źrenicy i pęknięcia naczyniówki) nie spotykamy obecnie żadnych wskazówek dla rozstrzygnięcia pytania, czy one powstały przed 3-ma miesiącami, czy np. przed 3-ma laty, prosimy przeto o stwierdzenie, kiedy i wśród jakich warunków powstały blizny, opisane pod l. 1, a powtóre wnosimy o przesłuchanie lekarza ordynującego, który leczył poszkodowanego — na stwierdzenie okoliczności: *a)* kiedy, t. j. którego dnia, objął poszkodowanego w leczenie? *b)* jakie zmiany znalazł na rogówce? *c)* Czy stwierdził krew w przedniej komórce (*hyphaema*)? *d)* czy zmiany w dnie oka przedstawiały się jako świeże, t. j. czy stwierdzono świeże wybroczyny krwawe?

IV. Plamki rogówkowe są najprawdopodobniej dawniejszego (niekoniecznie urazowego) pochodzenia, chociaż nie da się na razie wykluczyć, czy nie powstały po ostatnim urazie.

V. Inne wymienione pod I. zboczenia powstały niewątpliwie skutkiem wielokrotnych i w rozmaitym czasie zadanych urazów, z pewną znaczniejszą siłą, narzędziem twardem, tępem, lub tępo-kańciastem.

VI. Świeża blizna na skórze przy nasadzie nosa (mogła powstać po uderzeniu kamieniem) stanowi lekkie uszkodzenie ciała, połączone z nadwerężeniem zdrowia poniżej 10-ciu dni trwającem.

VII. Nie przesądzając czasu powstania reszty zmian również urazowego pochodzenia, t. j. niedowładu zdziergacza źrenicy (l. 5) i pęknięcia naczyniówki (l. 7), stwierdzamy, że stanowią one samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała, połączone z niezdolnością do pracy, trwające powyżej dni 20-tu.

VIII. Zaznaczamy jednak wyraźnie, że mimo obnizonego widzenia na o. pr., które należy uważać za stałe, nie ma w tym przypadku trwałego osłabienia wzroku w rozumieniu § 156*a*) u. k.

Zeznanie poszkodowanego *F. S.*, przesłuchanego powtórnie w myśl naszego wniosku d. 27 lutego r. b.: „Blizny tamte mogą pochodzić z czasów dzieciństwa, nie pamiętam ich pochodzenia. Blizna na nasadzie nosa pochodzi od 15 lat i sprowadzoną została upadnięciem z góry siekiery szpicem. Świeża blizna po prawej stronie grzbietu nosa pochodzi od uderzenia przez oskarżonego A. P.—W r. 1896 asenterowany, służyłem 3 lata i 2 miesiące; a 11 grudnia 1899 r. zostałem urlopowany jako zupełnie zdrowy. Widziałem przeto o. pr. tak dobrze jak i lewem i od czasu wyjścia z wojska, aż do zajścia z A. P. nie wydarzył się z mojem okiem prawem żaden wypadek, — a od tego wypadku źrenica w o. pr. powiększyła się i wszystko mi się dwoi“.

Zeznanie lekarza ordynującego Dra K. J.: „*F. S.* objąłem w leczenie ambulatoryjne na klinice okulistycznej dnia 26 listopada 1900 r. i znalazłem następujące zmiany: Na rogówce oka prawego kilka plamek starszej daty, a nadto świeże zdarcie przybłonka rogówkowego w kilku miejscach. Krwi w przedniej komórce o. pr. nie stwierdziłem. Nie stwierdziłem świeżych wybroczyn na dnie oka, z powodu opuchnięcia oka i zapalenia tęczówki. Wedle mego zapatrywania bystrość wzroku oka prawego doznała upośledzenia wskutek ostatniego uszkodzenia. Ostatni raz był *F. S.* na wizycie dnia 28-go grudnia 1900 r. i był już uznany za zdolnego do swej pracy zawodowej“.

Orzeczenie końcowe: Po przedstawieniu nam zeznań poszkodowanego *F. S.* i lekarza ordynującego Dra J. K. z d. 27 lutego 1901 r. orzekamy jak następuje:

I. Z powyższego zeznania *F. S.* wynika, że przed 25 listopada 1900 r. nie raz, ale dwukrotnie doznał on urazu w okolicę oka prawego.

II. Przy badaniu w d. 26-go listopada 1900 r. (a więc nazajutrz po ostatnim urazie) stwierdził Dr. J. K. „na rogówce o. pr. kilka plamek starszej daty, a nadto świeże zdarcie przybłonka rogówkowego w kilku miejscach“. Ponieważ „zdarcie przybłonka rógówkowego“ bez obrażenia samego miąższu rogówki goi się z reguły w ciągu co najwyżej kilku dni bez pozostawienia jakichkolwiek śladów (stanowi więc jako takie lekkie uszkodzenie ciała), przeto zaćmienia i plamy rogówkowe, które istnieją, nie powstały po ostatnim urazie, lecz są dawniejszego pochodzenia.

III. Z uwagi, że już nazajutrz po ostatnim urazie nie stwierdzono krwi w przedniej komórce, badanie zaś dna oka „z powodu opuchnięcia oka i zapalenia tęczówki“ nie wykonano, a obecność krwi dopiero stanowiłaby pewny objaw, że zarówno porażenie zdziergacza źrenicy, jak i pęknięcie naczyniówki są świeże, wykluczoną jest obecnie możliwość stanowczego orzeczenia co do czasu powstania powyższych zmian. Tem samem nie podobna obecnie stwierdzić, czy powstały one po ostatnim urazie

w d. 25-ym listopada 1900 r., czy po jednym z poprzednich.

IV. Co się tyczy istoty tych zmian, powołujemy się na orzeczenie nasze z d. 20-go lutego 1901 r.

V. Ze względu na to, że według podania Dra J. K. istniało nazajutrz po urazie, „zapalenie tęczówki“ a niezdolność do pracy trwała powyżej dni 20-tu, należy uważać uszkodzenie ciała z d. 25-go listopada 1900 r. za ciężkie.

Przypadek XI, w którym osłabienie widzenia na jednem oku skutkiem zwichnięcia soczewki, nie sprawiło trwałego osłabienia wzroku w rozumieniu §. 156. a. u. k. M. M. l. 55., włościanin z Jasionki Masiowej, został wśród bijatyki o. 29 marca 1901 r. ugodzony cybuchem w lewe oko, poczem doznał silnego bólu i zaniewidział.

Protokół oględzin z d. 31 marca 1901 r. «Spojówka gałki ocznej lewej silnie obrzmiała i zaczerwieniona; na wewnątrz od rogówki i ku dołowi twarzy wał na 2m/m wyniosły. Źrenica miernie rozszerzona, oddziaływa leniwie. *Hyphaema* 1m/m. Badany podaje, że na o. l. nic nie widzi.

Orzeczenie: Zmiany te stanowią lekkie uszkodzenie ciała, połączone z 8-dniową niezdolnością do pracy zawodowej. Celem stanowczego orzeczenia, czy uszkodzenie niniejsze nie pociągnie za sobą trwałego upośledzenia wzroku, zastrzegamy sobie powtórne oględziny po 6 dniach».

Protokół następnych oględzin przez tych samych znawców (bez daty). »Oko lewe: Spojówka zaczerwieniona i obrzmiała. Na wewnątrz i ku dołowi od rogówki wypuklenie, wystające na jakie 3m/m ponad prawidłową powierzchnię rogówki. Na szczycie prześwieca barwa brunatno-żółtawa. Rogówka przeźroczysta. Komórka przednia utrzymana. Ciecz wodna przezroczysta. Tęczówka nieco ciemniejsza, rysunek jej wyraźny, widoczną jest w $^2/_3$ od góry zewnątrz i dołu, stanowiąc sierp swym brzegiem wolnym. Od wewnątrz tęczówki wcale nie widać — tak, że źrenica od wewnątrz sięga aż do granicy twardówki, tworząc otwór zbliżony kształtem do połowy elipsy. Co do reszty środków łamiących gałki tego oka, nie mając przyrządów okulistycznych, nie jesteśmy w stanie takowych opisać, jako też i prawdopodobnych zmian na dnie oka. Badany podaje, że światła nie widzi, stwierdzono jednak współczulne oddziaływanie prawej źrenicy. Prawem okiem liczy palce na 5 m. O. l. miększe, przy dotyku dotkliwie bolesne.

Orzeczenie: Uszkodzenie ciała ciężkie samo przez się. Jakie zaś pociągnie za sobą następstwa, a w szczególności utratę władzy widzenia, ilość dni niezdolności do pracy zawodowej, jakoteż upośledzenie zdrowia — o tem, nie mając do rozporządzenia przyrządów okulistycznych, nie chcemy rozstrzygać i stawiamy wniosek o wezwanie okulistów«.

Prokuratorya państwa zapytuje: »jakiego poszkodowany doznał uszkodzenia, w szczególności; czy zadane mu uszkodzenie pociągnie za sobą utratę wzroku lub trwałe osłabienie wzroku, niemniej też iludniową niezdolność do pracy zawodowej i jak długo trwającą utratę zdrowia?«

Badanie z d. 4 kwietnia 1901 r. wykazuje:

Oko lewe: 1) Na skórze powiek i w najbliższem otoczeniu o. l. nie można wykazać żadnych śladów obrażenia. Ruchomość powiek i gałki prawidłowa.

2) Wzdłuż wewnętrznego brzegu rogówki stwierdzić można płaskie, ciemno-sinawo przeświecające wypuklenie, ponad którem spojówka gałkowa swobodnie daje się przesuwać. Rąbek w tem miejscu jest nieco wydatniejszy, pokrywa też brzeg rogówki nieco szerzej, niż w reszcie obwodu. Zresztą rogówka gładka, lśniąca, prawidłowo wysklepiona i przeźroczysta.

3) Przednia komórka nieznacznie głębsza, niż na oku prawem. Ciecz wodna czysta. Tęczówka o prawidłowej barwie i utkaniu okazuje przy ruchach gałki delikatne, choć wyraźne drżenie. Źrenica ku nosowi wydłużona i przesunięta kryje się wewnętrznym swoim brzegiem poza wewnętrznym brzegiem rogówkowo-twardówkowym. Odruch wolnego odcinka źrenicy na światło powolny, ale wyraźny.

4) Źrenicę zalega pajęczynowata błonka, drgająca przy ruchach gałki, na której (przy ogniskowem oświetleniu) odróżnić można leciuchne, czerwone skrzepy krwi. Dwu tylnych, t. j. soczewkowych obrazków Purkinjego, wykazać nie można.

5) W ciałku szklistem liczne pałkowate i nitkowate mgły, z których część wolno pływa w ciałku szklistem, część zaś jednym końcem przymocowana jest w dolnym odcinku. Przy gałce też, zwróconej silnie ku dołowi, nie otrzymujemy wcale różowego światła z dna oka; pole widzenia zupełnie się zaciemnia. W innych zresztą kierunkach mimo opisanych mętów i drobnopyłkowego zaćmienia ciałka szklistego dno oka widoczne, jak przez mgłę. Tarcza nerwu wzrokowego i naczynia widzialne, zboczeń nie przedstawiają.

6) *W. l. o.* = palce na 20 ctm. z + 11 D $^6/_{20}$ (znaki).

Prawe oko: 7) Zewnętrzne części i dno oka prawidłowe.

W. pr. o. = $^6/_{15}$ (znaki); z — 1,5 D $^6/_6$ (znaki).

Orzeczenie: I. Stosownie do wyników powyższych oględzin, stwierdzamy u badanego: podspójówkowe pęknięcie twardówki z wklinowaniem tęczówki (l. 2 i 3.), zwichnięcie soczewki (l. 4) i męty w ciałku szklistem (l. 5) oka lewego. *(Ruptura subconj. sclerae. Iridenkleisis. Luxatio lentis. Opacitates corp. vitr. oc. sin.)*

II. Zmiany te powstały niewątpliwie skutkiem urazu, zadanego narzędziem twardem i tępem. Wiarogodnem też jest twierdzenie badanego, że został uderzony tępym końcem ukrytego w dłoni cybucha.

III. Zmiany te, tak razem wzięte, jak i każda z osobna, stanowią samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała, połączone z niezdolnością do pracy, trwającą przez 20 dni.

IV. Skutkiem zwichnięcia soczewki, a więc usunięcia jej z obrębu źrenicy, powstał w oku uszkodzonem taki stan, jaki sprowadzamy przez sztuczne wydobycie soczewki, n. p. przy operacyi zaćmy. Ze względu na to, że już dziś widzi badany lewem okiem zapomocą odpowiedniego szkła $^6/_{20}$, t. j. ma prawie $^1/_3$ prawidłowej bystrości wzroku, a należy się spodziewać, że z wessaniem się mętów w ciałku szklistem bystrość wzroku na oku uszkodzonem jeszcze się podniesie, podczas gdy drugie oko (prawe) jest zupełnie prawidłowe, stwierdzamy, że uraz w tym przypadku nie pociągnął za sobą trwałego osłabienia wzroku w rozumieniu §. 156. *a.*) u. k.

Przypadek XII., w którym upośledzenie widzenia na jednem oku sprowadziło trwałe osłabienie wzroku skutkiem osobistej właściwości uszkodzonego.

Protokół oględzin dokonanych przez dwu znawców sądowych dnia 14 maja 1901.

»1) *H. P.*, l. 42, z Mikłaszowa wzrostu średniego, prawidłowo zbudowany, miernie odżywiony, podaje, że w d. 13. kwietnia 1901 został skaleczony kozikiem w oko lewe skutkiem czego zaraz nazajutrz udać się musiał do szpitala powszechnego we Lwowie, gdzie w dniu 14 kwietnia rozpoznano: Rana przeszywająca rogówkę oka lewego, plamka środkowa na rogówce prawej. Opuścił szpital 21/4 1901. 2) Badanie dzisiejsze wykazuje: w dolnej połowie rogówki o. l od samego środka źrenicy biegnie blizna w kierunku pionowym nieco tylko ukośnie, która to blizna przechodzi przez rąbek obwodu rogówki i sięga na 3—4m/m w samą twardówkę. Blizna rogówki jest przy środkowym końcu na 2m/m szeroka, a postać jej jest liniowa rozlana, jakby grubego przecinka. Źrenica jest rozszerzona, a skutkiem wrośnięcia tęczówki do blizny przy dolnym jej końcu — posiada postać gruszkowatą z końcem cieńszym zwróconym ku dołowi. 3) Liczy palce w odległości 5 kroków dokładnie. 4) Na oku prawem w środku rogówki widać starą bliznę w postaci gwiazdkowatego zamglenia przybłonka rogówkowego. Palce liczy na 7 kroków. 5) Badania dokonane zapomocą wziernika ocznego, tudzież badanie ogniskowe przy użyciu soczewki wykazuje: soczewka i ciałko szklane nieuszkodzone i łamie światło należycie; odblask pochodzący z głębi oka nie wykazuje w górnej połowie gałki ocznej nieprawidłowych zamgleń, a obraz siatkówki, o ile go można było dojrzeć przy niedość odpowiedniem zwracaniu oka uszkodzonego, nie okazuje również zmian chorobowych, zwłaszcza zmian urazowych. 6) Na małżowinie usznej lewej przy samem uczepieniu jej odcinka z przodu widać 2 różowe bliznki na $^1/_2$ ctm. długie, pokryte strupkiem. 7) Na szczycie czaszki świeża bliznka $^3/_4$ ctm. długa. 8) Zresztą nie ma innych uszkodzeń, a stan ogólny badanego jest względnie zadowalniający.

Orzeczenie. Na podstawie oględzin dzisiejszych orzekamy stanowczo, że 42-letni *H. P.* wiarogodnie w czasie i w sposób przez sie-

bie podany odniósł uszkodzenie ciała samo przez się ciężkie, w postaci rany przenikającej rogówkę oka lewego przez całą dolną jej połowę i powikłanej z wrośnięciem tęczówki w tęż ranę. Uszkodzony pozostawał przez dni 11 w szpitalu, niezdolność jego zatem do pracy trwała co najmniej dni 14.

Upośledzenie wzroku na temże oku jest trwałe. Ponieważ badany jest zwykłym zarobnikiem, a upośledzenie wzroku jest tego rodzaju, że grubsze przedmioty może widzieć na odległość kilku kroków, przeto mimo upośledzenia wzroku nie stracił on zdolności zarobkowania. Uwzględnić należy jednak i tę okoliczność, że badany skutkiem starej plamki na samym środku rogówki oka prawego okazuje i na oku prawem również upośledzenie wzroku, skutkiem czego świeżo odniesione skaleczenie i wynikłe ztąd upośledzenie wzroku na temże oku ma donioślejsze znaczenie dla badanego, albowiem przez to ogólna bystrość wzrokowa doznała znacznego upośledzenia stalszego i trwałego.

W końcu zaznaczyć musimy, że skutkiem wrośnięcia tęczówki w bliznę na świeżo uszkodzonem oku badany narażony jest na podrażnienie ciałka rzęskowego na temże oku i na możliwe wystąpienie zapalenia współczulnego »na o. pr. nieuszkodzonem«.

Odpis historyi szpitala powsz. we Lwowie *H. P.* lat 42, żonaty, zarobnik z M. przyjęty 14/4 1901 r.

Rozpoznanie: *Vulnus penetrans corneae oc. sin. (traumat.). Maculae corn. oc. d.* — Opuścił szpital 25/4 1901 r.

Prokuratorya państwa z 21 sierpnia 1901 r.: »Udziela się sędziemu śledczemu z wnioskiem poddania uszkodzonego ponownym oględzinom sądowo-lekarskim, przedsięwziąć się mającym przez okulistów, a to celem stwierdzenia, czy w niniejszym przypadku nie zachodzi u poszkodowanego utrata, względnie osłabienie wzroku w rozumieniu §. 156 *a.*) u. k.. Wedle bowiem orzeczenia pierwszych znawców wskutek uszkodzenia doznanego na o. l. jest poszkodowany narażonym na możliwe wystąpienie zapalenia sympatycznego na o. pr. (nieuszkodzonem) «

Badanie z dnia 4-go września 1901 r. wykazuje: Oko lewe: 1) W $^1/_3$ wewnętrznej łuku brwiowego półksiężycowa blizna skórna około 8 mm. długa.

2) Na powiekach nie widać żadnych śladów obrażenia. Spojówki przedstawiają obraz przewlekłego nieżytu.

3) Ruchomość gałki we wszystkich kierunkach prawidłowa. Oko blade, bez śladów podrażnienia.

4) W dolnym kwadrancie rogówki blizna 4 mm. długa, około 2 mm. szeroka, w górnej swej połowie — węższa od dołu. Tęczówka do blizny przyrośnięta. Powyżej i na zewnątrz od szczytu rogówki, drobne, stare, mgiełkowate zaćmienie.

5) Przednia komórka w dolnej połowie bardzo płytka, pogłębia się stopniowo ku górze. Ciecz wodna czysta. Tęczówka o prawidłowem utkaniu i barwie. Źrenica ku dołowi, a więc ku bliźnie rogówkowej przesunięta i wydłużona, oddziaływa energicznie.

6) W dolnej połowie soczewki widać zaćmienia od obwodu w przedniej korze unoszące się w kształcie rozpiętego wachlarza ku górze i dosięgające równika soczewki. Między pojedynczymi palcami wachlarza prześwieca jasno różowe światło dna oka. Górna połowa soczewki zupełnie czysta.

7) Ciałko szkliste i dno oka żadnych zboczeń nie przedstawiają.

8) *W. l. o.* = palce na 4 m; z — 2 D palce na 4—5 m. Przez szparę stenop. 45° n = $^6/_{36}$ nie całe (t. j. prawie $^1/_6$ prawidłowej bystrości wzroku).

Oko prawe: 9) Na szczycie rogówki stara, rozlana blizna, przysłaniająca w znacznej części źrenicę. Zresztą zewnętrzne części i dno oka prawidłowe.

W. pr. o. = palce na $2^1/_2$—3 m., szkła nie poprawiają.

Orzeczenie: I. Stosownie do wyników powyższego badania stwierdzamy u badanego: bliznę rogówkową z przyrośniętą tęczówką i zaćmienia soczewki na o. l.: starą plamę rogówkową na o. pr. *[Cicatrix corn. c. synech. anter. Opacitates lentis oc. sin. Macula corn. centr. oc. d.]*.

II. Zmiany pod l. 4 i 6 opisane powstały niewątpliwie skutkiem urazu, zadanego kończystem, lecz niezbyt ostrem narzędziem (prawdopodobnem jest, że tępym kozikiem) i stanowią samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała, połączone z trwałem upośledzeniem widzenia na o. l. (l. 8).

III. Ze względu na to, że na oku prawem skutkiem starej, środkowej blizny rogówkowej już oddawna była bystrość wzroku znacznie obniżona, jest obecnie doznane, trwałe upośledzenie widzenia na oku lewem — trwałem osłabieniem wzroku w rozumieniu §. 156 *a.*) u. k.

IV. Stwierdzamy przeto, że w tym szczegółowym przypadku wywołał uraz zadany w jedno, t. j. lewe oko, trwałe osłabienie wzroku tylko skutkiem szczególnej właściwości uszkodzonego.

V. Zważywszy, że w oku uszkodzonem niema ciała obcego, że blizna powstała nie okazuje dążności do zaciągania się, że oko to jest zupełnie blade, bez żadnych śladów podrażnienia, a zarówno napięcie gałki jak i dno oka są zupełnie prawidłowe, orzekamy, że niema warunków sprzyjających, a więc i obawy wystąpienia współczulnego zapalenia na drugiem, t. j. prawem oku.

Powyższych 12 przykładów orzeczeń sądowo-lekarskich, odnoszących się do omówionego w tym artykule przedmiotu, podaję bez wszelkich komentarzy, raz z tego powodu, że nie mogę powiększać jeszcze bardziej i tak już może nadmiernego rozrostu tej pracy, a powtóre dlatego, że nie zdaje mi się to koniecznem do osiągnięcia celu, który tą pracą zamierzyłem. Każdy, komu na tem zależeć będzie i przeczyta je z uwagą, będzie mógł także sam na podstawie samodzielnego przerobienia materyału urobić sobie dokładne o rzeczy pojęcie, odnaleźć ideę przewodnią i z szczegółów — wysnuć ogólniejsze prawidła.

IV. Oceny i sprawozdania.

Doc. Dr. Antoni Veselý: **Klinické vyšetřovaci methody a lekařská technika** (Praga, nakład Bursika i Kohouta, 1902, zeszyt 7, 8 i 9).

Zeszyty 7, 8 i 9 zawierają w dalszym ciągu rozdziały: o badaniu stolców (dok.), moczu, wydzielin głównych gruczołów ustroju, wreszcie płynów patologicznych: wypocin, przesięków, cieczy z torbielów, mózgowo-rdzeniowej i z obrzęków.

Trzy te zeszyty zakończają I część zamierzonego dzieła, które, jako podręcznik dla uczących się i *vade mecum* dla lekarzy, stanowi jedno z najpotrzebniejszych i najpożyteczniejszych wydawnictw lekarskich. Autor posługiwał się najlepszemi źródłami z piśmiennictwa lekarskiego, do czego dodał lwią część własnego doświadczenia i nauczania; wykład jasny, poparty 214 rycinami, zespala umysł czytelnika z metodą poglądową, prowadzi poniekąd rękę ucznia w przyswojeniu technicznych metod badania klinicznego i zmusza lekarza do postępowania i myślenia przyrodniczego. Uczeń, który na tej książce nabywać będzie techniki klinicznego badania, ręczyć można, że zostanie dobrym klinicystą, a niewątpliwie jest to jedyny cel autora, dla którego podjął się tak olbrzymiej pracy i stworzył typ podręcznika, którego można pozazdrościć czeskiemu piśmiennictwu.

Część IIga obejmie metody palpacyi, osłuchiwania i opukiwania. *A. K.*

Karl Sudhoff. **Jatromathematiker vornehmlich im 15 und 16 Jahrhundert.** (*Breslau 1902. J. U. Kern's Verlag. Max Müller*).

„Ἰατρομαθηματικοί“ to nazwa, sięgająca daleko wstecz, bo aż do czasów szkoły grecko-aleksandryjskiej, a oznaczająca podówczas lekarzy, stosujących poglądy lub metody matematyczne do naszej nauki. To najpierwotniejsze pojęcie zmieniało się w ciągu czasów tak, że w 15 i 16 wieku stało się określeniem, oznaczającem zastosowanie astrologii w medycynie. Tak pojęta nauka nasza doszła w wspomnianych dwóch wiekach do największego rozkwitu, którego później nigdy więcej nie zaznała. Pierwsze początki tej nauki schodzą się z początkami astronomii, a podług

najdawniejszych świadectw rozpoznawali Chaldejczycy wpływ gwiazd nietylko *in genituris hominum*, lecz także „*in medendi remedia*“. Jak zapłodnienie i poród czyniono zawisłymi od konstelacyi gwiazd, tak przypisywano jej wybuchanie zarazy i jej wygaśnięcie. Wpływu ciał niebieskich nie ograniczano jedynie do spraw czysto fizyologicznych lub do ogólnych klęsk, jakiemi były w najdawniejszych czasach choroby nagminne, lecz od nich czyniono zawisłem rozpoznanie, przepowiednie co do zejścia i sposób leczenia cierpień. Zwolenników tego sposobu traktowania medycyny z 15 i 16 wieku, t. j. z okresu największego jej rozkwitu, zebrał i przypomniał Sudhoff ponownie światu lekarskiemu. Zadanie to niełatwe, wymagające ogromnego nakładu pracy i cierpliwości, gdyż przedstawia jedną z najciemniejszych stron naszej nauki, a natomiast dla badacza bardzo mało korzyści. Przytoczywszy z dzieł Hipokratesa i Galena tych kilka okoliczności, na podstawie których astrologowie uważali ich za swoich, przechodzi S. do Arabów, mówi o tych dwóch luminarzach, którzy zasady astrologów głosili jeszcze w 13 i 14 wieku, mianowicie o Arnoldzie z Villanova i o Piotrze di Abano i dzieli się ostatecznie z nami właściwym owocem swej pracy. Tu spotykamy się przedewszystkiem z Janem Ganivetem, który pierwszy zebrał w jedną całość zasady astrologii, z Janem Pontano, ze znanym włoskim humanistą Ficinem, jako też nie mniej z opozycyą, którą ten kierunek nauk lekarskich wywołał, a którą przedstawiał nie kto inny, tylko przyjaciel ostatniego Pico della Mirandula. Klęska, jaką on zadał astrologii, nie była w stanie jej jednak trwale zniszczyć, bo jeszcze w wieku piętnastym ocknęli się ponownie jatromatematycy, by tem gorliwiej rozszerzać zasady swoje i dojść w wieku XVI do punktu kulminacyjnego, jaki przedstawiały przemówienia Samuela Eisenmengera zwanego Siderokratesem, profesora uniwersytetu w Tybindze, wygłaszane w czasie rozmaitych uroczystości uniwersyteckich. Obok niego spotykamy się jeszcze z nazwiskami, które medycynie zkądinąd zaszczyt przynoszą, a do których zaliczamy Jana Müllera zwanego Regiomontanus, Ottona Brunfelsa, lekarzy papieskich, jak Fracastorus, Thurinus i Blondus, wreszcie Kaspra Peucera i Cardana. Podług nich należało uczynić nietylko przepowiednię co do przebiegu choroby zawisłą od konstelacyi gwiazd, ale nawet chwilę, w której miał być lekarz do chorego zawezwany. Z końcem XVI-go i z początkiem XVII-go wieku nauka ta, która tyle wrzawy narobiła, podupada stopniowo coraz bardziej, by jeszcze na krótki czas w wieku XIX-tym słabym błyskiem przypomnieć swoją dawną świetność.

Książka Sudhoffa przedstawia, jak widzimy, część historyi okultyzmu i jako taka stanowi ważny przyczynek do historyi medycyny. Ze względu na trudności, jakie autor miał do zwalczania, praca jego zasługuje na wszelkie uznanie.

Dr Lachs.

V. Wyciągi.

Fibiger i Jensen. **O przenoszeniu gruźlicy ludzkiej na bydło.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 38). Autorowie starali się wyświetlić pytanie o jadowitości prątków gruźliczych bydła dla człowieka i badali specyalnie, czy prątki z przewlekłej gruźlicy jelit nie będą zdradzać większą jadowitością dla bydła swego pochodzenia od bydła.

1. Kobieta, licząca 42 lat, leczona w szpitalu z powodu gruźlicy kiszek, nie okazywała żadnych objawów płucnych i zmarła nagle na zator tętnicy płucnej. Przy sekcyi stwierdzono wrzody gruźlicze w kiszce grubej i gruczoły krezkowe wielkości orzecha włoskiego lub śliwki, a niektóre nawet wielkości moreli; płuca zdrowe. Trzymiesięczne zdrowe cielę zaszczepiono zawiesiną roztartego gruczołu krezkowego z tej chorej; szczepienie pozostało bez wpływu i cielę było zdrowe, a po zabiciu po 6-ciu miesiącach okazywało tylko w miejscu szczepienia pod opłucną 2 gruzełki prosówkowe, w otoczeniu kilka guzów perliczych wielkości soczewicy.

2. Chora 25 lat, rodzice zdrowi; w przeciągu 14 lat leżała kilkakrotnie w szpitalu i można było stwierdzić, że pierwotne zmiany gruźlicze były w kiszkach i otrzewnej. Chora ta umarła na gruźlicę ogólną. Kawał gruczołu krezkowego wstrzyknięto śwince morskiej, a po zabiciu jej stwierdzono gruźlicę w narządach wewnętrznych. Zawiesinę z gruźliczej śledziony tejże świnki wstrzyknięto do otrzewnej 3-miesięcznemu cielęciu, które wytrzymało próbę z tuberkuliną. Cielę rozwijało się nadal dobrze, a po zabiciu po trzech miesiącach miało na sieci i przeponie guzki perlicze wielkości od ziarnka siemienia lnianego do wielkości grochu.

3. Dziecko 6-letnie, rodzice zdrowi, u rodzeństwa żadnego śladu zołzów; sekcya wykazała przewlekłe sprawy gruźlicze przewodu pokarmowego i nieznaczne, ostre zmiany w płucach. Cielęciu zdrowemu wstrzyknięto do otrzewnej zawiesinę ze śledziony gruźliczej, pochodzącej ze świnki morskiej, zakażonej produktami z tego przypadku. U zabitego po trzech miesiącach cielęcia stwierdzono liczne guzy perlicze w narządach brzusznych, niektóre nawet wielkości orzecha laskowego.

4. Dziecko 19-miesięczne, rodzice zdrowi; odżywiane przez rok mlekiem tylko zagrzanem, cierpiało często na wymioty i rozwolnienie; oddane do szpitala z powodu niedrożności jelit, zmarło 14 godzin po laparotomii. Sekcya wykazała gruźlicę otrzewnej i gruczołów krezkowych, w kiszkach i narządzie rodnym stare i świeże zmiany gruźlicze; w innych narządach gruczołowych i klatce piersiowej zmian gruźliczych nie było tak, że można było przyjąć pierwotną gruźlicę przewodu pokarmowego. Trzymiesięcznemu cielęciu, które wytrzymało próbę tuberkulinową, wstrzyknięto pod skórę szyi kilka ctm.³ cienkiej zawiesiny roztartego gruczołu krezkowego gruźliczego. Cielę rozwijało się dalej dobrze; po trzech tygodniach ciepłota podniosła się o 0·5°, pozostając na tym stopniu przez tydzień; w miejscu szczepienia powstał tkliwy guz, a przylegający gruczoł chłonny stał się większym i twardym. Ciele zabito po trzech miesiącach i stwierdzono: oba guzy na szyi były zserowaciałe i zwapniałe, gruczołki przylegające również zserowaciałe; w płucach, nerkach i śledzionie guzki prosówkowe; na opłucnej i wątrobie guzy perlicze, gruczoły oskrzelowe powiększone, w narządzie pokarmowym zmian gruźliczych nie było.

5. Dziecko 4-miesięczne cierpi na rozwolnienie; po 43-dniowym pobycie w szpitalu umarło, sekcya wykazała pierwotną gruźlicę jelit i następową gruźlicę prosówkową. Wstrzyknięto podskórnie zawiesinę gruczołu krezkowego dwom 10-dniowym cielętom. Jedno zginęło po 17-tu, drugie po 19-tu dniach na posocznicze zapalenie płuc i opłucnej, wychodzące może z zakażenia pępka; w miejscu szczepienia stwierdzono guzy zserowaciałe długości 9, względnie 7 ctm.; wewnątrz były małe ropnie, zawierające liczne prątki gruźlicze. Gruczoły w najbliższem otoczeniu powiększone, zserowaciałe. Materyałem z drugiego cielęcia szczepiono trzecie, a z pierwszego krowę, pochodzącą ze zdrowej obory, która przebyła próbę tuberkulinową z wynikiem ujemnym. U cielęcia potem znaleziono zmiany gruźlicze miejscowe i ogólną gruźlicę prosówkową, u krowy gruźlicę miejscową i gruźlicę prosówkową w płucach i wątrobie.

Ostatnie trzy przypadki wykazały jadowitość prątków dla cieląt i nasuwają mniemanie, że pochodzą one z zakażenia prątkami z bydła. Dwa przypadki u dorosłych upoważniają do przypuszczenia, iż jadowitość prątków zmniejsza się z wiekiem chorych, więc prawdopodobnie z czasem trwania choroby i możebne jest, że jadowitość prątków gruźlicy bydlęcej zmniejsza się podczas pobytu w ustroju ludzkim. Ponieważ według zdania Kocha można zapomocą podskórnych szczepień cieląt produktami gruzlicy ludzkiej rozstrzygnąć kwestyę, czy w danym razie mamy do czynienia z zakażeniem prątkami gruźlicy ludzkiej czy perlicy bydlęcej, autorowie uważając słusznie ostatnie trzy przypadki za perlicę, przychodzą do wniosku, że twierdzenie o nieszkodliwości gruźlicy bydlęcej dla ludzi zostało temsamem odparte.

Dr. Fels.

Kober. **Przyczynek do sprawy pęknięcia macicy we wczesnych miesiącach ciąży.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 36, 1902). Zranienia macicy we wczesnych miesiącach ciąży najczęściej powstają z przebicia ściany, rzadziej pęknięcia tego narządu; są one zwykle następstwem pewnych zabiegów, zmierzających do przerwania ciąży. Autor opisuje przypadek, w którym lekarz przystąpił do przerwania ciąży dwumiesięcznej, spowodowany do tego ciężkimi objawami ze strony serca. Chcąc się załatwić na jednem posiedzeniu, rozszerzył sobie szyjkę macicy tak, że mógł tylko wprowadzić wąską ostrą skrobaczkę (*curette*) i zapomocą tego narzędzia opróżnił jamę macicy. Następowy krwotok był tak silny, że trzeba było bardzo ściśle wytamponować macicę. Po dwóch dniach wyjęto tampony, przyczem znowu wystąpił krwotok równie silny, jak pierwszy. Badanie wykazało macicę próżną, natomiast stwierdzono ciastowaty opór w jamie Douglasa. Wskutek podejrzenia pę-

knięcia macicy przewieziono chorą do szpitala. Ponieważ i tu mimo jeszcze trzechkrotnego tamponowania (5 dni) chora po ostatniem wyjęciu tamponów ledwo że się nie skrwawiła, wyjęto całą macicę, a chora w 15-tym dniu po operacyi opuściła szpital. W macicy stwierdzono otwór blizko jej dna, pochodzący niewątpliwie z przebicia skrobaczką, a w okolicy ujścia wewnętrznego przedarcie ściany o brzegach poszarpanych, pochodzące niewątpliwie od forsownego rozszerzenia szyjki. Zastanowiwszy się nad tym przypadkiem, sądzi K., że 1) nie należy opróżniać macicy w pierwszych miesiącach ciąży (poronienie), nim nie wystąpią wyraźne bóle; 2) należy unikać forsownego rozszerzenia szyjki macicy, ze względu na ciężkie rozdarcia części miękkich; 3) w przypadkach, gdzie są i bóle i szyjka jest dostatecznie rozwartą, a płód jednak nie wyszedł jeszcze w całości, można opróżnić macicę palcem lub skrobaczką, ale szeroką i tępą. Co się tyczy leczenia zranień macicy, radzi K. w przypadkach przedziurawienia (przebicia) nic nie robić, — naturalnie jeżeli ma się pewność, że narzędzia były czyste, — odstąpić od wszelkich dalszych manipulacyj w macicy, lub co najwyżej włożyć zwitek z gazy jodoformowej. W przypadkach większego rozdarcia lub pęknięcia ściany radzi, — jeżeli krwotok nie jest duży, — zaszyć lub wytamponować, zależnie od tego, czy miejsce zranienia jest dostępne, czy nie; tam wreszcie, gdzie krwotok jest duży, należy próbować ścisłego tamponowania, a jeżeli to nie pomoże, nie zwlekać, ale wyjąć całą macicę. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Bergholm. **O drobnoustrojach w pochwie kobiet ciężarnych.** (*Arch. für Gyn.*, tom 66, zeszyt 3). W pierwszej części swej obszernej pracy, poświęconej historyi tego przedmiotu, zestawia autor wyniki badań bakteryologicznych wydzieliny pochwowej, podane przez wybitnych ginekologów, począwszy od Semmelweissa aż do ostatnich czasów. W drugiej części omawia B. technikę, jaką się posługiwał przy swych badaniach. W każdym z 40 przypadków badał najprzód oddziaływanie wydzieliny, następnie sporządzał z niej dwa preparaty mikroskopowe, wreszcie zaszczepiał ją na najrozmaitszych pożywkach. Wyniki tych badań, podane w trzeciej części pracy, są następujące: wydzielina pochwowa u wszystkich badanych kobiet oddziaływała zawsze kwaśno, chociaż stopień kwasoty wahał się w dosyć szerokich granicach. Wydzielina biała, gęsta, miazgowata — oddziaływała zawsze wybitnie kwaśno; żółta zaś i rzadka słabo kwaśno. W każdej wydzielinie można było znaleźć komórki przybłonków płaskich, leukocyty i drobnoustroje w zmiennym stosunku. Podział na wydzieliny fizyologiczne i patologiczne (Döderlein) jest zupełnie nieuzasadniony. We wszystkich wydzielinach znajdowano mniejwięcej te same drobnoustroje. Rozwijały się one najlepiej bez przystępu powietrza (anaërob), chociaż większa ich część także i przy dostępie powietrza, szczególnie na pożywkach kwaśnych. Przeważna część drobnoustrojów występowała w kształcie pałeczkowatym, mniejsza w kulkowatym. Drobnoustroje znajdowane zwykle w wydzielinie pochwowej kobiet ciężarnych są dla zwierząt zupełnie nieszkodliwe. W warunkach prawidłowych w wydzielinie tej nie można znaleźć ani gronkowca ropotwórczego białego lub żółtego, ani łańcuszkowca ropotwórczego, ani wreszcie bakteryi okrężnicowej (*bact. coli*). Flora przedsionkowa różni się zasadniczo od flory w pochwie. W największej liczbie przypadków żyją w przedsionku pochwy drobnoustroje, które się rozwijają najlepiej na pożywkach alkalicznych w przystępie powietrza (aërob). Najczęstsze drobnoustroje, spotykane w wydzielinie przedsionkowej, są: *staphylococcus cereus albus Passet* i *bact. coli commune Escherich.* Czwarta część pracy zawiera historye ciąży, porodu i połogu kobiet użytych do badania i przebieg badań w każdym przypadku.

Dr. E. Ehrenpreis.

Henry Jumg. **Jak długo trwa odporność po zastrzyknięciu antytoksyny błoniczej.** (*Philad. Med. Journal*, 11-go stycznia, 1902). Na mocy krytycznego rozejrzenia się w piśmiennictwie, oraz własnego doświadczenia, dochodzi autor do następujących wniosków: 1) antytoksyna błonicza jest nieszkodliwa, zatem osobom, narażonym na możebność zakażenia błonicą, należy wstrzyknąć dawkę uodporniającą, zastosowaną do wieku. 2) Dzieciom młodszym od dwóch lat należy wstrzykiwać 250 jednostek surowicy, wszystkim innym osobom 500. 3) Odporność trwa najmniej trzy tygodnie, jeżeli zastrzyknięto dobrą surowicę. 4) Wszelkie osoby, podlegające możności zakażenia, powinny być usunięte z zakażonego miejsca, lub też mieszkanie ich należy starannie desinfekcyonować. Jeśli to niemożliwe, — uodparniające zastrzykiwania należy ponawiać co trzy tygodnie. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Rocaz. **Przypadek gruźliczego zapalenia opon mózgowych, zakończony wyzdrowieniem.** (*Arch. de médecine des enfants.* — *The Philad. Med. Journal* 22 lutego, 1902). Autor opisuje przypadek zapalenia opon mózgowych, prawdopodobnie pochodzenia gruźliczego, u chłopca 8-letniego, którego ojciec zmarł na suchoty, a matka cierpiała właśnie na tę chorobę. Chory zaczął prędko chudnąć, uskarżał się na bóle głowy i według zapewnienia autora przedstawiał wszystkie typowe objawy gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Objawu Kerniga nie było. Ton wypukowy nad płucem prawem był lekko stłumiony. Odczyn z surowicą gruźliczą dał wynik dodatni. Przy nakłóciu lędźwiowem otrzymano płyn przeźroczysty, z którego po godzinie osiadły płatki, zawierające limfocyty. Wbrew wszelkim oczekiwaniom chory zaczął poprawiać się i po sześciu tygodniach wyzdrowiał. Ponowne nakłócie lędźwiowe nie wykazało wtedy obecności składników komórkowych w cieczy rdzenia pacierzowego. Wyzdrowienie było zupełne. Autor przypuszcza, że był to przypadek gruźliczego zapalenia opon mózgowych wobec wyraźnie zaznaczonej limfocytozy w ostrym okresie choroby, oraz wobec typowego obrazu klinicznego. Jedynie wyzdrowienie przemawiało przeciw temu rozpoznaniu. W każdym razie, kończy autor, było to zapalenie opon mózgowych u osobnika gruźliczego.

Dr. St. Rudzki (Lublin).

Dr. Lengemann. **Rozlane ropówkowe** (*phlegmonosa*), **zapalenie żołądka, wyleczone operacyą.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Medizin und Chirurgie* T. IX. Zeszyt 4 i 5, 1902). Do kliniki chirurgicznej wrocławskiej przyniesiono 18-letnią dziewczynę z objawami, towarzyszącymi zwykle przedziurawiającemu wrzodowi okrągłemu żołądka. Natychmiast wykonano laparotomię. Przednia ściana żołądka była twarda i niepodatna. Na przestrzeni wielkości dłoni znaleziono żołądek jednostajnie żywo czerwono zabarwionym, obrzękłym, a na tem tle były duże rozlane plamy, wielkości marki, o zabarwieniu czerwono-czarnem. Otworu w żołądku nie znaleziono. Do ścian żołądka doprowadzono setony z gazy, rany w powłokach nie szyto. Opatrunek wilgotny. Chora wyzdrowiała. *Herman.*

Dr. Kessler. **O operacyi na pęcherzykach nasiennych i ich otoczeniu.** (*Archiv Langenbecka* T. 67, Zeszyt II, 1902). Istnieją przypadki, w których gruźlica ogranicza się wyłącznie do jądra i odpowiedniego przewodu nasiennego, względnie pęcherzyka. W tych razach powinno się wycinać doszczętnie wszystkie zmienione tkanki chorobowe. Więc Fr. König w odpowiednich przypadkach najpierw trzebi, a potem toruje sobie przystęp do pęcherzyków nasiennych przez tymczasowe wypiłowanie kości krzyżowej między 4 i 5 kręgiem sposobem Levy-Schlangego. Metodę tę nieco tylko odpowiednio do celu zmodyfikowaną opisuje autor szczegółowo. *Herman*

Docent Rymowicz. **Przyczynek do hodowania pneumokoka.** (*Russkij Archiw patologii, klin. mediciny* i *bakteryołogii.* T. XIV, 1902). Autor zdaje sprawę ze swych spostrzeżeń nad mnożeniem się pneumokoka na żelatynie, zawierającej hemoglobinę; twierdzi on, że 1) pneumokok w tych warunkach zachowuje swoją żywotność mniejwięcej do dwóch miesięcy, że 2) że przy zmianach środowiska traci swą barwę, przeźroczystość i rozmięka: dzięki tym własnościom można go rozpoznać śród innych drobnoustrojów, np. przy poszukiwaniu pneumokoka na spojówce prawidłowej. *K.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Leczenie gruczołów gruźliczych. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Październik, 1902). Na podstawie rozległego doświadczenia zaleca Dr. Willems następujące postępowanie lecznicze wobec zwyrodniałych gruczołów gruźliczych: leczenie należy stosować do stopnia zwyrodnienia i pod tym względem dzieli autor gruczoły na serowato nacieczone, zserowaciałe i zropiałe. W pierwszym okresie, t. j. w stanie nacieczenia doradza Willems pomazywanie gruczołów 10% kolodyonem jodoformowym, nakładając grubą warstwę leku i przekraczając granicę guza. Działanie uciskowe kolodyonu odgrywa czynną rolę w tym naciekowym okresie obrzęku gruczołowego. Zmniejszenie się guza gruczołowego powinno wystąpić wyraźnie już po kilku dniach, a jeśli to nie nastąpiło, należy uważać gruczoł obrzękły za zserowaciały i przystąpić do leczenia, które autor zaleca do tego drugiego okresu, a które polega na nakłóciu szczytu obrzękłego gruczołu nożykiem lancetowatym. Przez otwór w ten sposób wytworzony, który nie powinien przekraczać 3—4 milimetrów, wprowadza się szczypczykami o chwytkach płaskich sączek, który po ustaleniu go szpilką bezpieczeństwa obcina się równo z powierzchnią skóry. Następnie wywiera się na sam gruczoł ucisk w celu wypróżnienia z niego treści serowatej; poczem pozostaje tylko torebka gruczołowa i wiotka na niej skóra, mniejwięcej zagłębiająca się. Ranę patruje się na sucho, gdyż opatrunki wilgotne mogą sprowadzić zakażenie mięszane, kończące się ropieniem. Po obmyciu brzegów nacięcia eterem i alkoholem, kładzie się na ranę zwitek gazy jodoformowej, który pokrywa się watą i bandażuje. Opatrunek taki stosuje się 3—4 tygodni, poczem wyjmuje

się sączek, a rana zwykle w krótkim czasie się zamyka. Jeżeli sąsiednie gruczoły są przerosłe, to się je leczy pomazywaniem kolodyonem jodoformowym, jak to wyżej podaliśmy. Wreszcie gdy się ma do czynienia z gruczołami zropiałymi, zaleca Willems tosamo postępowanie, jak przy gruczołach zserowaciałych, tylko sączkowanie trwa dłużej, 5—6 tygodni. Również w przypadkach ciężkich i w zastarzałych ropieniach gruczołów z licznemi przetokami, radzi Willems stosować także sączkowanie suche: po najsumienniejszem oczyszczeniu okolicy zajętej należy pozakładać sączki do przetok, naciąć miejsca rozmiękłe i dać opatrunek suchy (jak wyżej), który tylko rzadko zmieniać należy, a inne, niezserowaciałe gruczoły pomazywać kolodyonem jodoformowym. Do wyłuszczenia gruczołu gruźliczego radzi Willems przystępować tylko w takim razie, jeśli otwór przetoki jest poszarpany, skóra nad nią cienka i podminowana na znacznej przestrzeni: w takich razach sączkowanie stale nie udaje się. *K.*

VII. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

III.

Rozwój i fizyologia płodu.

(Dokończenie).

Mocno przekonany o prawdzie swej teoryi, utrzymywał Galen, że jest w stanie wpływać na wytwarzanie się płci płodu i radził w tym celu podwiązywać podczas spółkowania prawe jądro, gdy się chce wytworzyć płeć żeńską, a lewe, gdy noworodek ma być płci męzkiej. Prócz tego zalecał także użycie pewnych leków *(de remediis parabilibus lib. II. cap. XXVI. K. XIV.)*, z powodu których nie można mu oszczędzić zarzutu spekulacyi. Jeżeli bowiem poleca podwiązywanie jąder, możemy to uważać jedynie za wynik jego teoryi o różnej wartości nasienia; zalecanie zaś leków, o których się wielokrotnie przekonać musiał, że zawodzą, musimy uważać jedynie za wynik czystej spekulacyi.

U Hipokratesa rozstrzygała pod tym względem ilość nasienia. Ilościowa przewaga nasienia męzkiego stwarzała płód męzki, przy przewadze zaś nasienia żeńskiego powstawała płeć żeńska. Przytem czyni on uwagę, którą wielu po nim bezkrytycznie powtarzało, że płody męzkie rozwijają się najczęściej w prawej połowie macicy, a żeńskie w lewej. Soranus zachowuje pod tym względem bardzo postępowe stanowisko, bardzo zbliżone do naszego dzisiejszego. Przyznaje on wprost, że w tej sprawie nic stanowczego powiedzieć nie możemy (Soranus *lib. I. cap. XIII).* Niedługo jednakowoż utrzymał się ze swojem twierdzeniem, bo jak widzieliśmy, już Galen powrócił do teoryi dawnej, powtarzając także za Hipokratesem i Arystotelesem historyę o zamykaniu się podczas spółkowania już to prawej, już też lewej połowy macicy, a o otwieraniu się połowy przeciwnej *(in VI. lib. Hippocr. de vulg. morb. com. octavus).*

Naczynia przebiegające w pępowinie dochodzą do błon i tu rozdzieliwszy się na liczne mniej lub więcej cienkie gałązki, łączą się z odpowiedniemi gałęziami naczyń macicy, których otwory znajdują się — jak to powyżej wspomnieliśmy — na wewnętrznej powierzchni macicy. Głównym pniem dla naczyń w błonach są więc dwie tętnice i dwie żyły pępowiny. Drobne te gałązki, na które się te główne pnie rozpadają, są jedynem połączeniem pomiędzy błonami a macicą, pośrednio zaś pomiędzy samym płodem a ciałem matczynem *„quibus solis (vasis) foetus cum gravida communio est, nulla enim alia in parte perforatum chorion est, sed ne tangit quidem foetus uterum nisi his solis" (de foetuum formatione cap. II.).*

Żyły błon, zlawszy się w pępowinie w dwie żyły, uchodzą do płodu przez pępek, stanowiący środek ciała płodu *(de usu p. corp. hum. lib. XV. cap. IV)*, łączą się w jednę i uchodzą do wątroby; w tej zaś dzielą się na dwie, z których jedna pozostaje w wątrobie, a druga rozpada się na gałązki, naokoło których tworzą się krezka, żołądek, śledziona, jelita i odbytnica. Żylne te gałęzie łączą się po przebyciu tej drogi w żyłę pustą, której jedna część biegnie ku dołowi, a druga ku górze, zaopatrując przeponę, osierdzie, klatkę piersiową, i uchodzi do prawego przedsionka. Druga część żyły pustej, biegnąca ku dołowi, zaopatruje nerki i okolicę lędźwiową.

Los tętnic pępowinowych jest odmienny: nie zlewają się one w jednę, lecz biegną rozdzielone dookoła pęcherza moczowego, a wyszedłszy znacznie wzmocnione, zwracają się ku kości krzyżowej, biegnąc pojedynczo po każdej stronie do ud. Równocześnie rozszerzają się w jednę grubą tętnicę, która biegnie wzdłuż stosu kręgowego i uchodzi do lewej komory. W miarę dochodzenia krwi matczynej odpowiedniemi naczyniami, wytwarzają się dookoła nich odpowiednie trzewa tak, że nasamprzód powstaje wątroba, a krew przez nią przepływająca, służąc za pożywkę, powoduje wytworzenie się serca na końcu aorty. Wobec tego więc powstaje z trzech najważniejszych zasad nasamprzód wątroba, potem serce i inne trzewa naokoło gałązek żylnych, a na samym końcu, a więc najpóźniej dopiero mózg, „gdyż płód nie potrzebuje zmysłów *(de foetuum formatione cap. III.).* Przewód Botalla i dziura owalna nie były Galenowi bynajmniej obce, jakoteż niemniej ich przyszły los *„verum cum hic vasa inter se aliquantum distarent, aliud tertium vas exiguum, quod utrumque coniungeret, effecit. In reliquis vero duobus cum haec quoque mutuo sese contingerent, velut foramen quoddam utrique commune fecit;........ etenim quamprimum animans in lucem est editum, aut ante unum vel duos dies, in quibusdam vero ante quatuor aut quinque vel nonnunquam plures, membranam, quae est ad foramen, coalescentem reperias, nondum tamen coaluisse; cum autem animal perfectum fuerit, aetateque iam floruerit, si locum hunc ad unguem densatum inspexeris, negabis fuisse aliquando tempus in quo fuerit pertusus;" (de usu p. corp. hum. lib. XV. cap. VI.).*

Przechodząc teraz do znaczenia układu krwionośnego dla płodu, musimy przyznać, że Galen je pojął w całej pełni. Nie chcemy przez to powiedzieć, że dla niego istniało krążenie płodowe w odróżnieniu od krążenia matczynego; twierdząc jednakowoż, że w płodzie wytwarza się naprzód wątroba, a w miarę wysyłania przez nią krwi serce, przyznaje temsamem, że te dwa — według jego pojęć — środki krążenia są najważniejsze dla powstającego płodu. Haeser*) twierdzi, że Galen był zdania, jakoby serce płodowe nie wykonywało żadnych ruchów w łonie matczynem, na coby się nam trudno przyszło zgodzić wobec następującego twierdzenia Galena *„quandoquidem utrosque sinus iam habeat cor, et utrasque has materias, tanquam perfecta iam ipsarum substantia, et ipsum pulsat, et una secum arterias etiam movet eodem per se motu"* (*de foet. form. cap. III.*). Tutaj Galen najwyraźniej powiada, że skoro tylko (ὅταν) serce płodu powstaje, natychmiast zaczyna ono wykonywać ruchy, że się te ruchy udzielają tętnicom, „a płód przestaje od tej chwili żyć jak roślina, lecz żyje jako zwierzę". Cokolwiek zaś wyżej powiada również wyraźnie, że płód nie potrzebuje z początku, — ale jedynie tylko z początku, — ani tętnic, ani tętna, ani serca. Ten początkowy zaś stan trwa tak długo, dopóki płód żyje jak roślina, czyli, jak to dopiero co widzieliśmy, aż do chwili powstania serca. Jako dalszy dowód, że Galen przyjmował istnienie ruchów serca płodowego, może posłużyć doświadczenie, jakie wykonywał z tętnicami pępowinowemi. Po podwiązaniu ich bowiem przestają ich części odśrodkowe, łączące się z tętnicami łożyskowemi i te ostatnie tętnić. Tę okoliczność uważa on za dowód, że serce płodowe powoduje tętnienie i to nietylko w tętnicach pępowinowych, ale i łożyskowych (*de Hippocratis et Platonis placitis lib. VI. cap. VI. K. V.*). Galen posuwa się nawet jeszcze dalej, co nas wobec jego zapatry-

*) H. Haeser: Lehrbuch der Geschichte der Medicin und der epidemischen Krankheiten. Bd. I. Jena 1875, str. 364.

wań na znaczenie wątroby w życiu płodowem wprost dziwić musi. Uważa on serce za jedno ze źródeł ciepła *„porro animantia cor habent, tanquam ignis cuiusdam officinam;...... sed ut domus incenso in ipsa igne, calidior evadit, ita etiam corpus animalium ex corde caliditatem acquirit calidiorem“*. (*de foet. form. cap. III.*).

Obok tej czynności fizyologicznej zachodzą w płodzie jeszcze inne mniej ważne, a z tych przedewszystkiem odżywianie i oddychanie płodu. Starożytni lekarze, a na ich czele Hipokrates, tłómaczyli te fizyologiczne sprawy bardzo poprostu. Co spostrzegali u noworodka, przenosili wprost lub z małemi tylko odmianami na płód znajdujący się w macicy. Ztąd to pochodzi, że Hipokrates wierzył w odżywianie się płodu i w jego oddychanie za pośrednictwem jamy ustnej i nozdrzy, przypisując przytem pewien a nawet dość znaczny udział naczyniom pępowinowym *„at sane superioribus etiam partibus, ore nempe et naribus, spiritum trahit,....“* (*Hippocrat. de natura pueri*). Okoliczność zaś, że się w jelitach noworodka znajduje treść, jakoteż niemniej fakt, że on zaraz po przyjściu na świat umie ssać, przyjmuje szkoła Hipokratesa za dowód, że noworodek odżywiał się drogą przewodu pokarmowego. (*Hippocrat. de carnibus K. I.*). Soranus, który się nie lubi bawić w przypuszczenia, a opowiada tylko to, co sam mógł spostrzegać, lub na co miał dowody, powiada, że jama ustna i nozdrza nie są drogą dla odżywiania płodu, a godzi się jedynie na jego odżywianie przez matkę za pośrednictwem naczyń pępowinowych. (Soranus *lib. I. cap. XVII. 58)*. Galen zajmuje pod tym względem stanowisko o wiele bardziej postępowe, najbardziej zbliżone do Soranusa. Według niego nasienie i płód potrzebują żywności i powietrza do swojego rozwoju. Jednego i drugiego dostarcza matka. Nasieniu służy z początku za pokarm nasienie żeńskie i krew miesiączkowa, a oddychanie podtrzymuje „pneuma“, znajdujące się w jednem i drugiem. Z chwilą zaś, kiedy naczynia pępowinowe są już wytworzone, przewodzą one potrzebną ilość krwi i „pneuma“, stanowiąc jedyną drogę odżywienia dla płodu, gdyż dla niego nie nadaje się żadna pożywka nad tę, którą dostaje od matki. *„nulla autem foetibus idonea ad alimentum materia est, quam quae a gravida suppediatur“* (*de foet form. cap. II.*). By się jednakowoż płodowi coś dostało, stworzyła natura kobietę zimniejszą, żeby w ten sposób nie mogła zużyć dla siebie całego przyjętego pokarmu (*de usu p. corp. hum. lib. XIV. cap. VI.*). To nie wykluczałoby przecież jeszcze możności odżywiania się płodu za pośrednictwem jamy ustnej tak, jak to Hipokrates przypuszczał. Opierając się zaś na rozprawce, przypisywanej dawniej Galenowi *„an animal sit quod est in utero“*, powinnibyśmy się raczej skłaniać do ostatniego przypuszczenia, gdyby właściwość Galena powtarzania niejednokrotnego rzeczy raz wypowiedzianej nie przemawiała przeciw temu. Gdyby Galen tak twierdził, powtórzyłby to niejednokrotnie tembardziej, że nie brakło po temu sposobności, ilekroć mówił o czynnościach fizyologicznych płodu. A jednak tego nie uczynił nigdzie. Ta okoliczność nie stanowiłaby jednak jeszcze stanowczego dowodu, gdyby nie jedno miejsce w najważniejszem jego dziele fizyologicznem, w którem wprost powiada, że noworodek chwyta zaraz po porodzie brodawkę mateczyną, „jak gdyby się tego już poprzednio uczył“ („ὡς ἐκ πολλοῦ χρόνου μεμελετηκώς“ *de usu p. corp. hum. lib. XV. cap. XVII.*), z czego wnosić należy, że się tego nie uczył. Gdyby nie inne okoliczności, wystarczyłaby już ta jedna, żeby uznać wymienioną pracę, jako nie będącą pochodzenia Galenowego.

Dalszą czynnością fizyologiczną płodu jest wydzielanie produktów przemiany materyi, a w pierwszym rzędzie moczu i potu. Drogą cewki moczowej wydziela płód mocz dopiero z chwilą przyjścia na świat; do owej chwili zaś pośredniczy w tym akcie przewód omoczniowy (*urachus*), łączący pęcherz moczowy płodu z omoczną. Przyczyną zaś, że się mocz tą, a nie inną drogą wydziela, jest okoliczność, że w szyjce pęcherza moczowego znajduje się mięsień zamykający ją, podczas gdy przewód omoczniowy niema żadnego mięśnia. Wydzielony mocz gromadzi się w omocznej, gdzie pozostaje aż do pęknięcia błon w czasie porodu, lub poronienia (*de usu p. corp. hum. lib. XV. cap. V.*). Pod tym względem zachodzi więc zupełna zgoda pomiędzy Galenem a Soranusem (Soranus *lib. I. cap. XVII. 57)*, który również uważał jedynie znacznie większą część wód płodowych za płyn pochodzenia nerkowego. Prócz tego bowiem wydziela z siebie płód wilgoć, mającą dla niego znaczenie potu w życiu pozamacicznem. Obydwa te płyny zatrzymują się w pęcherzu i otaczają płód w tym celu, by się ten ostatni mógł unosić, nie zaś jak to Hipokrates, Soranus i inni twierdzili, by się on stał lżejszym. Jako dalszy produkt przemiany materyi znajdujemy treść zawartą w jelitach, która się w czasie życia śródmacicznego nie wydziela do jaja płodowego. Jeżeli jeszcze wspomnimy o ruchach płodowych, będziemy mieli wymienione wszystkie czynności fizyologiczne płodu, znajdującego się w łonie matki, co do których, jak widzieliśmy, zachodzi zupełna zgoda pomiędzy Galenem a Soranusem.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 23. października.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego pod przewodnictwem kol. prof. Nowaka posiedzenie zwyczajne. Przewodniczący w imieniu Komitetu Towarzystwa wezwał członków, ażeby przemówienia swoje na posiedzeniach Towarzystwa streszczali do protokołu w rozmiarach możebnie nie obszernych: posiedzenia, odbywające się obecnie każdego tygodnia, zajmują w dwójnasób miejsce w rubryce protokołów; gdyby więc protokoły pozostały zbyt obszerne, naruszyłoby to równowagę w układzie pojedynczych rubryk organu Towarzystwa.

Następnie kol. prof. Ciechanowski demonstrował preparat anatomiczny, poczem kol. prof. Kostanecki wygłosił wykład: »O tak zwanej sztucznej partenogenezie«.

* W celu zapobieżenia wtargnięciu moru w granice Austryi zarządziło namiestnictwo galicyjskie inspekcyę sanitarną w Podwołoczyskach i Brodach, której głównem zadaniem ma być czuwanie nad przybywającymi z Odesy. Czynność lekarską powierzono Dr. Bilińskiemu w Podwołoczyskach i Dr. Kubisztalowi w Brodach.

* Skarbnik komitetu polskiego XIV-go międzynarodowego Kongresu w Madrycie, prof. Dr. Reiss, zawiadamia, że abonament na album, które komitet kongresu zamierza wydać, t. j. kwotę 35 franków i deklaracyę, należy adresować nie do niego, lecz wprost do sekretarza kongresu: Dr. Angel Fernandez Caro, Secretario general del XIV Congreso international de medicina (Facultad de medicina) *Madrid*.

* Komisya sanitarna Rady m. Krakowa odbyła d. 18 b. m. posiedzenie, na którem uchwaliła przedłożyć Radzie miejskiej wniosek o zaproszenie do składu Komisyi D-rów Bielańskiego, Łazarskiego, Nowaka i Seńkowskiego w charakterze członków przybranych z poza Rady. Następnie uchwaliła Komisya sanitarna wezwać magistrat do porozumienia się ze starostwem, w celu wyjednania zakazu płókania jarzyn w przydrożnych strugach brudnej wody na Łobzowie i Czarnej wsi.

* Nowa ustawa egzaminacyjna, obowiązująca Wydziały lekarskie w Austryi, roszerzyła zakres wymagań od kandydatów na niektóre przedmioty, przedtem uważane za nadobowiązkowe. Spodziewaliśmy się więc znaleźć w świeżo ogłoszonym budżecie kredyty na kliniki psychiatryczne w Krakowie i Lwowie, na klinikę pedyatryczną we Lwowie i t. d., o które kołatały nasze Wydziały lekarskie. Ze wszystkich tych uzasadnionych wymagań Wydziałów uwzględniło ministeryum tylko dentystykę i wstawiło w budżet na r. 1903 fundusz na założenie uniwersyteckiego ambulatoryum dentystycznego w Krakowie, którego kierownictwo obejmie Doc. Dr Wincenty Łepkowski.

* W Pruszkowie otwarty został zakład dla nerwowo chorych pod godłem »Therapia«.

* »Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach« — pod tym tytułem wyszło dziełko, ułożone przez Dr. Lamberga, a przełożone na język polski przez Dr. Keplera w Podgórzu. Główny skład

wydawnictwa znajduje się w księgarni W. Poturalskiego w Podgórzu. Sam tytuł wyjaśnia treść i cel tego dziełka. Społeczeństwo ludzkie rozwija w ostatnich latach wielką działalność w kierunku niesienia pomocy w razie wypadku: wprowadzenie do pracy społecznej motorów i cała techniczna strona wytwórczości społecznej, narażają w wysokim stopniu pracownika na wypadki; pojawienie się zatem dziełka, które poucza o sposobach dania »pierwszej pomocy«, należy nietylko przyjąć z wdzięcznością, lecz jeśli ma ono przynieść zamierzony pożytek, trzeba je rozpowszechnić, zwłaszcza w tych środowiskach ludzkich, gdzie wre zbiorowa praca, o tem samem i częstsze są wypadki.

* »Liečnički Viestnik« (Nr. 10.) podaje przegląd polskiej prasy lekarskiej i biologicznej pióra Dra Koczyńskiego. Autorowi należy się wszelkie uznanie za zaznajamianie bratniego narodu z naszym dorobkiem na polu wydawnictw lekarskich i przyrodniczych.

* »Slovanská bibliografie a revue«,— kwartalny załącznik »Časopisu lékařů českých«, wychodzi pod redakcyą niestrudzonego Dr. Jana Semerada. Zeszyt I, który dziś otrzymaliśmy, odznacza się możebnie najzupełniejszem wyczerpaniem piśmiennictwa lekarskiego słowian; streszczenie rozpraw odznacza się jasnem i sumiennem oddaniem myśli autorów.

* Związek lekarzy wiedeńskich postanowił zwołać społeczno-lekarski wiec lekarzy austryackich; w tym celu wybraną została komisya z 10 członków dla prac przygotowawczych.

* Izba lekarska wyższoaustryacka objęła po czerniowieckiej kierownictwo spraw Izb rakuskich.

* Od wybuchu cholery w Egipcie, t. j. od 15 lipca, ogółem zachorowało osób 35,371, z tych zmarło 29,753, a zupełnie wyzdrowiało 4647. W ostatnim tygodniu wrześniowym zmarło z cholery osób 3902, a nowych przypadków naliczono 4,421.

* Między 8 a 14 października doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy w Galicyi, mianowicie w powiecie Strzyżowskim (1 gm.) i turczańskim (1 gm.). W tymże czasie stwierdzono dur osutkowy w powiatach: bohorodczańskim (2 gm.), horodeńskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), rawskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XL (28 — IX — 4 X). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 29, urodziło się dzieci 51, zmarło osób 47, mianowicie: z gruźlicy II (4 zam.), z zapalenia płuc 2 (2 zam.), z błonicy 1, z płonicy 5 (3 zam.), z cholery dziecięcej 5. Tydzień XLI (5 — 11 — X): zawarto małżeństw 26, urodziło się dzieci 51, zmarło osób 48, mianowicie: z gruźlicy 8 (2 zam.), z zapalenia płuc 4 (1 zam.), z płonicy 2 (2 zam.), z cholery dziecięcej 6.

Mianowania i odznaczenia. Profesorem patologicznej anatomii w Getyndze w miejsce Ortha mian. został Dr Ribbert z Marburga.

Bibliografia:

— *Medycyna* Nr. 42. Wizel: Przypadek fenomenalnych zdolności rachunkowych u głuptasa (c. d.). Raszkes: Przyczynek do kwestyi ciąży śródmiąższowej (c. d.).

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 10. Borowski: Improwizowanie przyrządów do przewożenia chorych na wsi. Kopczyński: Udział niektórych instytucyi publicznych w sprawie wychowania higienicznego (dok.). Mogilnicki: O własnościach odkażających formaliny (dok.). Klarner: Kartki z przeszłości medycyny prowincyonalnej.

— *Kronika lekarska* Nr. 19. Steinhaus: Osobliwa postać gruźlicy narządów chłonnych. A. Zawadzki: Przyczynek do kazuistyki ran postrzałowych żołądka (dok.). Otto: Kryoskopia i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek (c. d.).

— *Przegląd higieniczny* Nr. 10. Legeżyński: Oczyszczanie wód kanałowych. Gorecki: Nowa rzeźnia miejska we Lwowie (c. d.).

— *Przegląd felczerski* Nr 20. O złamaniach. — Z dziedziny fizyki i chemii.

— *Gazeta lekarska* Nr. 42. H. Landau: Studya nad hemolizą. Schneider: O wpływie morfiny na czynność wydzielniczą i ruchową żołądka (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 42. Maixner: Jan Bohumil Eiselt. Krátká historia Pražské lékařské fakulty. Hippokratismus ve vnitřní medicině. Bukovský: Lichen ruber moniliformis (acuminatus corneus et planus). Oliva: Panniculitis adiposa.

— *Lekarske rozhledy* Nr. 10. Kutwirt: O nervosním krvácení z nosu. Zahradnick: Některé kapitoly z praktické chirurgie.

Liečnički Viestnik Nr. 10. Begić: Monstrum uslied Simonartovih sveza. Hühn: O liečenju stenoza tracheae s osobitim obzirom na retrogradnu intubaciju.

— *La Presse médicale* Nr. 82. Morestin: Odjęcie estetyczne guzów dobrotliwych sutka. Nicolle i Dubos: Przypadek nosacizny u człowieka, zakończony wyleczeniem. Wyleczenie rzeczywiste czy pozorne?

Nr. 83. Proust: Technika cięcia przedprostnicowego zastosowana do chirurgii narządu płciowego u mężczyzny. Plicque: Zastosowanie garbnika w gruźlicy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 41. Breuer: Przyczynek do techniki liczenia leukocytów. Buschke: O opuchlinie twardzielowej *(Scleroedem)*. Schuler: Leczenie laktofeniną 450 przypadków duru brzusznego. Levinsohn: Przyczyna jaskry pierwotnej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 41. Kehr: Rzut oka na 720 laparotomij z powodu kamieni żółciowych z szczególnem uwzględnieniem 90 przypadków sączkowania przewodu wątrobowego. Feyfer i Kayser: Endemia „paratyfusu". Magenau: Opuchlina płuc i włóknikowe zapalenie oskrzeli po nakłóciu klatki piersiowej. Theilhaber: Przyczyny, objawy i leczenie niewydolności macicy nie ciężarnej. Kuhn: O wyciąganiu. Magnus: O zastąpieniu drogą operacyjną porażonego mięśnia czworogłowego uda. Niedner: Wykazanie udawania u osób histerycznych i chorych z wypadków. Breuer: Leczenie oraz patogeneza dusznicy bolesnej i stanów pokrewnych (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 42. Alexander i Reko: W sprawie spożytkowania rodanowego odczynu śliny w chorobach usznych. Spitzer: Doświadczenia z metodą Janeta w leczeniu cewki i pęcherza moczowego. Bárány: Przyczynek do kazuistyki przerzutowego raka mózgu, oraz uwagi nad objawem „perseweracyi". Erben: Przypadek wytwarzającego się gruźliczego zapalenia opłucnej.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 42. Olshausen: Przerzuty szczepienne raka. Meyer: O aglutynacyi łańcuszkowców. Mayeda: O wizymetrze. Schanz: O bólach stopy (przy stopie płaskiej). Massaciu: O wpływie lecytyny na osad białka. Rostowcew: Przypadek torbielowatego rozszerzenia wysokiego stopnia przewodu żółciowego (dok.).

Redakcya otrzymała. Trzebicky: Phlegmone und Amputation. Presch: Die physykalisch-diätetische Therapie in der ärztlichen Praxis. Część I. (Nakład Stubera w Würzburgu).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 29 października, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy,*** posiedzenie nadzwyczajne, na którem, koledzy: prof. Bujwid i Dr. Gertler mówić będą: „O surowicy przeciwpłoniczej, wytworzonej w Zakładzie higieny w latach 1895—1897 i o wynikach leczenia płonicy na podstawie doświadczeń, poczynionych w oddziale chorób zakaźnych szpitala św. Ludwika".

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków 1 Listopada 1902. Nr. 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra Ludwika Rydygiera we Lwowie.

Przyczynek do techniki operacyjnej niektórych przepuklin pachwinowych.

Podał

Dr. M. W. Herman, asystent kliniki.

Statystyka Dr. F. Hahna, zestawiona z 268 przepuklin operowanych doszczętnie w klinice Rydygiera, wykazała, że pod względem trwałości wyleczenia osiągnęliśmy lepsze wyniki metodą Kochera, niżeli metodą Bassini-Postempskiego. Po pierwszej metodzie mamy 4·8% nawrotów, po drugiej zaś — 7·8%. Z liczb tych jednak nie można bez zastrzeżeń wnosić o wyższości metody Kocherowskiej. Tym bowiem sposobem operowaliśmy wyłącznie przepukliny nieduże, z przewodem pachwinowym drożnym zaledwie dla jednego palca. Wszystkie zaś większe i ogromne przepukliny operowane były sposobem Bassini-Postepmskiego. Więc nie dziw, że po tym sposobie mamy więcej nawrotów, boć o nie łatwiej wśród takich warunków. Najprzykrzejszem jest jednak to, że właśnie zasadniczy szczegół modyfikacyi Postempskiego bardzo często przyczynia się do nawrotu cierpienia, gdyż niemal w połowie przypadków obserwowaliśmy nawrót w postaci przepukliny brzusznej w górnym końcu blizny pooperacyjnej, a więc tam, gdzie rozcięte zostały warstwy mięśniowe powłok brzusznych.

Należałoby tedy albo powrócić do pierwotnej metody Bassiniego, albo rozszerzyć wskazania dla metody Kochera. Kiedy już jednak praktyka i doświadczenie przesądziły o wyższości modyfikacyi Postempskiego nad pierwotną metodą Bassiniego, trzebaby przyjąć drugą alternatywę i to tem chętniej, że metoda Kochera (modyfikacya z inwaginacyą) jest prawie idealnie prostą w technice i niemal w takim samym stopniu pewną w wyniku.

A priori jednak wykluczyć się musi wszystkie te przypadki, w których worek przepuklinowy jest tak ściśle z otoczeniem zrośnięty, że go żadną miarą w jakiej takiej ciągłości oddzielić nie można. A to jest *conditio sine qua non* metody Kochera.

Następnie wedle dziś przeważających pojęć, którym także w klinice hołdujemy, do metody tej nie nadają się przypadki z bardzo rozszerzonym przewodem pachwinowym, przepuszczającym 2—3 palce. Niemożność dokładnego zamknięcia przewodu pachwinowego, a w każdym przypadku brak poczucia pewności tego aktu operacyi, odstręcza nas w tych razach od metody Kochera i skłania do użycia metody Bassini-Postempskiego. Tymczasem, jak zaznaczyliśmy na wstępie, nie jest ona bez wad.

W tych zatem przypadkach możnaby użyć kombinacyi metody inwaginacyjnej Kochera i pierwotnej Bassiniego. Plan operacyi byłby wówczas następujący: cięcie skórne ponad przewodem pachwinowym równoległe do więzu Pouparta, od nasady moszen aż do wysokości przedniego kolca biodrowego górnego. Po dokładnem wyizolowaniu worka przepukliwego aż powyżej szyjki, przenicowujemy go i ustalamy w powłokach brzusznych powyżej górnego końca rany skórnej, jak w ostatniej modyfikacyi metody Kocherowskiej. Teraz zamiast od zewnątrz poprzez powięź ścięgnistą mięśnia skośnego zewnętrznego zeszywać ramiona przewodu pachwinowego, przecinamy tę ostatnią od obramienia otworu zewnętrznego przewodu pachwinowego w górę ponad kąt, jaki tworzą ramiona mięśni, ograniczających otwór wewnętrzny przewodu. Następuje odpreparowanie powięzi ścięgnistej m. skośnego zewn. od warstwy mięśniowej pod nią leżącej (ewentualnie także tej ostatniej od otrzewnej). Odpreparowanie to uskuteczniamy oczywiście na obu brzegach *crurium canalis inguinalis* w pasie szerokim na $1^1/_2$—2 ctm. Oddzielony sznurek nasienny podciągamy teraz w górę w sam kąt wytworzony przez nierozcięte mięśnie i pod nim zeszywamy brzegi mięśni ze sobą (w górze), względnie brzeg zewnętrzny mięśnia prostego z więzem Pouparta (w dole), a w końcu ponad sznurkiem nasiennym zeszywamy powięź m. skośnego zewnętrznego, a ponad nią skórę.

W trzech przypadkach, a we wszystkich przewód pachwinowy był rozszerzony na trzy palce poprzeczne, operowaliśmy wedle tego planu w klinice R. Dw. Prof. Rydygiera. We wszystkich trzech technika okazała się bardzo łatwą, a ów dodatek metody Bassiniego do metody wynicowującej Kochera mało wikłał całą operacyę, przedłużając ją zaledwie o kilka minut, gdyż najważniejsza i najtrudniejsza część operacyi, wyosobnienie worku przepuchlinowego, już została wykonana.

O ile w przypadkach przepuklin połączonych z szeroką bramą, w których dziś niemal wyłącznie stosowaliśmy modyfikacyę Postempskiego, ta skombinowana metoda okaże się lepszą co do trwałych wyników od tamtej, ocenić nie umiem, boć zaledwie parę miesięcy temu, jak ją poraz pierwszy zastosowaliśmy. Kiedy jednak metoda Kochera, jak i metoda Bassiniego, każda dla siebie ma być operacyą doszczętną, toć tem łacniej powinna nią być kombinacya obu tych sposobów.

Takiem rozumowaniem powodowany, ośmielam się tę skombinowaną metodę podać do łaskawej oceny i zalecić ją do ewentualnych prób, przekonany, że służę dobrej sprawie.

II. Z zakładu Anatomii patologicznej Prof. Dra Browicza w Krakowie.

Przyczynek do poznania zmian anatomo-patologicznych w ostrej białaczce (*Lymphaemia acuta*).

Podał
Dr. Leon Konrad Gliński.
Asystent zakładu.

Wiedza nasza zmian anatomicznych w białaczce od czasu klasycznych prac Virchowa, dotyczących tego przedmiotu, niewiele posunęła się naprzód, o ile naturalnie nie uwzględniać zmian we krwi, gdyż pod tym względem, poczynając od Ehrlicha, piśmiennictwo zostało wzbogacone całym szeregiem cennych prac. Dokładne zaś poznanie zmian anatomicznych w białaczce, podobnie jak i w innych cierpieniach, jest niezwykle ważne ze względu na to, iż one jedynie mogą nam wytłómaczyć całokształt różnorodnych objawów klinicznych, dotychczas częstokroć niezrozumiałych. Te okoliczności zachęcają mnie do opisania następującego przypadku, który zasługuje na uwagę przedewszystkiem ze względu na niezwykłe usadowienie nacieków białaczkowych.

U chłopca jednorocznego [1]) zauważyli rodzice łzawienie i zalepianie się oczu; w kilka tygodni później — zbytnie, dość szybko powiększające się wystawanie gałek ocznych; jednocześnie dziecko przybladło, schudło, wystąpiły wymioty, biegunka; te względy skłoniły rodziców do zasięgnięcia porady lekarskiej. Badanie przedmiotowe wykazało znaczne wychudnięcie całego ciała. Skóra blada, sucha, pomarszczona. Gruczoły karkowe i podszczękowe silnie obrzmiałe; — powiększone są również i gruczoły pachowe, oraz pachwinowe, chociaż w mniejszym stopniu niż karkowe. W płucach, w górnym lewym i dolnym prawym płacie, obfite rzężenia drobne, wilgotne, wydechy prawie oskrzelowe, kaszel nieznaczny. Tony serca czyste, ale bardzo słabe; wątroba niemacalna, śledziona macalna pod łukiem żebrowym, powiększona i twarda. Brzuch silnie wzdęty, powłoki brzuszne napięte. Stolce częste, płynne; wymioty występują prawie po każdem karmieniu. Ciepłota 38,2°, obie gałki oczne silnie wysadzone z oczodołów.

Powyżej przytoczony wynik badania przedmiotowego wzbudził podejrzenie białaczki, co najzupełniej zostało potwierdzonem przez badanie krwi, wykonane przez Dra Gólskiego. Badanie krwi świeżej wykazało znaczne powiększenie ilości krwinek białych: stosunek ich do krwinek czerwonych ma się jak 1:5 (180·416 krwinek białych na 918·750 krwinek czerwonych); odsetek hemoglobiny spadł do 21% (Fleischl). Badanie preparatów ustalonych i barwionych już to triacydem Ehrlicha, już też metodą Chęcińskiego wykazało, iż główna masa krwinek białych składa się z limfocytów (94,4%), podczas gdy ilość neutrofilów wynosi zaledwie 5,3%; tu i owdzie spotykają się nieliczne myelocyty, pośród zaś krwinek czerwonych miejscami są widoczne nieliczne krwinki czerwone jądrzaste.

[1]) Daty kliniczne przytaczam podług dotyczącej tegoż przypadku pracy Dra Brudzewskiego p. t. „Guzy leukaemiczne pozagałkowe" (*Postęp okulist. 1901. Lipiec);* w pracy tej obszerniej są opisane znalezione w tym przypadku zmiany białaczkowe w oku, o których tutaj tylko pokrótce wspominam. *(Przyp. autora).*

W krótkim czasie po badaniu dziecko zmarło wśród objawów zapalenia płuc i niedomogi serca. Badanie pośmiertne, które wykonałem w zakładzie anatomii patologicznej prof. Browicza, wykazało co następuje: [2])

Zwłoki dziecka płci męzkiej około 1 roku życia mieć mogącego, średnio zbudowanego, bardzo wynędzniałego. Skóra i błona śluzowa warg blade. Tkanka podskórna na podudziach surowiczo obrzękła. Wszystkie gruczoły chłonne powiększone, zwłaszcza zaś gruczoły na szyi, które tworzą tutaj olbrzymie pakiety. Mięśnie tułowia wiotkie, blade. Szpik kości długich — czerwono zabarwiony. W naczyniach obwodowych (podobnież w zatokach żylnych i w sercu) — już to blado-różowa płynna krew, już też blade, wiotkie, galaretowate skrzepy pośmiertne.

Kości czaszki oraz opona twarda nie okazują nic nieprawidłowego. Natomiast opony miękkie przedstawiają obraz niezwykły: tutaj w obrębie tylnych części płatów ciemieniowych i skroniowych, oraz w obrębie płatów potylicznych, zarówno na sklepistości, jak i na podstawie mózgu, opony miękkie są zgrubiałe, białawo zabarwione; zgrubienia te nie są jednostajne. Najwybitniej występują one wzdłuż naczyń przebiegających w międzyzwojowych rowkach, tworząc tutaj już to długie płaskie taśmowate białawo zabarwione nacieki, wnikające wraz z oponami w rowki międzyzwojowe, już też przedstawiając się w postaci ograniczonych białawych płaskich guziczkowatych zgrubień, dochodzących wielkości ziarna soczewicy. Pojedyncze takie zgrubienia znajdujemy w oponach i poza obrębem rowków międzyzwojowych, tutaj jednak są one mniej liczne. Opisane zmiany są znacznie rozleglejsze po stronie lewej, niż po prawej. Podobne zmiany znajdujemy również i w obrębie opon miękkich móżdżku, lecz tutaj zmiany te są mało rozległe i przedstawiają się wyłącznie w postaci ograniczonych płaskich guziczkowatych zgrubień wzdłuż przebiegu naczyń. Mózg uderza swą niezwykłą bladością, jest nieco więcej ciastowaty, zresztą ma wejrzenie prawidłowe. W obrębie komór mózgowych, móżdżku i rdzenia zmian makroskopowych nie znaleziono.

Przy otwieraniu klatki piersiowej zwracają na siebie uwagę zgrubienia w miejscach połączenia chrząstek żebrowych z kością, przypominające różaniec krzywiczy, różniące się jednakże od zgrubień krzywiczych już na pierwszy rzut oka swym więcej wrzecionowatym kształtem, oraz tem, iż miejsce największego zgrubienia nie odpowiada miejscu połączenia chrząstki z kością, lecz znajduje się dopiero w pewnej odległości od tego miejsca w obrębie kości żebra. Dopiero jednakże badanie żeber na przekroju podłużnym (Fig. I) wy-



Fig. I. Naciek białaczkowy pod okostną żebra *a.* naciek *b.* okostna *c.* blaszka zewnętrzna (korowa) kości żebra.

kazuje istotny stan sprawy: granica między chrząstką żebrową a kością jest prostolinijna, nierozszerzona; ani chrząstka, ani kość w miejscu połączenia nie są zgrubiałe, natomiast, o ile można sądzić makroskopowo, pomiędzy kością a okostną znajduje się niezbyt twardy, dość sprężysty, różowawo-szaro zabarwiony naciek, który otacza dookoła żebro, dochodząc największej grubości (około $^1/_2$ ctm.) nieco poniżej miejsca połączenia chrząstki z kością; w kierunku ku chrząstce dość nagle urywa się, w kierunku ku kości zwęża się powoli i w końcu w znacznej odległości

[2]) Celem uniknięcia rozwlekłości, opisuję poniżej obszernie tylko rzeczy rzadsze. o innych zaś zmianach wspominam tylko pokrótce. *(Przypisek autora).*

od miejsca połączenia chrząstki żebrowej z kością znika całkowicie. Opisane zmiany w różnych żebrach występują mniej lub więcej wybitnie, wszędzie jednakowoż już makroskopowo są zupełnie wyraźne, w niektórych zaś żebrach naciek wyraźny makroskopowo ciągnie się na przestrzeni 3—4 ctm. wzdłuż żebra.

Jamy surowicze zawierają mierną ilość cieczy przesączynowej jasnej. Opłucna wogóle jest cienka, gładka, połyskująca; miejscami jednakże opłucna ścienna, a mianowicie w miejscach, gdzie przylega ona do zgrubień na żebrach, jest również zgrubiała; zgrubienia te są dość rozległe, nieprawidłowego kształtu, przypłaszczone. Otrzewna makroskopowo okazuje wejrzenie prawidłowe. Błona śluzowa krtani, tchawicy, gardła, przełyku, prócz znacznej niedokrewności zmian makroskopowych nie okazuje; migdałki niepowiększone. W okręgu narządu oddechowego stwierdzić mogłem tylko nieżyt oskrzeli, oraz nieliczne ogniska zapalne w płucach.

Serce przy powierzchownem oglądaniu przedstawia obraz niezwykły, mianowicie na miejscu bruzdy okrężnej *(sulcus circularis)* wzdłuż przebiegających tutaj naczyń nie znajdujemy zwykle spotykanego zagłębienia, lecz przeciwnie, na pograniczu między przedsionkami a komorami ciągnie się gruby wał, występujący częściowo ku zewnątrz, częściowo zaś w kierunku ku jamom serca; wał ten na przedniej powierzchni serca dochodzi największych rozmiarów, bo grubości małego palca dorosłego człowieka (1,1×0,7 ctm.). Wał ten, jak wskazuje przekrój poprzeczny, utworzony jest przez tkankę różowawo-szarą, dość sprężystą, od tkanki mięsnej makroskopowo wyraźnie odgraniczoną; w środkowej części na przekroju widoczne jest światło naczyń. Podobne wałowate, głównie ku zewnątrz wystające wzniesienia znajdujemy również i wzdłuż naczyń w bruzdach podłużnych *(sulci longitudinales)*, oraz wzdłuż drobniejszych naczyń, których światło jest wszędzie widoczne na poprzecznym przekroju (Fig. II i III). Zmiany te są wogóle wybitniej-



Fig. II. i III. Nacieki białaczkowe dookoła naczyń wieńcowych serca (przekrój poprzeczny); na obydwu rysunkach są również widoczne drobniejsze, wnikające w głąb mięśnia sercowego nacieki.

sze na przedniej powierzchni serca, niż na tylnej; nie dochodzą jednakże tych rozmiarów, co w obrębie bruzdy okrężnej i przybierają tutaj kształt wydłużonych, dość grubych, lecz przypłaszczonych nacieków. Poza temi zmianami serce i osierdzie makroskopowo zmian ważniejszych prócz znacznej niedokrewności mięśnia sercowego nie okazują. Tętnica główna prawidłowo szeroka, bez zmian makroskopowych.

Śledziona w całości powiększona, waży 63 grm. (prawidłowo u 1-rocznego dziecka 20,3 grm.); miąższ jej jędrny, różowo zabarwiony, a na tem tle znajdujemy ogniska więcej szarawo zabarwione, dochodzące wielkości główki od szpilki i więcej, a odpowiadające powiększonym ciałkom Malpighiego.

Nerki również dość znacznie powiększone. Torebka nerek schodzi łatwo; na powierzchni widoczne miejscami dość znaczne wyniosłości, prócz tego zaś liczne wybroczyny, częściowo świeże żywo-czerwone, częściowo zaś starsze, szaro-łupkowo zabarwione. Na rozkroju widzimy, iż wspomniane wyżej wyniosłości przechodzą bez wyraźnej granicy w miąższ nerki; istota korowa jest dość znacznie rozszerzona, rysunek nerki niewyraźny, miąższ nerek wogóle blady; miąższ istoty korowej prawie biały, a na tem tle spotykają się dość liczne wynaczynionki. Wogóle makroskopowy obraz nerek przypomina do pewnego stopnia obrazy nerek przy zwyrodnieniu skrobiowatem, którego jednakże badanie mikroskopowe za pomocą swoistych odczynników nie stwierdziło. Błona śluzowa miedniczek nerkowych lekko zaczerwieniona, dość licznemi wynaczynionkami upstrzona.

Wątroba lekko powiększona o brzegu nieco zgrubiałym. Waga jej wynosi 460 gramów (prawidłowo u jednorocznego dziecka 330 grm.). Miąższ wątroby jędrny, bladoróżowo zabarwiony, na rozkroju są widoczne liczne dość szerokie białawe pasma, odpowiadające przebiegowi naczyń międzyzrazikowych.

Nadnercza, trzustka, moczowody, pęcherz, oraz części płciowe zmian makroskopowych nie okazują.

Co się tyczy przewodu pokarmowego, to tutaj znaleziono zmiany tylko w obrębie jelit, a mianowicie: w jelicie biodrowem kępy Peyerowskie są jakby obrzmiałe, popowiększane, wystają silnie ponad powierzchnię; ich powierzchnia jest nierówna, usiana drobnemi wyniosłościami, wogóle szaro-łupkowo zabarwiona. Podobnież dość znacznie są popowiększane i gruczoły odosobnione, zarówno w jelitach cienkich, jak i w kiszce.

Prócz powyżej opisanych znaleziono również przy badaniu pośmiertnem dość rozległe zmiany białaczkowe w obrębie narządu wzroku, a mianowicie nacieki białaczkowe w spojówce gałkowej, bardzo rozległy i gruby (do 3 mm. grubości) naciek w naczyniówce, miejscami zachodzący w obręb twardówki, nacieki w mięśniach ocznych, oraz w gruczole łzowym, wreszcie zmiany białaczkowe gruczołów chłonnych w obrębie oczodołu. Zmiany te omówione zostały szczegółowo na innem miejscu przez Dra Brudzewskiego i z tego względu ograniczamy się tutaj tylko do powyższej krótkiej wzmianki. (C. d. n.).

III. **Z wrocławskiej kliniki chirurgicznej Prof. Dra Mikulicza.**

Przypadek skórzaka okolicy krzyżowej.[1])

Podał

Dr. Adam Czyżewicz, ***jun.***

wolontaryusz kliniki.

W półroczu zimowem r. 1901/1902 przyjęto do naszej kliniki chorego ze skórzakiem poza kością krzyżową; zajmujący ten przypadek zamierzyłem pokrótce opisać:

Wywiady: W młodości swej 23 letni pacyent nie chorował nigdy poważnie i ani on sam, ani najbliższa jego rodzina nie zauważyli nigdy żadnej nieprawidłowości na jego ciele. Dopiero z początkiem roku 1901 zwrócił na siebie uwagę chorego fakt, że codziennie znajdował na swej koszuli z tyłu małe plamy ropne, czego dotąd nigdy przedtem nie uważał. Szukając za ich przyczyną, znalazł między pośladkami kilka małych otworków, które wydzielały wspomnioną ropę na koszuli. Ponieważ cała sprawa była zupełnie bezbolesną, przeto chory sądząc, że ma do czynienia z powierzchownem zanieczyszczonem otarciem skóry, przykładał tylko trochę waty, pewny, że wrzodziki wygoją się bardzo prędko. Dopiero gdy z początkiem grudnia 1901 r. wydzielina znacznie się zwiększyła i od czasu do czasu przyłączały się kłójące bóle, zgłosił się 31. stycznia 1902 r. do kliniki.

Stan obecny: Chory więcej niż średniego wzrostu, silnie zbudowany, z bardzo wybitnie, prawie patologicznie, rozwiniętą podściółką tłuszczową skóry. Na całem ciele nadmierne bujanie włosów *(hypertrichosis universalis)*. W narządach wewnętrznych żadnych zmian wykazać nie można; ciepłota ciała nie podwyższona. W rowku pomiędzy pośladkami, ściśle w linii środkowej ciała, znajduje się 7 otworków, wielkości główki od szpilki, o brzegach zupełnie gładkich, nie podminowanych. Leżą one wszystkie w jednej linii, przeciętnie co $^1/_2$ cm. jeden ponad drugim, najniższy 14 cm. ponad otworem stolcowym. Wszystkie są pokryte zaschłą wydzieliną. W otoczeniu ich brak zupełnie zaczerwienienia

[1]) Wyszło równocześnie w Brunsa „Beiträge zur Chirurgie". (*Autor*).

lub obrzęku skóry. Obmacanie pozwala tylko stwierdzić, że podłoże w najbliższem otoczeniu jest nieco twardsze w porównaniu do sąsiednich części prawidłowych i że przy uciśnięciu pojawiają się w otworkach drobniutkie kropelki ropnej wydzieliny. Badanie zgłębnikiem wykazuje, że otworki drążą około 1 cm. w głąb, z wyjątkiem najniższego, którego głębokość wynosi $2^1/_2$—3 cm. Przy badaniu tem wyczuwa się wszędzie tylko miękkie tkaniny; kości nie napotyka się nigdzie. Krwawienia brak zupełnie. Wszystkie przetoki prowadzą do jednej wspólnej jamy. Badanie przez kiszkę stolcową nie przynosi żadnych wskazówek, bo i tak okolica przetok leży za wysoko, aby ją palcem dosięgnąć. Mikroskopowo składa się wydzielina z wielu ciałek ropnych, w przeważnej części tłuszczowo zwyrodniałych lub rozpadłych, oraz tu i owdzie z komórek nabłonka płaskiego; w hodowlach agarowych wyrasta po zaszczepieniu wydzieliną gronkowiec ropotwórczy biały i złoty w znacznej ilości i kilka kolonij paciorkowca ropotwórczego.

Powyższy wynik badania skłonił nas do rozpoznania t. zw. przetok ogonowych *(fistulae coccygeae)*, choć położenie ich odpowiadało więcej kości krzyżowej, niż ogonowej, a czynnikiem, utwierdzającym w rozpoznaniu, było wykazanie w wydzielinie przybłonków płaskich.

Operacya 5 lutego 1902 r. Nacięcie w linii środkowej przez otwory wszystkich przetok odsłania jamę wielkości jaja gołębiego, leżącą w tkance podskórnej, twardej, widocznie już od dłuższego czasu zapalnie zmienionej. Powierzchnia wewnętrzna jamy jest względnie gładka, zawartość stanowi nieco gęstej, ropnej cieczy, której skład mikroskopowy nie różni się niczem od składu płynu, otrzymywanego przedtem z przetok, oraz splot czarnych, zlepionych włosów. W kierunku ku guzowi prawej kości siedzeniowej znajduje się mała boczna nora na kilka milimetrów długa; zresztą żadnych zatok wykazać nie można. — Operacya polegała na doszczętnem wyłuszczeniu całego torbiela. Sięgał on aż do kości krzyżowej, nie powodując jednak nigdzie ubytku lub zagłębienia w samej kości. Miąższowy krwotok, jaki powstał przy operacyi, wstrzymaliśmy zapomocą wacików namoczonych w wodzie utlenionej *(hydrogenium hyperoxydatum)* i następnie zamknęliśmy ranę srebrnymi i katgutowymi szwami skórnymi. Tylko w górnym biegunie rany pozostawiliśmy dren. Pomimo tego zabezpieczenia powstało w następnym już dniu wynaczynienie krwi do jamy pooperacyjnej i okolicznej tkanki podskórnej, które w krótkim czasie przebiło na zewnątrz w dolnym końcu rany. W celu usunięcia go musieliśmy tu wprowadzić drugi dren. Zresztą sprawa gojenia się przebiegała zupełnie prawidłowo; — 5 marca 1902 r. wypuściliśmy chorego do domu, otwory po drenach zamknęły się jednak zupełnie dopiero w połowie czerwca 1902 r. przy leczeniu ambulatoryjnem.

Otrzymany przy operacyi preparat przedstawia torbiel wielkości gołębiego jaja, o grubych, twardych ścianach, złożonych z tkanki łącznej. Powierzchnia jego wewnętrzna jest matowa, różowo zabarwiona, pokryta tu i owdzie szaro-żółtemi plamami. Przy bliższem oglądaniu zauważyć można na niej delikatną, szarożółtawą siatkę, wystającą nieco ponad powierzchnię. Tylko w jednem miejscu, na przestrzeni mniej więcej korony, brakuje tej siatki zupełnie i tu, zamiast gładkiej powierzchni, widać nieregularną, żywo czerwoną tkankę ziarninową. Tu też znajduje się maleńki otworek, prowadzący do przetoki, znalezionej w głębi przy operacyi. — Mikroskopowo składa się cała ściana torbiela na przekroju poprzecznym z 3 warstw. Od zewnątrz około 5 mm. gruby pokład zbitej, włóknistej tkanki łącznej, a w niej ogniska zapalne, wkoło małej stosunkowo ilości naczyń. Dalej ku środkowi widać węższy od poprzedniego pas wiotkiej tkanki łącznej. Wśród niej zapalne nagromadzenia ciałek białych, częścią w ogniskach, częścią rozlane, bez wyraźnych granic, wynaczynionki i kępki ziarnek barwika. Stronę wewnętrzną pokrywa w wysepkach i paskach warstwa nabłonka, budową zupełnie podobnego do nabłonka skóry, rozmaitej wysokości, bez gruczołów i torebek włosowych. W miejscach, w których brak nabłonka, tworzy powierzchnię wiotka tkanka łączna średniej warstwy. W przetokach przybłonka brak zupełnie. Ten wynik badania mikroskopowego potwierdza nasze rozpoznanie. Mieliśmy do czynienia z torbielem skórzakowym i to torbielem, którego powstanie i istota są identyczne z przetoką ogonową, gdyż musimy przyjąć, że początkowo albo istniała przetoka, która pod wpływem sprawy zapalnej dała powód do wytworzenia się jamy, albo że przetoka ta była komunikacyą istniejącego torbiela ze światem zewnętrznym i że ona w takim razie umożliwiła zakażenie. Wskutek sprawy zapalnej został potem zniszczony nabłonek przetoki zupełnie, a nabłonek ściany torbiela częściowo. Możliwem jest także, że wszystkie przetoki powstały drugorzędnie z powodu ropienia; nie da się to na pewne rozstrzygnąć. Torebek włosowych nie można było wykazać; według wszelkiego prawdopodobieństwa uległy one także zniszczeniu, jako następstwo zapalenia ropnego. To samo odnosi się może do braku gruczołów łojowych i potowych.

Przypadek ten jest bez wątpienia czystym skórzakiem pochodzenia płodowego, sprawą stosunkowo dość rzadką, której etyologia jest identyczną ze sprawą powstania o wiele częstszych przetok ogonowych. Jest faktem znanym, że u noworodków znajdują się często między pośladkami zaklęśnięcia okrągłe lub rynienkowate, których wielkość, kształt i oddalenie od otworu stolcowego rozległym podlega zmianom. Są to zagłębienia zaledwie parę milimetrów głębokie, pokryte skórą prawidłową, zupełnie nie owłosione. Dość często pozostają w nieco silniejszym związku z kręgosłupem, niż partye sąsiednie. Według Després, Lannelonguea[1]) i innych można te zagłębienia znaleźć prawie u $^1/_3$ wszystkich noworodków, a tylko zupełna nieznajomość ich znaczenia powoduje, że nie zwraca się na nie zwykle uwagi. O wiele już rzadziej spotykamy u noworodków głębsze, a wązkie zaciągnięcia t. zw. przetoki ogonowe, chociaż te łatwiej już zwracają na siebie uwagę najbliższego otoczenia. W miarę wzrostu dziecka zmniejsza się coraz więcej liczba tak zaklęśnięć, jak i przetok ogonowych tak, że według Heurteauxa[2]) i Peyramaure-Duverdiera[3]) liczba ich nie przenosi u dorosłych 3% wszystkich przypadków. W pozostałych więc 97% przychodzi przed ustaniem wzrostu ciała do zupełnego wygładzenia. W przeciwieństwie do tego zdarzają się skórzaki okolicy krzyżowo-ogonowej, przeważnie u starszych dzieci lub u ludzi dorosłych, bo potrzebują one więcej czasu do zupełnego rozwoju lub do zakażenia, które dopiero zwraca na nie uwagę. Wogóle są to rzadkie przypadki chorobowe; toteż nie będzie od rzeczy wspomnieć na tem miejscu o ważniejszych spostrzeżeniach, ogłoszonych w piśmiennictwie.

W r. 1867 publikuje Mason Waaren[4]) dwa przypadki przetok ogonowych, których końce były workowato rozszerzone i wypełnione splotem włosów. Szło więc w obu razach o przejście między przetokami ogonowemi a torbielami skórzakowymi. Prawdziwe skórzaki bez widocznego połączenia ze skórą opisują: Després[5]), Ballet[6]), Hofmokl[7]), Molk[8]), Lawson Tait[9]), Féré[10]), Terillon[11])

[1]) Według Couroud a: Dépressions et fistules congénitales cutanées de la région sacro-coccygienne. Thèse de Paris 1883.

[2]) Bullet de la societé de chir. Mars. 1882.

[3]) Peyramaure-Duverdier: Dépressions et fistules congénitales cutannées de la région sacro-coccygienne. Thèse de Paris 1882.

[4]) Mason Waaren. Dzieła z r. 1867. Ref. Couroud.

[5]) Bullet. de la soc. anatom. Paris, 1874.

[6]) Soc. anatom., 1878.

[7]) Wien. med. Jahrb. 1879. IV. p. 461.

i Kuhn[12]); dalsze przypadki Lannelongue[13]), Sonnenburg[14]), Kaufmann[15]), Bergmann[16]) i Madelung[17]). Cztery spostrzeżenia Couroud a[18]) dotyczą ślepo zakończonych przetok, porozszerzanych na końcach z budową, stwierdzającą ich pochodzenie z blaszki zarodkowej zewnętrznej. W przypadku Wendelstadta[19]) kilka przetok ogonowych uchodziło do wspólnej jamy podłużnej, a w drugim przypadku przetoka rozszerzona na końcu wypełniona była włosami. Autor stwierdził mikroskopowo nabłonek skóry, pokrywający ściany przetok w obu przypadkach, jamy były wyścielone ziarniną. Podobne dwa przypadki opisał Trzebicky[20]). — Z ostatnich czasów zasługują na uwagę przypadki P. Schmidta[21]), Zoege Manteufla[22]), Malloryego[23]), Kutza[24]), Nassego[25]), Gussenbauera[26]) i Stolpera[27]). Przypadek Wettego[28]) jest jedynym, w którym przetoka ogonowa stała w bezpośrednim związku ze skórzakiem w kanale rdzeniowym.

Ogółem biorąc, torbiele te są utworami o rozmaitej wielkości, leżą najczęściej tuż pod skórą, czasem tylko bliżej kości krzyżowej. Zazwyczaj są zrośnięte ze skórą, a z kręgosłupem pozostają czasami w związku zapomocą postronków łącznotkankowych. W wielu przypadkach komunikują ze światem zewnętrznym, zapomocą jednej lub kilku przetok, które są albo jak torbiele wrodzone i posiadają wtedy wyściółkę nabłonkiem skóry, albo też są następstwem sprawy zapalnej, jako ślady po przebiciu się ropnej wydzieliny na zewnątrz i przedstawiają wówczas tylko przewody wyścielone ziarniną. Ściany tych torbieli, rozmaitej grubości, składają się prawie zawsze z potężnego pokładu tkanki łącznej, pokrytego od strony wewnętrznej wielowarstwowym nabłonkiem płaskim, w którym znajdować się mogą rozmaite jego utwory, w różnych okresach rozwoju; obok dobrze rozwiniętych torebek włosowych znaleźć tu można niedokształcone gruczoły łojowe i potowe. Zawartość stanowią gęste masy, podobne do treści kaszaków, powstające ze złuszczonych, zrogowaciałych nabłonków, tabliczek cholestearyny i produktów gruczołów skórnych. Często znajdują się cieniutkie, jasne włosy, rzadziej już czarne, dobrze rozwinięte, które w całych splotach wypełniają torbiel. Według składu treści zmienia się naturalnie jej zbitość i to w szerokich granicach, od zupełnie płynnej aż do nadzwyczaj gęstej. W przypadkach Lannelongea, Molka i Kutza treść była nawet całkowicie sucha i twarda, mikroskopowo złożona prawie wyłącznie ze zrogowaciałych nabłonków, które, ułożone w równoległych do siebie tabliczkach, wypełniały szczelnie całą jamę torbiela.

Stosunki te ulegają naturalnie zmianie w chwili, w której zarodki drobnoustrojów dostaną się do wnętrza torbiela drogą przetok zewnętrznych, lub drogą krwi i limfy. Wytwarza się sprawa zapalna, wyściółka nabłonkowa w większej lub mniejszej części ginie, wkoło torbiela powstaje otoczka łącznotkankowa, w jego wnętrzu, rodzaj błony ropotwórczej, a do treści torbiela dołącza się wysięk zapalny. Po dłuższym czasie trwania tej sprawy może się obraz anatomiczny tak zaciemnić, że rozstrzygnięcie pomiędzy torbielem skórzakowym a ropniem napotyka na poważne trudności.

Pochodzenie tych torbieli nie jest dotąd zupełnie wyjaśnione; zdania rozmaitych autorów nie zgadzają się ze sobą bo gdy jedni z nich uważają za punkt wyjścia torbiela resztki płodowego kręgosłupa, inni natomiast zabłąkane zawiązki skóry. Według Masona Waarena przetoki ogonowe powstają przez zmieniony kierunek wzrostu włosów, już w samych torebkach. Ciągłe drażnienie, które te włosy wywołują ma prowadzić do zapalenia, a w następstwie tego — do wytworzenia przetok i ropiejących jam. Lawson Tait stara się przedstawić przetoki i torbiele jako resztki ogona, u człowieka zwykle zanikłego. Kuhn szuka przyczyny torbieli w puchlinie pacierza *(hydrorrhachis)* z życia płodowego. Pozostałe po jej wygojeniu bliznowate postronki mają przy kurczeniu się powodować przetoki i torbiele przez wciąganie skóry. Przyłącza się do tej teoryi Feré, który tłómaczy wyłączne pojawianie się tych utworów w okolicy krzyżowo-ogonowej spóźnionem zamknięciem się t. zw. *ombilique postérieur,* leżącego, według jego mniemania, właśnie w tem miejscu, a analogicznego zupełnie z pępkiem; Terillon zaś całą sprawę uważa za częściową puchlinę pacierza, *(hydrorrhachis),* polegającą tylko na niezamknięciu się skóry

Lannelongue podaje dotychczas najprostszą teoryę opierającą się na fakcie, że we wczesnem życiu płodowem istnieje ścisły związek między skórą a wyściółką kanału rdzeniowego. Nieprawidłowe trwanie tego połączenia daje powód do powstania zagłębień i przetok, a drugorzędne odsznurowanie przetok — przyczynę do powstania torbieli Charakterystyczne umiejscowienie cierpienia tłómaczy Lannelongue tem, że właśnie w okolicy krzyżowo-ogonowej rozwijają się bardzo słabo masy „mezodermy“, które sprowadzają oddzielenie kręgosłupa od skóry tak, że mają za mało siły, aby porozrywać wytworzone już zrosty. Zapatrywanie to popierają bez zastrzeżeń Peyramaure-Duverdier i Couroud, uczniowie Lannelonguea.

Zwolennikiem bardzo zbliżonej teoryi jest Wendelstadt, a wkrótce po nim Wette; jedyna różnica polega na tem, że tłómaczą siedzibę charakterystyczną tych przetok i torbieli nie niedostatecznem wykształceniem się „mezodermy“ ale spóźnionem zamknięciem się odpowiedniej partyi kanału

[8]) Molk: Des tumeurs congénitales de l'extremité inférieure du tronc. Thèse de Strassbourg 1868.

[9]) Compt. rend. pour l'avancement des sciences en Angleterre. Dublin 1877. Ref. Couroud.

[10]) Soc. anat. 1878. p. 309 i 532. Ref. Couroud.

[11]) Revue de chir. Avril 1882.

[12]) Bullet de la soc. de chir. 7 Août 1877.

[13]) Bullet de la soc. de chir. Mars 1882.

[14]) Według Bergmanna.

[15]) Kaufmann: Über angeborene Sacraltumoren. Inaugural-Dissert. Berlin 1883.

[16]) v. Bergmann: Zur Diagnose der angeborenen Sacralgeschwülste. Berlin. klin. Wochenschr. 1884. Nr. 48, 49.

[17]) Madelung: Uber die foveola coccygea. Centralbl. f. Chir 1885. Nr. 44. p. 761.

[18]) Patrz wyżej.

[19]) Wendelstadt: Uber angeborene Hauteinstülpungen und haarhaltige Fisteln in der Sacrococcygealgegend. Dissert. 1885.

[20]) Wien. med. Wochenschr. XXXV. 13. 14. p. 393 i 422. 1885.

[21]) P. Schmidt. Fin Beitrag zur Kenntniss der kongenitalen Sacraltumoren. Dissert. Greifswald 1889.

[22]) Deutsche med. Wochensch. XVI. 22. 1890.

[23]) I. B. Mallory: Sacro-coccygeal dimples, sinuses and cysts. Americ. Journ. of the med. sciences CIII, 3, 1892.

[24]) Kutz: Uber Dermoidcysten mit spez. Berücksichtigung eines Falles von Sacraldermoid. Dissert. München 1895.

[25]) v. Langenbecks Archiv. XLV, 3. p. 685.

[26]) Prager med. Wochenschr. XVIII. 36. 1893.

[27]) Deutsche Zeitschr. f. Chir. L, 3 i 4. p. 207. 1899.

[28]) v. Langenbecks Arch. XLVII. 1894.

rdzeniowego. — W końcu zasługuje na wzmiankę zapatrywanie Madelunga, podług którego przyczyny całej ciekawej sprawy patologicznej należy szukać w nieprawidłowym rozwoju więzadła ogonowego *(lig. caudale)*. Zdanie to zyskało silniejsze podstawy po publikacyi badań Tourneauxa i Hermanna, którzy wykazali, że rdzeń pacierzowy sięga jeszcze w trzecim miesiącu życia płodowego aż do trzeciego (od końca) kręgu ogonowego i że ztąd jego przedłużenie dochodzi bezpośrednio aż do skóry, tworząc po drodze pętlę wypukłą ku dołowi; zstępujące ramię tej pętli zanika szybko, zostawiając jako ślad po sobie tylko cieniutki postronek tkankowy; natomiast wstępujące ma rozwijać się dalej i tworzyć torbielowate wypuklenia. W stosunkach prawidłowych zanika i ono dość prędko. Wynik tych badań, a głównie ustalenie faktu, że kanał rdzeniowy komunikuje czasowo ze skórą, dały Nassemu podstawę do zdania, że przetoki i torbiele ogonowe są może następstwem zaburzeń w rozwoju wspomnianej pętli, łączącej kanał rdzeniowy ze skórą.

Wszystkie późniejsze prace przyłączają się do teoryi Lannelonguea lub Madelunga. Podstawą wszystkich są naturalnie zdobycze na polu embryologii. W obecnym stanie wiedzy jest rzeczą znaną, że rdzeń pacierzowy powstaje z rynienkowatego zagłębienia na grzbiecie płodu, które jest wytworem zewnętrznego listka zarodkowego i jest wyścielone komórkami ektodermy, dotąd niezróżniczkowanemi. Z biegiem czasu pogłębia się ta rynienka coraz więcej, jej brzegi podnoszą się i spotykają w linii środkowej, tworząc przez to zamkniętą rurę, późniejszy kanał rdzeniowy. Wyściółka ektodermalna pozostaje naturalnie tak wewnątrz rury, jak na obu brzegach i na zewnętrznej powierzchni płodu. Proces ten nie odbywa się równocześnie w całej długości płodu; owszem ma on charakter zstępujący, choć z bardzo małemi różnicami czasu, w ten sposób, że zamknięcie się rury rdzeniowej dokonywa się najpierw w częściach wyższych, a dopiero później w końcu ogonowym.

Teraz przychodzi do zlepienia się obu brzegów pierwotnej rynienki, wskutek czego późniejszy kanał rdzeniowy oddzielają od zewnętrznej powierzchni dwie warstwy komórek ektodermalnych, t. j. warstwa wewnętrzna, jako wyściółka kanału i zewnętrzna, tworząca później skórę. Pomiędzy te dwie warstwy wsuwa się z obu stron mezoderma i powoduje, odpowiednio do swego wzrostu, coraz większy ich przedział. Miejsce zlepienia się obu brzegów rynienki płodowej nie stawia w tym czasie zbytniego oporu i wkrótce przychodzi do połączenia się w środku mezodermy z obu stron i przez to do zupełnego oddzielenia zawiązków kanału rdzeniowego od skóry. Specyalne zróżniczkowanie tkanek wykształca następnie powyższe narządy zupełnie.

Wyżej opisany proces nie przebiega jednak zawsze tak prawidłowo. Nic łatwiejszego, jak przedstawić sobie, że z jakichkolwiekbądź przyczyn, działających hamująco na rozwój pojedynczych narządów, nie przyjdzie do dostatecznie wczesnego i całkowitego zamknięcia się rynienki rdzeniowej. Naturalnie, zdarzyć się to może najłatwiej na ogonowym końcu, bo tu i prawidłowo cały proces rozwojowy najpóźniej przychodzi do skutku. Następstwem tego zaburzenia jest potem dłużej trwający ścisły związek między wyściółką kanału rdzeniowego a powierzchnią zewnętrzną. Specyalne zróżniczkowanie tkanek wchodzi w swe prawa, zanim rozdzielenie obu warstw dokonało się całkowicie a masy mezodermy, zachodzące z boków, nie są w stanie poprzedzierać połączeń już znacznie silniejszych, niż w stosunkach prawidłowych. Pozostaje nieprawidłowy postronek. Ponieważ jednak obie warstwy ektodermy oddalają się coraz bardziej od siebie, przeto przychodzi do silnego wyciągnięcia postronka, któremu on, teraz już mocny, nie może się poddać. Wykształcony już, albo co najmniej prawidłowo się rozwijający kręgosłup stawia także nieprzezwyciężony opór, a wskutek tego rzecz cała musi się odegrać na miękkiej, podatnej skórze. Przychodzi do zagłębień, które w miarę wzrostu płodu powiększają się i dają początek zaklęśnięciom i przetokom ogonowym. Jeżeli postronek był szeroki, to przychodzi naturalnie do zapadnięcia się większej przestrzeni powierzchni, a więc do „delli", jeżeli był cienki, nitkowaty, to wytwarza się przetoka. Stopień głębokości zaciągnięcia zależy od grubości pokładu mezodermy i wytrzymałości postronka, ta zaś ostatnia jest tylko wynikiem czasu jego powstania, a raczej różnicy czasu pomiędzy początkiem procesu zróżniczkowania się komórek ektodermalnych a naporem pokładu mezodermy. Czem prędzej zaczęło się zróżniczkowanie, a czem później przychodzi do całkowitego rozdziału zawiązków kręgosłupa i skóry, tem silniejsze postronki mogą się wytworzyć. Przyczyny, że cierpienie to występuje prawie wyłącznie w okolicy krzyżowo-ogonowej, należy prawdopodobnie w tem szukać, że tu z jednej strony najpóźniej przychodzi do zamknięcia się rynienki rdzeniowej, a z drugiej, że pokład mezodermy jest znacznie słabszy, niż w wyższych częściach. Pierwsze daje najwięcej sposobności do spóźnienia się sprawy rozwojowej i do powstania silnych postronków, drugie za mało siły, aby istniejące już zrosty porozrywać.

W późniejszem, pozamacicznem życiu wyrównuje się większa część płodowych zaklęśnięć i przetok. Skóra staje się z dnia na dzień coraz odporniejszą i stawia wskutek tego coraz więcej oporu ciągnięciu ze strony postronków. Jeżeli te nie są dość silne, to muszą albo dostatecznie wyciągnąć się w długość, albo uledz przerwaniu; zagłębienie skórne wygładza się następnie bez śladu. Przetoka natomiast, która sięga o wiele głębiej i która ma twarde niepodatne ściany, może nawet po rozdzieleniu zrostu istnieć dalej i w tem może należy szukać przyczyny faktu, że wielu autorów nie znajdowało związku przetoki z kręgosłupem.

Powstanie torbiela jest na podstawie powyższego zapatrywania sprawą drugorzędną. W czasie powstawania sprawy patologicznej przychodzi do silnego wyciągnięcia postronków i w końcu do odsznurowania pojedynczych ich części. Pozostaje wtedy w głębi tkanek mniej lub więcej odosobniony zarodek skóry, który może stać w związku z kręgosłupem, albo ze skórą, albo też rozwijać się wolno między oboma. Przy powolnym wzroście, powstaje później z tego zarodka torbiel i to naturalnie torbiel skórzakowy, który w razie, gdy nie zostanie chirurgicznie usunięty, prowadzi do pęknięcia i drugorzędnego zropienia. Ponad nim zostaje reszta przetoki ogonowej, albo też zanika zupełnie, jeżeli zmiany miejscowe nie były tak daleko posunięte, że wygładzenie było wykluczone. Kombinacya różnych okresów obu wzmiankowanych procesów daje potem nadzwyczaj zmienny obraz kliniczny sprawy chorobowej.

IV. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z piśmiennictwa o szczepieniu ochronnem przeciw ospie za rok 1901. Według Voigta zestawił Dr. Jan Landau.

Nieprawdziwem jest twierdzenie Ortha, jakoby już najstarsze dzieła zawierały wzmiankę o ospie. Najdalej bowiem sięgające wiadomości pochodzą z r. 1200—1300 przed n. Chrystusa.

Kleine spostrzegł w Berlinie roku 1901 nieznaczną zarazę ospową, zawleczoną tam przez wychodźców rosyjskich. Ponieważ lekarz z początku mylnie rozpoznawał odrę, zaraza mogła się rozszerzyć i wystąpiła u 12 osobników. Podobnych rozmiarów zarazę spostrzegał Andersson w Sztokholmie. Przymusowe szczepienie następowe osób narażonych na zakażenie, jakoteż odosobnienie chorych stłumiło zarazę w obu przypadkach. W Paryżu jednak, gdzie tych środków ostrożności nie stosowano, uległo zakażeniu w przeciągu 7 miesięcy 1996 osób, a z tych zmarło 274. Dowolność w wykonywaniu szczepienia sprowadziła znowu częste pojawianie się zarazy w Anglii; oprócz kilku epidemii pomniejszych spostrzegano znaczniejsze w Glasgowie i Londynie. W Glasgowie w ciągu roku zachorowało osób 1817, a z tych zmarło 230. W tym czasie zaszczepiono powtórnie 302.000 osób, a koszta tej zarazy wynosiły milion marek. Podobnie szerzy się zaraza w Londynie. Bośnia od czasu zaprowadzenia szczepienia przez rząd austryacki w r. 1890 jest wolna od ospy, podczas gdy przedtem przeciętnie ulegało tej zarazie 14,000 osób rocznie.

W Szwajcaryi istnieją rozmaite przepisy co do szczepienia. I tak w Graubünden szczepienie i rewakcynacya są obowiązkowe; zaniechanie szczepienia pociąga za sobą karę 5—10 franków i poniesienie kosztów wprowadzenia środków ochronnych, wynikłych z zaniechania szczepienia. W innych kantonach jest pośredni przymus szczepienia, gdyż zaprowadzono przymus szkolny, a w szkole istnieje przepis przedkładania świadectwa szczepienia. Dla wojska związkowego przymus szczepienia zniesiono w roku 1883. Głównym przeciwnikiem szczepienia w Szwajcaryi jest Vogt, który posądza lekarzy, że jedynie ze względów materyalnych są zwolennikami szczepienia.

W Ameryce północnej w dniu 10 lutego 1901 roku było zgłoszonych 12.122 przypadków ospy, jako pozostających w leczeniu; w ostatnim zaś tygodniu czerwca było przypadków 28,257. Energiczne środki zapobiegawcze wprowadzono w Filadelfii i w Alasce. Każdy tam przybywający osobnik musi się poddać szczepieniu, a każdy mieszkaniec po siedmiu latach od pierwszego zaszczepienia musi być rewakcynowany pod groźbą kary 250 dolarów lub trzechmiesięcznego więzienia. Dla ścisłego przeprowadzenia tych przepisów są ustanowieni lekarze, którzy mają obowiązek badania w tym względzie mieszkańców od domu do domu.

Velde podaje, że w Chinach odbywa się przeważnie szczepienie za pomocą przeszczepienia z człowieka na człowieka. Krowianką szczepią tylko lekarze europejscy, a sprowadzają ją z Japonii. Jak dalece Chińczycy lekceważą kobiety, można z tego wnosić, że lekarze chińscy za szczepienie dziewcząt pobierają mniejszą płacę, niż za szczepienie chłopców.

Prace, dotyczące zarazka ospy i szczepionki, nie wydały i w tym roku wyników dodatnich i nie wyszły poza granicę teoretycznych zagadnień laboratoryjnych.

O miejscowych i ustrojowych objawach: *a)* ospy, *b)* krowianki i *c)* ospy wietrznej.

ad a). Roger podczas zarazy w Paryżu spostrzegał dziesięć przypadków ospy u matek, których płody żywo urodzone okazywały ciepłotę poniżej prawidłowej, a jeden z nich miał wysypkę podobną do płonicowej i żółtaczkę. U płodów, które dłużej żyły, występowała wysypka ospowa, która następnie zasychała. W wodach płodowych tych kobiet znalazł R. liczne ciałka, które uważa za przenośniki zarazka; ciałka te nie są resztkami ciałek białych, gdyż brak ich tu w zupełności. Roger wspólnie z Weilem i Josué badali w 18 przypadkach szpik kostny górnych odcinków uda i znajdowali szczególnie u dzieci, mniej u dorosłych, znaczne pomnożenie liczby ciałek białych. Czerwony szpik kostny zawierał 18—26,000 ciałek białych i wielką ilość komórek, podczas gdy warstwa tłuszczowa zanikła, a znajdują się resztki jąder komórkowych, znaczne zmiany w naczyniach i drobnoustroje. Prócz tego są dostrzegalne zmiany w grasicy, śledzionie, gruczołach i w wątrobie. Ogniska chorobowe w wątrobie składają się przeważnie z jednojądrzastych leukocytów, z wielojądrzastych eozynochłonnych komórek łącznotkankowych i z jednojądrzastych neutrofilów.

Według Weila ustrój wykonuje samoobronę przeciw jadowi ospowemu przez wzmożoną czynność narządów krwiotwórczych, mianowicie zapomocą leukocytozy, przez wytwarzanie jednojądrzastych wielkich i średnio wielkich komórek, przez wzmożenie zawartości włóknika we krwi i przez składanie istot szkodliwych w skórę i błony śluzowe. Wielka ilość ciałek czerwonych ginie, a zawartość hemoglobiny zmniejsza się aż do chwili, w której rozpoczyna się zasychanie krost.

Olejnikow w Rosyi a Engel w Kairze podają wyniki leczenia ospy światłem czerwonem. Pod wpływem leczenia światłem według Finsena swędzenie skóry ustępuje, ciepłota ciała się obniża, a blizny poospowe są płytsze i mniejsze. Engel zaleca ogólne szczepienie podczas wybuchu zarazy ospowej.

Xumetra leczył 20 przypadków ospy zapomocą drożdży piwnych i zauważył krótszy przebieg choroby, gdyż drożdże przeszkadzają rozwojowi drobnoustrojów chorobotwórczych, powodujących zakażenie mięszane.

Roger, wychodząc z zasady, że sole wapniowe odgrywają pewną rolę w krzepnięciu krwi, podawał w przypadkach ospy krwotocznej krystaliczny chlorek wapniowy 5 grm.: 100.0 wody + 500,0 syropu, a mianowicie 0,2—1 grm. na dobę, jako środek zapobiegawczy a do 4 grm. na dobę w przypadkach, w których już nastąpiło krwawienie. Wyniki tego sposobu leczenia miały być korzystne.

Bernhardt spostrzegł u 12-letniego chłopca ustąpienie całkowite wilka na twarzy pod wpływem ospy.

ad b). U osobników pierwszy raz szczepionych Enriquez i Sitard zauważyli wyraźną leukocytozę z ciałkami jednojądrzastemi; u szczepionych powtórnie ciałka białe nie pomnażają się tak bardzo i są wielojądrzaste.

Podczas gdy Benoit i Russel widzieli u morskich świnek wystąpienie odczynu po zaszczepieniu krowianki i osłabienie jadowitości po przeszczepieniu ze zwierzęcia na zwierzę, to Calmette i Guerin u królików zauważyli zachowanie tej jadowitości po przeszczepieniu.

Fiedler zaleca szczepienie kobiet na udzie (!?). Palm szczepił kobiety w klinice położniczej w Getyndze i nie widział szkodliwego wpływu na przebieg ciąży, a u noworodków, urodzonych z kobiet szczepionych z końcem ciąży, szczepienie następowe, wykonane po narodzeniu się, miało skutek dodatni. Przeciwnie zauważył Piéry w Lyonie, że więcej niż połowa (6%) noworodków, pochodzących z kobiet szczepionych podczas ciąży, była odporną na działanie krowianki.

Według zdania Rieny można zapobiedz wystąpieniu ogólnej wysypki krowiankowej przez założenie opatrunku, gdyż wysypka ta nie powstaje drogą krwi, lecz przez przeniesienie z miejsca szczepienia za pośrednictwem palców, ubrania i t. p. Dlatego też wystąpieniu tej wysypki nie towarzyszy gorączka. Natomiast Huddleston zestawił 50 przypadków i wykazuje, że do wystąpienia ogólnej wysypki

krowiankowej, konieczną lub przynajmniej przypuszczalną jest pewna skłonność skóry.

ad d). Perkin podaje następujące wskazówki dla uchronienia się od pomięszania ospy prawdziwej z ospą wietrzną: Ospa wietrzna usadawia się przeważnie na tułowiu, wysypka rozwija się stopniowo, powstają plamy, zmieniające się w pęcherzyki, a te istnieją równocześnie z strupkami po zaschłych pęcherzykach, a przytem prawie zawsze zajęta jest błona śluzowa jamy ust. Wysypka ospowa, usadowiona przeważnie na twarzy i ramionach, postępuje od głowy ku dołowi; z plam powstają guzki, zamieniające się w wielokomórkowe pęcherzyki i występują ciężkie objawy ogólne.

Grindon opisuje przypadek ospy wietrznej u noworodka, powstały prawdopodobnie w łonie matki. Matka i troje rodzeństwa przebyli bezpośrednio przed porodem niewątpliwie ospę wietrzną. Mulert opisuje przypadek o prawidłowym przebiegu, który rozpoczął się drgawkami, a Krause widział w przebiegu ospy wietrznej dwa przypadki zakończone śmiertelnie, z objawami zapalenia nerek. Cerf spostrzegl w każdym przypadku ospy wietrznej okres objawów zwiastunowych. Choroba, zdaniem jego, rozpoczyna się zawsze pojawieniem się wysypki na błonie śluzowej jamy ust, a dwukrotne zapadnięcie na ospę wietrzną jest bardzo rzadkie. Cerf widział przypadek ciężkiej postaci krwotocznej, zakończony śmiertelnie.

Ze względu na statystykę i higienę szczepienia należy podnieść pracę Mac Combiego, w ktorej autor ten wykazuje, że w Londynie przypada na 100 przypadków ospy u nieszczepionych 45—50 przypadków śmierci, zaś na 100 szczepionych tylko 8. Nasilenie choroby w pojedynczych przypadkach u szczepionych zależało od liczby i rodzaju blizn po szczepieniu. Zestawienie 11,724 przypadków wykazało, że im więcej blizn i im większe blizny, tem mniejszy odsetek śmiertelności. Pfeiffer wykazał, że w państwie niemieckiem pod wpływem nowej ustawy o szczepieniu pozostało 15% dzieci nieszczepionych, lub szczepionych bez skutku w pierwszym lub w 12-ym roku życia, a do tego przybywa jeszcze pewna liczba dzieci nie obowiązanych do szczepienia w wieku od 0—1 roku życia. Nie uważa jednak mimoto za konieczne obostrzenie przepisów o szczepieniu, gdyż w razie wybuchu ospy obowiązkowe jest szczepienie otoczenia nieszczepionego. Pfeiffer również sądzi, że 4 blizny po szczepieniu są pewną oznaką dobrego szczepienia, podczas gdy dwie blizny dają tylko względną pewność. Zdaniem jego atoli liczba blizn nie jest pewną oznaką wartości czasowej i indywidualnej ochrony przed zakażeniem. Przeciętnie szczepienie ma wartość ochronną na 7—10 lat. Według Faggioli wystarcza w celach zapobiegawczych odosobnić chorych ospowych, gdyż ospa rzadko jest niebezpieczna (!?), a po szczepieniu nie rzadko (!) pojawiają się ciężkie następstwa, dlatego należałoby tylko wykonywać szczepienie ochronne w czasie ciężkiej zarazy; Böing natomiast czyni wniosek, ażeby znieść przymus szczepienia, albo też wprowadzić przymusowe szczepienie całej ludności co dwa lata, gdyż tylko w ten sposób szczepienie ochronne może mieć skutek dodatni.

Co do techniki szczepienia, to Schenk sądzi, że nawet najdokładniejszą aseptyką nie można z pewnością zapobiedz wystąpieniu objawów zadrażnienia i że odczyn na skórze zależy od rodzaju, wieku i budowy osobnika szczepionego, a nie od postępowania odkażającego. Prócz tego wywołuje objawy zadrażnienia: wprowadzenie większej ilości limfy i długość cięcia, podczas gdy stopień krwawienia i głębokość rany są bez wpływu. Wynik szczepienia zależy raczej od jadowitości materyału, użytego do szczepienia, aniżeli od samej techniki szczepienia. Dlatego należałoby zapomocą każdej krowianki wykonać szczepienie próbne. Sposób otrzymywania limfy zwierzęcej w Europie i Ameryce północnej jest tensam. Na trudności natrafia wyrób limfy w okolicach zwrotnikowych. W Saigon hodowla ze zwierzęcia na zwierzę, jest niemożliwa. Szczepi się tam młode bawoły limfą ludzką, a znowu naprzemian ze zwierząt na ludzi i t. d. Francuzi założyli podobne zakłady w Congo i w Libreville. Materyał przesyłany w okolice gorące, po nadejściu do miejsc przeznaczenia jest często bezskuteczny. Ażeby temu zapobiedz, Stierling przeszczepiał podczas pochodu trwającego 50 dni materyał z jednego służącego na drugiego, a po przybyciu na miejsce znowu przeszczepiał na cielęta z dobrym skutkiem. Chaunier zaleca celem podtrzymania jadowitości krowianki założenie międzynarodowej konwencyi dla wzajemnego wspierania się zakładów skuteczną krowianką. Paul i Blaas podają nowe sztućce do szczepienia, a w Anglii załecają małe nierozszczepione pióra stalowe. Haydn Brown zaleca ulepszoną kapsułkę ochronną z aluminium na miejsce szczepienia, a Komorowski pokrywa miejsce szczepione tegminem. Kubin zaleca opatrunek z ośmiu pokładów gazy rozpiętej na podstawce z drutu. Opatrunek ten natrafił na opozycyę, a jeden z przeciwników jego, Benthal, powiada, że wystarczające jest postaranie się o miękką, czystą koszulę tak, ażeby nie ocierała miejsca szczepienia.

Z objawów chorobowych w następstwie szczepienia zasługują na uwagę: Näther widział u 35 na 500 przypadków powtórnie szczepionych wystąpienie ziarniaków w 20-ym dniu po szczepieniu, a badanie ich wykazało, że były złożone z tkanki ziarninowej. Neuwerck wychodował z tych ziarniaków prątek podobny do prątka rzekomo błoniczego, a Little zestawił z piśmiennictwa przypadki, w których na miejscu szczepienia powstał wilk.

Podczas gdy Bettmann opisuje przypadek, w którym po szczepieniu wystąpiła łuszczyca na miejscu tatuowanem i ztąd się rozszerzała, to Weinstein widział wystąpienie łuszczycy na miejscu szczepienia po zagojeniu się ran. Właściwe wysypki po szczepieniu występują według Sobla w 9—14-tym dniu w postaci pokrzywki lub wysypki odrowej i goją się szybko bez łuszczenia się. Wysypki krowiankowe w postaci pęcherzyków występują między 11—15-tym dniem i zajmują zazwyczaj tułów i kończyny, a odróżnienie ich od ospy wietrznej sprawia niekiedy trudności.

Reinhardt opisuje zakażenie mięszane, spowodowane przez krowiankę i paciorkowce *febris bullosa*, proces, który z nieznacznemi przerwami trwał trzy miesiące. Pęcherzyki zawierały paciorkowce, najbardziej zbliżone do *diplococcus lanceolatus*. Źródło tego zakażenia mięszanego nieznane. Podobny przypadek opisuje Ortyński. Pewnem jest, że w obu przypadkach przyczyna zakażenia nie leżała w limfie samej, gdyż inni szczepieni tą samą limfą nie ulegli temu zakażeniu. „Lancet“ publikuje przypadek tężca, który wystąpił u 21-letniej kobiety w 12-tym dniu po szczepieniu. Objawy tężca ustąpiły zwolna po 7 tygodniach po szczepieniu.

V. Wyciągi.

Stoeckel. **O przetokach i zranieniach moczowodów.** (*Arch. für Gyn.*, tom 67, zeszyt 1, 1902). Najczęstszą przyczyną tych przykrych stanów chorobowych są operacye przedsięwzięte celem zupełnego usunięcia macicy z powodu raka. Zranienia te przydarzają się równie często przy operowaniu od pochwy, jak i drogą laparotomijną. Głównym warunkiem zapobiegawczym jest bardzo dokładna znajomość położenia moczowodów. Rozpoznanie pewne powinno się opierać na badaniu cystoskopem i sondowaniu obu moczowodów. Leczenie jest operacyjne, choć znane są przypadki samowyleczenia. Przeważna część ginekologów operuje drogą brzuszną (laparotomijną). Najlepsze wyniki daje t. zw. przeszczepienie moczowodów do pęcherza. Do szwów używał St. w swoich przypadkach katgutu. Celem uniknięcia następowego przesunięcia się moczowodu lub pęcherza, co niekorzystnie wpływa na sprawę gojenia, radzi Stoeckel 1) sam pęcherz przesunąć nieco na tę stronę, po której moczowód został uszkodzony i przez założenie kilku szwów katgutowych przymocować go niejako do otrzewnej ściennej bocznej ściany miednicy. W ten sposób osiąga się to, że moczowód, który ma być przeszczepiony, leży w jednej linii (naprzeciwko) z pęche-

rzem. 2) Należy ustalić sam moczowód. 3) Powyżej miejsca przeszczepienia obszyć moczowód ścianą pęcherza. 4) Wsunąć moczowód dosyć głęboko do pęcherza. 5) Po operacyi wprowadzić do pęcherza cewnik na kilka dni; przez to zapobiega się niejednostajnym pociąganiom, któreby musiały powstać przez ciągłą zmianę objętości pęcherza. Prócz tego zyskuje się to, że moczowód wgaja się w pęcherz próżny, a więc w warunkach ze względu na siłę pociągającą (ku dołowi) najgorszych. Przy tej metodzie operowania pokrycie moczowodu otrzewną nie jest koniecznym warunkiem dobrego wyniku. Zeszycie moczowodu należy ograniczyć do przypadków częściowego uszkodzenia ściany moczowodu, lub gdzie przeszczepienie do pęcherza jest niemożliwe. Zwykle zeszycie okrężne kilku tylko szwami daje lepsze wyniki, aniżeli zeszycie po wpochwieniu części dośrodkowej przeciętego moczowodu w część obwodową. Korzystnem jest dla sprawy gojenia przyszyć taki moczowód luźno szwami katgutowymi do tkanki pod nim leżącej, a to celem ustalenia go. W przypadkach, gdzie część moczowodu została wyciętą, gdzie więc ani o przeszczepieniu do pęcherza, ani o zeszyciu nie może być mowy, radzą autorowie jedni wszyć moczowód przecięty do zdrowego, drudzy do jelita, inni wreszcie radzą ubytek w moczowodzie zastąpić ścianą jelita, lub nawet trąbki; metody te jednak dają złe wyniki i jako takie mało polecenia godne. Nie pozostaje więc w tych przypadkach nic innego, jak wyeliminować działanie odnośnej nerki, jużto przez podwiązanie moczowodu, jużto przez wyjęcie samej nerki. Podwiązanie moczowodu jest o tyle ryzykowne, że w razie puszczenia podwiązki może przyjść do nacieku moczowego z następowem zapaleniem otrzewnej. Dlatego radzi St. moczowód podwiązany wszyć w ranę brzuszną i dopiero po pewnym czasie ewentualnie przystąpić do wyjęcia nerki. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Koch. **Bakterye durowe w trąbce.** (*Monatsschrift für Geb. und Gyn.*, tom 16, zeszyt 2, 1902). Kobieta 28-letnia, która od 8 dni ma mieć biegunkę i bóle brzucha, zgłasza się do szpitala, albowiem nagle w ósmym dniu wystąpiły gwałtowne bóle w krzyżach i podbrzuszu. W pierwszych dniach pobytu w szpitalu ustała biegunka, natomiast do powyższych objawów dołączyły się nudności, odbijania, brak łaknienia, dwa razy wymioty. Badanie skombinowane wykazało nadzwyczajną bolesność w wypuklonem sklepieniu tylnem i guz po stronie lewej. Przez nakłócie próbne wydobyto z jamy Douglasa płyn śluzowo-ropny, nie cuchnący. Ponieważ stan ten, mimo że chora tylko od czasu do czasu okazywała podniecenie podgorączkowe, nie poprawiał się ani przedmiotowo, ani podmiotowo, przystąpiono do operacyi (laparotomia). Po otwarciu jamy brzusznej wypuszczono wolny płyn przesączynowy, usunięto torbiel jajnikowy po stronie lewej; główne zmiany okazywała jednak trąbka prawa, obrzękła, a przy uciśnięciu wydobywała się z niej treść śluzowo-ropna. Badanie bakteryologiczne tej treści, wykonane bardzo dokładnie przez zaszczepienie na rozmaitych pożywkach i pod mikroskopem, wykazało typowe bakterye durowe. Przypadek ten nadzwyczaj interesujący tak ze względu na owe niejasne objawy kliniczne, jak i ze względu na wynik badania bakteryologicznego, gdyż dotąd nie znaleziono jeszcze nigdy bakteryj durowych w trąbce. Drogi, któremi one tamże dostać się mogą, są rozmaite: przez ujście maciczne i brzuszne trąbki, drogą naczyń chłonnych, lub krwionośnych. Droga przez macicę wydaje się autorowi w tym przypadku najprawdopodobniejszą. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Krebs. **O pęknięciach macicy podczas porodu.** (*Monatsschrift für Geb. und Gyn.* tom 16, zeszyt 2, 1902). Autor przedstawia 8 zajmujących przypadków pęknięcia macicy podczas porodu: — 4 dobrowolne i 4 gwałtowne, — poczem zastanawia się nad pytaniem, dlaczego nowsza statystyka w porównaniu z dawną wykazuje znacznie większą liczbę tych pęknięć. Przyczyniają się do tego po części sami ginekolodzy, którzy przez najrozmaitsze operacye, wykonywane w macicy, usposabiają ją do pęknięć. Znane są przecież pęknięcia w bliźnie po cięciu cesarskiem lub pozostałej po przypadkowych przebiciach podczas skrobania, po wentro- i waginofiksacyi macicy i t. p.; dalszą przyczynę upatruje Kr. w jakiemś nieusprawiedliwionem i nieuzasadnionem ociąganiu się położników w wykonywaniu kraniotomii na płodzie żywym, wreszcie w udoskonaleniu metod rozpoznawczych. Niejeden z pewnością przypadek, rozpoznany dawniej jako krwotok poporodowy, lub podrażnienie otrzewnej, należało odnieść do pęknięcia macicy. Dla pewnego rozpoznania radzi Kr. przypadki podejrzane badać w uśpieniu. Przyczyną, usposabiającą do pęknięcia macicy, są choroby ogólno-ustrojowe: niedokrewność, gruźlica, przymiot, przewlekłe zapalenie nerek, cukrzyca, miażdżyca, wady sercowe i zmiany nowotworowe w samej macicy. Bezpośrednią zaś przyczyną są najczęściej pewne nieprawidłowości w mechanizmie porodowym (nauka Bandla). W jednym z opisanych przypadków przyczyną pęknięcia macicy było zbyt znaczne rozdęcie balonu, włożonego do jamy macicy. Postępowanie lecznicze zależy w pierwszej linii od krwotoku. W przypadkach, w których płód się już urodził, lub możemy go wyciągnąć drogą fizyologiczną, a krwotok nie jest zbyt duży, najkorzystniej będzie wydrenować macicę gazą jodoformową, lub wężami gumowymi, a zarzucić należy absolutnie tamponowanie tylko pochwy. Klien obliczył śmiertelność przy tamponowaniu tylko pochwy na 68%; przy drenowaniu macicy na 17‰. Przy zupełnem wystąpieniu płodu do jamy brzusznej należy natychmiast przystąpić do laparotomii, a pod żadnym warunkiem nie należy próbować wyciągania płodu przez pochwę, albowiem niepotrzebnie rozszerzyłoby się, względnie rozdarło otwór nieraz mały. Jeżeli niema podejrzenia na zakażenie, poleca Kr. w tych przypadkach szew. Tam, gdzie brzegi rany są nierówne, lub kierunek szpary po pęknięciu zbyt zawikłany, radzi wykonać nadpochwowe wyjęcie macicy; gdzie zaś z pewnością jest zakażenie, — zupełne wyjęcie macicy z następowem drenowaniem. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Kraus. **Wykazanie gonokoków w głębokich warstwach ściany trąbki.** (*Monatsschrift für Geb. und Gyn.*, tom 16, zeszyt 2, 1902). Wertheim pierwszy wykazał obecność gonokoków przy *gonorrhoe ascendens* we wszystkich warstwach ściany trąbki, nawet na pokrywającej ją otrzewnej. Spostrzeżenie to usunęło dotychczasowe mniemanie, że owe ciężkie zmiany w trąbce są następstwem jakiegoś odległego działania gonokoków, ale owszem wykazało dobitnie, że zmiany te należy raczej odnieść do działania tych drobnoustrojów w samej trąbce. Obecnie udało się Krausowi spostrzeżenia Wertheima potwierdzić i usunąć może tem samem wątpliwości nasuwające się niektórym nawet wybitnym ginekologom (Bumm). Kraus znalazł typowe gonokoki w błonie śluzowej trąbki, w warstwie mięsnej i tkance podsurowiczej. Wertheim sądzi, że dwie są drogi, któremi drobnoustroje te dostać się mogą aż do otrzewnej. Albo drążą one wprost z powierzchni błony śluzowej do coraz głębszych warstw, albo też przez ujście brzuszne trąbki, — naturalnie jeżeli ono jest otwarte, — wydostają się najprzód na otrzewnę, aby ztąd dopiero drążyć w głąb. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Barth. **Przypadek wyleczenia gruźliczego zapalenia opon mózgowych u dziecka.** (*Semaine medicale* 1902, Nr. 35). Przypadki tego rodzaju zawsze nasuwają wątpliwości co do trafności rozpoznania; tym razem rozpoznanie zdaje się być zupełnie pewnem i z tego względu obraz choroby i leczenia zasługuje na szczególną uwagę. Spostrzeżenie to zawdzięczamy Drowi Barth. Trzyletnia dziewczynka, która świeżo przebyła odrę, dostała nagle wymiotów, połączonych z podniesieniem ciepłoty i bólem głowy. Stopniowo rozwinął się typowy obraz gruźliczego zapalenia opon mózgowych, a co najważniejsze, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, otrzymanego przez nakłócie lędźwiowe, wykazało obecność prątków Kocha. Dr. Barth wyczerpawszy szereg zwykle stosowanych środków bez żadnej ulgi dla dziecka, zdecydował się na wykonanie upustu krwi i zastosował w przeciągu ośmiu dniu ośm pijawek w okolicy wyrostka sutkowego. Ciepłota spadła natychmiast poniżej 38° i to na stałe, również ból głowy ustąpił w zupełności. Dalej stosowano zawijania wilgotne ciepłe, kąpiele z chłodnemi polewaniami i jodek potasu podawany już poprzednio, wreszcie nacierania głowy i karku maścią jodoformową. Stopniowo objawy zapalenia opon ustępowały: najdłużej utrzymywała się głuchota i ślepota pochodzenia mózgowego, jak również nadmierne osłabienie kończyn dolnych. Pod wpływem odpowiedniego leczenia (arsen, podskórne wstrzykiwania strychniny), objawy te ustąpiły. Czas trwania całej choroby wynosił około pół roku. Autor przypisuje ten wynik, tak niespodzianie pomyślny, upustom krwi i zaleca na przyszłość stosowanie tego zabiegu, w połączeniu z równoczesnemi wstrzykiwaniami podskórnemi fizyologicznego roztworu soli kuchennej, dla tem energiczniejszego wydalenia toksyn z ustroju. *Dr. T. Żeleński.*

J. Carton. **Długość życia w padaczce.** (*Thèse de Paris*, 1902. — *The Lancet*, 8 marca, 1902). Autor w swej rozprawie zebrał liczby dotyczące wieku i przyczyny śmierci 419 osób, chorych na padaczkę, a przebywających w trzech przytułkach dla chorych na umyśle. Największy odsetek śmiertelności przypada na wiek od 15 do 20 lat (22,4% wszystkich przypadków śmierci). Wiek przeciętny umierających wynosił 25 lat i 2 miesiące — z wielkiemi wahaniami w różnych przytułkach. Ponieważ śród innych chorych, przebywających w tych samych przytułkach, przeciętny wiek umierających wynosił lat 50, przeto długość życia chorych na padaczkę jest mniejszą (prawie w dwójnasób).

Przyczyną śmierci chorych na padaczkę najczęściej były: uduszenie się w 1,2%; pęknięcie czaszki od urazu w napadzie 0,9%; cierpienia płucne — 35,6% (w tej liczbie gruźlica płuc — 16,7%); wycieńczenie wskutek zaburzeń odżywczych — 10,7%; ciężkie i długotrwałe napady — 31,5%. Reszta % należy do różnych innych przyczyn. Zatem prawie trzecia część chorych na padaczkę ginie

z powodu długotrwałych drgawek; trochę więcej, niż $^1/_3$ umiera z cierpień płucnych, a zaledwo 2,1% śmierci odnieść należy do uduszenia się lub urazów podczas napadu. *Dr. St. Rudzki.*

C. Thurstan Holland. **Niezwykłe przewlekanie się ciąży.** (*The Lancet*, 8 marca 1902). Autor zdał sprawę w liverpoolskiem Towarzystwie lekarskiem o niezwykłym przypadku u młodej pierwiastki, która powiła dziecko w 340 dni po ukończeniu ostatniej prawidłowej miesiączki, w 323 dni od ostatniego spółkowania, a w 316 dni od miesiączki, która wystąpiła po spółkowaniu, lecz była nieprawidłowa i trwała tylko dwa dni. W dyskusyi Dr. Macfie Campbell położył nacisk na rzadkość przedstawionego przypadku i sądowo-lekarskie jego znaczenie tem większe, iż według zupełnie ścisłych danych, jakie mowca posiada o chwili poczęcia w 64 przypadkach, ciąża trwała przeciętnie zaledwo 268 dni, t. j. mniej, niż się zazwyczaj przypuszcza. *Dr. St. Rudzki.*

C. Killack Millard. **Rzekoma zaraźliwość płonicy w okresie łuszczenia.** (*The Lancet*, 5 kwietnia 1902 r.). Uważając za niesłuszne i niczem nie udowodnione, a bardzo rozpowszechnione zapatrywanie, jakoby odpadający naskórek roznosił zarazek w okresie łuszczenia się płonicy, zwrócił się autor do lekarzy naczelnych głównych szpitali chorób zakaźnych w Anglii, oraz do innych kilku osób, posiadających wielkie doświadczenie w tej dziedzinie z następującemi pięciu pytaniami: 1) Czy pytany może przytoczyć doświadczalne, statystyczne lub kliniczne fakty, dowodzące niezbicie, że łuszczący się naskórek sam przez się jest zaraźliwy? 2) Czy nie zawiele przedtem nadawano znaczenia łuszczeniu się, jako źródłu zarazy? 3) Czy doświadczenie pytanego przemawia na korzyść tego rozpowszechnionego poglądu, że łuszczenie się po płonicy ma być bezwzględną wskazówką trwającej jeszcze zaraźliwości chorego? 4) Czy doszedł on do przeświadczenia, że chory może jeszcze ulegać wtedy łuszczeniu, kiedy przestał już być zaraźliwym? 5) Czy doświadczenie pytanego przemawia za tem, ażeby dla uniknięcia rozpowszechnienia zarazy zatrzymywać w szpitalu takich pacyentów, którzy skądinąd nadają się do wypisania, dopóki nie zniknie wszelki ślad łuszczenia się naskórka?

Z 25-ciu lekarzy zapytanych odpowiedziało na ten kwestyonaryusz 21: z nich znalazło się zaledwo pięciu, którzy oświadczyli się za starym poglądem, lub zajęli stanowisko pośrednie; reszta zaś w liczbie 16 jednogłośnie odpowiedziała, że nie mają żadnych dowodów na twierdzenie, jakoby łuszczenie się w płonicy było samo przez się zaraźliwem; że dawniej za dużo znaczenia przypisywano łuszczeniu się, jako źródłu zarazy; że łuszczenie się nie może być uważanem za bezwzględny dowód tego, że chory może jeszcze zarażać; że chorzy mogą ulegać łuszczeniu, szczególnie na stopach, przestawszy już być zaraźliwymi; że niema potrzeba zatrzymywać wyzdrowieńców po płonicy w szpitalach do zupełnego zniknięcia łuszczenia, jeżeli z innych względów przeszkody nie zachodzą. Zatem ogromna większość zapytanych lekarzy, mających wciąż do czynienia z płonicą, wypowiedziała się przeciw utartym poglądom.

Sam autor starał się na wielkim materyale (około 5000 chorych na płonicę) przekonać, czy częściej powracają do szpitala tacy chorzy, którzy zostali wypisani w okresie kończącego się łuszczenia (najczęściej na stopach), czy też ci, którzy zostali wypuszczeni po ukończeniu łuszczenia. Spostrzeganie to wykazało, że wypisano z niezupełnie zakończonem łuszczeniem 8% chorych; z tych zaś, co powrócili do szpitala, jako niezupełnie wyleczeni, tylko 6,5% miało ślady łuszczenia.

Następnie autor starał się skrócić czas pobytu w szpitalu chorych na płonicę, (którzy przeszli przez jego ręce w ciągu trzech miesięcy) i przyjął okres czterotygodniowy w szpitalu, zamiast zwykłych sześciu tygodni. Przeciętna liczba dni, spędzonych w szpitalu przez każdego chorego na płonicę, wynosiła 35,3, to też wielu chorych zostało wypuszczonych przed zupełnem ukończeniem łuszczenia. Pomimo to z pomiędzy 190 wypisanych chorych zaledwo pięciu wróciło do szpitala, a z nich jeden tylko miał ślady łuszczenia. W końcu autor streszcza następujące dowody przeciw przypuszczeniu, jakoby łuszczący się naskórek w płonicy był roznośnikiem zarazka:

1) Doświadczenie kliniczne nie dostarcza oczywistych faktów, popierających to twierdzenie. Gdyby dawny pogląd był słuszny, znaneby były pewne fakty zakażenia na tej drodze, jak to ma miejsce niezbicie z wydzieliną płoniczą z nosa i ucha. 2) Zaraźliwość zaczyna się wcześniej, niż występuje łuszczenie, a często trwa długo po ustaniu łuszczenia. 3) Pomimo, że w szpitalnych oddziałach płoniczych jest nadmiar łuszczącego się naskórka, jednak nie spostrzegano rozpowszechnienia zarazka płonicy na sąsiednie domy. Odsetek chorych wracających do szpitala, których wypisano przed ukończenia, jest tensam, co u chorych, którzy odbyli łuszczenie w szpitalu.

Strona przeciwna ze swego stanowiska utrzymuje, że jednak istnieją fakty, iż chorzy po płonicy w okresie łuszczenia udzielali chorób innym. Na to znowu można odpowiedzieć, że istnieją spostrzeżenia, iż rekonwalescenci odbyli łuszczenie i wydawali się zupełnie zdrowymi, a przecież udzielali i płonicę osobom zdrowym i odwrotnie — chorzy z łuszczeniem często nie zarażali nikogo, chociaż przebywali w towarzystwie innych osób. *Dr. St. Rudzki.*

Flora Fuhs. **Nowy odczynnik na białko.** (*Medical Record. — Philad. Med. Journal* 15 marca, 1902 r.). Jeżeli do moczu dodamy równą ilość kwasu karbolowego po polowie z gliceryną, to przy braku białka w moczu powstaje zawiesina, która po dokładnem wstrząśnieniu staje się zupełnie przeźroczysta. Jeżeli natomiast mocz zawiera białko, to po zetknięciu się z kwasem karbolowym powstaje biały męt, który pozostaje przy wstrząsaniu, a przy staniu nie opada i nie rozpuszcza się.

Próba odbywa się, jak następuje: do probówki wlewa się 2 cnt.³ rozczynu karbolo-glicerynowego i dodaje się 2 cnt.³ przecedzonego moczu. Następnie ciecz miesza się starannie szklannym pręcikiem, lub wstrząsa się. Jeżeli płyn będzie przeźroczysty, białka w moczu niema; a jeżeli jest choć najmniejszy męt, to mocz na pewno go zawiera. *Dr. St. Rudzki.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Sadkowski. **Działanie lecznicze piramidonu.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 18). S. badał na psach w farmakologicznej pracowni wszechnicy warszawskiej nowy lek przeciwgorączkowy — piramidon. Działanie jego według badań klinicznych jest jednakowe z działaniem antypiryny, z tą jednak różnicą, że jest ono silniejsze i dłuższe. Oprócz wpływu na gorączkę piramidon odznacza się również własnościami kojącemi. Wstrzykując piramidon psom do żyły udowej w ilości, odpowiadającej dawce leczniczej u ludzi, przekonał się S., że podnieca on czynność ośrodków ruchowych kory mózgowej, wywołując nawet skurcze tężcowe i zwiększa pobudliwość nerwów. Piramidon wywiera również podniecające działanie i na ośrodki zwężające naczynia, oraz na ośrodki, przyspieszające czynność serca. Temu działaniu na układ krwionośny zawdzięcza piramidon znaczny wpływ na podniesienie ciśnienia w naczyniach i przyspieszenie tętna. W następstwie tego podniecenia występuje porażające działanie piramidonu na serce. Na podstawie tych wyników obniżenie ciepłoty, które piramidon wywołuje, tłómaczy autor w ten sposób: piramidon zwęża wewnętrzne naczynia w ustroju, wskutek tego wytwarzanie się cieplika zmniejsza się; jednocześnie w następstwie znacznego podniesienia ciśnienia krwi przypływa ona do naczyń obwodowych, co wywołuje utratę ciepła. Ztąd nietrudno określić przeciwwskazania dla użycia piramidonu: jest on przeciwwskazany we wszystkich stanach gorączkowych, przebiegających z przyspieszeniem tętna i znacznem podniesieniem ciśnienia, więc w chorobach serca i naczyń (miażdżyca), w chorobach nerek, w gruźlicy płuc, podnosząc bowiem w znacznym stopniu ciśnienie, piramidon może spowodować krwotok płucny. *Witold Orłowski.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 18 czerwca 1902.

Przewodniczący: Kol. prof. Kostanecki:

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prof. Edward Korczyński z upoważnienia Komisyi przemysłowo-lekarskiej przedstawił szereg wniosków w sprawie popierania zdrojowisk krajowych i produktów krajowych. Inicyatywę do tego dał wniosek Kol. St. B. Kwiatkowskiego, przedstawiony na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 4 grudnia 1901, który Komisya przemysłowo-lekarska rozszerzyła i uzupełniła.

Wnioski te Towarzystwo lek. krak. przyjęło jednogłośnie i uchwaliło uprosić referenta do napisania na ich tle obszerniejszego artykułu do »Przeglądu lekarskiego«.

III. Kol. Kędzior streścił rozprawę swą o leczeniu błednicy, przeznaczoną do druku. Autor dochodzi do wniosku, że głównym czynnikiem leczniczym jest spokój, należyta opieka, usuwanie zboczeń w trawieniu i obfita pożywna lekko strawna dyeta. Przetworom żelezistym przypisuje on tylko znaczenie dzielnego leku pomocniczego, który, uległszy wessaniu, drażni narządy krwiotwórcze i przyspiesza regeneracyę krwi, a tem samem skraca przebieg błednicy. Skutecznym okazywał się w niektórych przypadkach arsen, meduladen, przetwory jajnikowe, siarka i upust krwi.

Przy tej sposobności kol. Kędzior przedstawił chorą kliniczną, dotkniętą błednicą, lat 19 liczącą, która jeszcze nigdy nie miała miesiączki, natomiast od 3 lat doznawała co miesiąc silnych bólów w krzyżach, trwających 4 dni. W chwili przyjęcia do kliniki % hemoglobiny wynosił zaledwie 20%, liczba ciałek czerwonych w 1 mm³ 1,800 000. Serce wysoko, dziecinnie ustawione, stłumienie znacznie powiększone. Wynik leczenia był bardzo korzystny. Liczba ciałek czerwonych powiększyła się na 4,600 000. % hemoglobiny na 95 pod wpływem leżenia w łóżku, dyety pożywnej, regulowania wypróżnień, karniferyny i owarigenu.

W dyskusyi kol. prof. Korczyński, podnosząc szczegółowość i dokładność tej pracy kliniczno-terapeutycznej, nadmienia, że potwierdza ona ścisłemi spostrzeżeniami stanowisko, które obecnie co do leczenia błednicy utiera się w nauce. Odnośnie do przytoczonego jednego przypadku, z kliniki stałej, gdzie liczba limfocytów znacznie była zwiększona, wspomina o dwóch przypadkach ciężkiej błednicy, gdzie limfocytoza pojawiła się w tak nadmiernej ilości, że zrazu możnaby było podejrzywać ostrą limfemię. Jeden przypadek leczony dłuższy czas ambulatoryjnie, okazał się jako błednica ciężka u osoby z budową olbrzymią i z bolesnością wybitną całego układu kostnego — tak dalece posuniętą, że chorą dłuższy czas leczono na gościec. Drugi przypadek z praktyki prywatnej odnosił się do wątło zbudowanej dziewczynki z błednicą ustrojową bez obrzęku śledziony, bez powiększenia gruczołów chłonnych i przy nieznacznej tylko bolesności mostka.

Kol. Buzdygan zapytuje, czy badano żołądek i czy w miarę poprawiania się błednicy zaburzenia żołądkowe ustępowały.

Kol. Kędzior odpowiada, że w każdym przypadku badano treść żołądka i że w miarę poprawy błednicy poprawiał się stan żołądka.

IV. Kol. Prof. Korczyński, oprócz preparatów z krwi, moczu i plwocin chorych klinicznych i preparatów drobnowidowych z przypadków zakończonych śmiercią, demonstrował kilku chorych, gdzie postać chorobowa mogła budzić więcej zainteresowania się. I tak między innemi:

1. Chorą L. G. z wiądem rdzenia pacierzowego na tle kiłowem z taką domieszką objawów histerycznych, że w pierwszej chwili bałamuciły one obraz właściwej choroby. Częste poronienia, długie trwanie okresu przedataktycznego, pojawienie się wczesne bólów strzykających, a następnie wczesne ich zniknięcie, i rozszerzenie i leniwe oddziaływanie na światło źrenicy prawej usprawiedliwiały przyjęcie tła kiłowego. Zmienność usposobienia, prawostronna przeczulica, a lewostronne znieczulenie na tułowiu i kończynie górnej, ustępujące pod wpływem zabiegów wywołujących transfert ustaliły rozpoznanie współrzędnie istniejącej histeryi.

2. Chorą E. R., spostrzeganą przerwami w klinice stałej i przychodniej z rozpoznaniem obrzęku śluzakowego *(myxoedema)*. (Przypadek opisany przez kol. Ludomiła Korczyńskiego w »Zbiorze prac klinicznych«). I tym razem w ciągu jednomiesięcznego zażywania angielskich pastylek, zawierających gruczoł tarczykowy, straciła 7 kilogram. na wadze, a stan jej ogólny poprawił się tak znacznie, że w chwili demonstracyi chora okazuje objawy, mogące naśladować zbytnią otyłość brzucha i tkanki podskórnej na klatce piersiowej.

3. Chorą H. L., l. 17 liczącą, z rozpoznaniem *polyarthritis, polymyositis, polyneuritis anginosa subs. endocarditie ad ostium ven. sin.* U chorej tej zapalenie stawów wystąpiło w 10 dni po przebytem pryszczykowem zapaleniu gardła. Prelegent, dając krótki pogląd współczesny na częstość i sposób pojawiania się spraw ropnicowych w następstwie zapaleń gardła, przytacza w streszczeniu jeszcze trzy podobne przypadki, gdzie w jednym z nich udało się we krwi wykazać białego gronkowca i okazuje odnośnie preparaty drobnowidowe.

4. Przypadek *paralysis spinalis spastica* u młodego mężczyzny w tym stopniu ogólnej sztywności, że chwytając chorego za stopę, można go całego podnieść bez jakiegokolwiek poruszenia się stawów. Badanie kawałka wyciętego z mięśnia dwugłowego uda prawego wykazało oddziaływanie kwaśne i wybitny obraz zwyrodnienia woskowego. Badania ściślejsze, podjęte z kol. Zanietowskim, wykazywały wprawdzie odczyn zwyrodnienia prądem galwanicznym, całkowitego prawidłowego odczynu zwyrodnienia franklinicznego i zapomocą kondensatoru nie dawały; natomiast okazało się, że wszystkie odpowiednie krzywe skurczów tych mięśni są typowemi krzywemi zwyrodnienia mięśniowego.

5. Chorego, u którego trzy w krótkim po sobie czasie występujące napady udaru mózgowego wywołały obok minimalnego porażenia nerwu twarzowego prawego i kończyn prawych, całkowitą afazyę i agrafię bez zmian wzrokowych i słuchowych.

Odnośnie do przedstawionego przypadku (1) podnosi kol. Spira, że w przebiegu wiądu rdzenia nie rzadko występują zaburzenia słuchu. Co do częstości upośledzenia słuchu przy tej chorobie, różnie ją oceniają: na 7·3%, na 10%, a nawet na 81·13%, co z pewnością jest przesadzone. Powikłanie to pochodzi od zajęcia narządu pojmującego głos i ma się różnić od choroby błędnika tem, że percepcya wysokich tonów jest przytem dobrze utrzymana, a tylko dla tonów niskich i średnich upośledzona. Jako przyczynę uważają jedni zanik nerwu słuchowego, inni wiądowe zajęcie nerwu trójdzielnego, wywołujące zaburzenia odżywcze w uchu środkowem, inni znowu zakażenie kiłowe. Badanie anatomiczne wykazało przeważnie zanik nerwu słuchowego i jego zakończeń obwodowych, a może też zajęcie jąder nerwu słuchowego. Otóż na podstawie najnowszych zdobyczy nauki należy wiąd rdzenia pojmować jako cierpienie neuronów, którego główną cechą jest nadwerężenie układu, wychodzącego ze zwojów rdzeniowych. Między zwojami tymi a komórkami zwojowemi n. ślimakowego istnieje powinowactwo embryologiczne, polegające na tem, że te ostatnie można ze stanowiska historyi rozwoju uważać jako twory analogiczne do pierwszych (zwojów rdzeniowych), posunięte jednak bardziej ku obwodowi. Na tej podstawie Friedrich upatruje przyczynę upośledzenia słuchu u dotkniętych wiądem rdzenia w usadowieniu się sprawy chorobowej w rozgałęzieniach nerwu ślimakowego, w zwoju ślimakowym *(Ganglion spirale)*, podobnie jak Moxter tłómaczy zajęcie n. wzrokowego w wiądzie rdzenia. Udarowe wystąpienie objawów Ménierca w tej chorobie ma według tej teoryi polegać na zajęciu jąder n. ślimakowego w rdzeniu przedłużonym, zaczem przemawiają badania anatomiczne i analogie, z jądrami innych nn. mózgowych, które, wedle Leydena, przeważnie w tej chorobie były zajęte, dalej analogia do *crises gastriques* i *laryngiennes*, dla których wykazano jako podstawę anatomiczną zanik w jądrach i korzeniach n. błędnego. Na zakończenie zapytuje kol. S., czy w przypadku przedstawionym badano narząd słuchowy i z jakim wynikiem?

Kol. Spira: *ad* 5) przedstawiony przypadek porażenia połowiczego jest ze względu na zaburzenia mowy bardzo ważny i pouczający. Demonstrowany jednak rysunek szematyczny według Lichtheima-Wernickego, o ile ma wartość oryentacyjną i dydaktyczną, o tyle naukowe jego znaczenie jest ograniczone, a nawet przez wielu badaczy całkiem podawane w wątpliwość. Spostrzeżenia bowiem kliniczne i badania anatomiczne wykazały, że mogą pojawiać się obrazy chorobowe, które żadnym sposobem nie dają się podciągnąć pod żaden z podanych szematów. Usterki i wady wszelkich podobnych szematów doprowadziły do tego, że niektórzy autorowie porzucili zupełnie pojęcie ośrodków mowy i ich lokalizacyę. Odkąd Broca swojem odkryciem ruchowej niemoty stworzył punkt wyjścia i podwalinę dla nauki o lokalizacyi mózgu, a Wernicke swojem klasycznem określeniem obrazu niemoty sensorycznej podał podstawę dla systematycznego badania na tem polu, pojawiła się prawie nieprzejrzana liczba kazuistyki i teoryj, a wyniki ich na razie nie odpowiadają oczekiwaniom, przywiązanym do pierwszych studyów o afazyi. Przyczyna leży po części w stosunkach nadzwyczaj zawikłanych, wymagających uwzględnienia przy badaniach anatomicznych i klinicznych, oraz i niedostępnych dla kontroli zapomocą doświadczeń na zwierzętach, poczęści zaś w zaniedbywaniu dość ścisłego odróżnienia między wiedzą pozytywną a przypuszczeniami hipotetycznemi.

Bezkrytyczna wiara w prawidła mowy, przyjęta przez Wernickego i innych, zaprowadziła wielu na błędne drogi, bo wychodzili z założenia przypuszczalnego, nie dość ściśle uzasadnionego. Wystąpili przeciw tym prawidłom: Goldscheider, Bischof, Monakow, Bastian, Ołtuszewski i inni. Według Goldscheidera istota kojarzenia nie daje się tłómaczyć wyłącznie tylko drogami przewodzącemi i łączącemi ośrodki między sobą. Wymagane są do tego jeszcze pamięć i uwaga, to jest czynniki, które również jak pojęcie należy rozumieć jako psychiczne, na razie jeszcze nie wyjaśnione. Stricker znowu występuje przeciw zdaniu Wernickego, jakoby pamięć słuchowa składała się z pamięciowych obrazów dźwiękowych *(Klangbilder)* i sądzi, że przy mowie samodzielnej idzie raczej o »wyobrażenia ruchowe«. Wyobrażenie słowne polega, zdaniem jego, li tylko na świadomości o czynnościach ośrodków ruchowych, na świadomości o pobudzeniu nerwów ruchowych, zaopatrujących mm. narządów artykulacyjnych. Przy ka-

żdem wyobrażeniu słownem, które może powstać przed wymawianiem wyrazu, czuje się niby inerwacyę tych narządów. Wyobrażenia te są zatem natury czysto ruchowej. Odpowiednio do tego zajęcie samego ośrodka ruchowego Broca musi pociągać za sobą koniecznie także głuchotę wyrazową *(Worttaubheit)*, ślepotę wyrazową *(Wortblindheit)* agrafię i aleksyę, nawet przy nienaruszeniu ośrodka sensorycznego Wernickego, gdyż wrażenia słuchowe i wzrokowe nie mogą więcej wywołać w porażonym ośrodku ruchowym odpowiednich wyobrażeń słownych.

Ołtuszewski, trzymając się nauki Flechsiga, przyjmuje ośrodki zmysłowe, ruchowe i kojarzenne i dzieli korowe zaburzenia mowy na niemoty zmysłowe (organiczne i czynnościowe) i niemoty kojarzenne (organiczne i czynnościowe).

Wobec panującego chaosu, sprzeczności zdań i niejasności sprawy, należałoby się każdy przydarzający się przypadek, szczególnie wobec sposobności badania anatomicznego, poddać dokładnej i szczegółowej obserwacyi i ścisłemu badaniu objawów, by w ten sposób przyczynić się do wyświetlenia zagadnień bardzo ciekawych pod względem praktycznym i naukowym, a przedewszystkiem pod względem lokalizacyi mózgu, a tyczących się istoty i patogenezy różnych form afazyi.

Po odpowiedzi kol. prof. Korczyńskiego posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Landau,* sekretarz doroczny.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 25 czerwca 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto

II. Kol. Dobrowolski zdaje sprawę z przypadków operowanych drogą cięcia pochwowego w bieżącym roku szkolnym w klinice ginekologicznej Prof. Dra Jordana. Prelegent przedstawia w krótkich słowach wskazanie do cięcia pochwowego wogóle, jego korzyści i niekorzyści, a w dalszym ciągu dla ilustracyi tych wskazań przytacza kolejno kazuistykę.

Pierwsze pięć przypadków operowano z powodu zajścia ciąży zamacicznej.

1) Pierwszy z nich dotyczy chorej 41-letniej, która po 3 miesiącach trwania ciąży doznała typowych objawów — przerwania ciąży zamacicznej, a dopiero w dwa miesiące po powstaniu krwisteku zgłosiła się do kliniki. Skoro leczenie zachowawcze dwumiesięczne w klinice nie usunęło znacznego krwisteku, bo sięgającego na 3 palce poniżej pępka, wykonano kolpotomię tylną, krwisteku nie usuwano, tylko założono do jego wnętrza seton z gazy. Po trzechtygodniowem setonowaniu wypadł drogą otworu operacyjnego zmacerowany trzechmiesięczny płód, a skrzepy rozluźniły się tak znacznie, że je z łatwością usunięto. W 8 dni chora opuściła klinikę wyleczona.

2) Przypadek drugi dotyczy chorej 36-letniej, u której w 6 tygodni po ustaniu miesiączkowania wystąpiły objawy krwotoku wewnętrznego. Skoro chora nazajutrz po wystąpieniu tych objawów zgłosiła się do kliniki, stwierdzono ograniczający się krwiak, sięgający aż do pępka. Wobec wyraźnej skłonności do ograniczenia się nie operowano chorej, tylko poddano leczeniu zachowawczemu. Po dwóch miesiącach leczenia krwiak zmniejszył się do wielkości główki noworodka, a skoro przy dalszem czterotygodniowem leczeniu stale pozostał tej samej wielkości, wykonano kolpotomię tylną. W 3 tygodnie po tym zabiegu skrzepy zwolna zupełnie się wydzieliły, a jama się zaciągnęła.

3) Chora 40-letnia zgłosiła się do kliniki z powodu guza w jamie brzusznej. Guz cechami swemi przypominał złośliwy nowotwór jajnikowy; wywiady nie mówiły nic nadto, że przed dwoma miesiącami była sześciotygodniowa przerwa w miesiączkowaniu. Punkcya wykonana drogą sklepienia tylnego wykazała w guzie starą krew. Leczenie zachowawcze doprowadziło do ustąpienia krwiaka, a z niego wyłoniła się rozdęta trąbka oporna leczeniu. Drogą kolpotomii przedniej opróżniano treść trąbki zwolna tak, że chora w 3 tygodnie wyleczona opuściła klinikę.

4) Przypadek IV-ty był omawiany i preparat pokazywany na jednem z poprzednich tegorocznych posiedzeń Towarzystwa.

5) Przypadek V-ty dotyczy chorej 38-letniej, u której krwiak pozamaciczny, powstały na tle ciąży zamacicznej, leczono zachowawczo przez 8 miesięcy. Po ustąpieniu krwiaka pozostał krwiak trąbki, której mimo długiego leczenia nie zmniejszał się. W przypadku tym dokonano z bardzo dobrym wynikiem wyjęcia zmienionej trąbki drogą kolpotomii tylnej.

Dalsze przypadki operowane z innych wskazań, przedstawiają się jak następuje:

6) U chorej 40-letniej wyjęto przed rokiem w klinice drogą pochwy macicę włókniakową i torbiel trąbkowo-jajnikowy lewy, zmienione przydatki strony prawej, pozostawiono z powodu wielkiego niebezpieczeństwa dla chorej, jaki zabieg ten przedstawiał. Po roku obecnie powstał torbiel powyżej lejka wielkości cytryny; o wyłuszczeniu jego nie było mowy, dlatego ograniczono się do nacięcia drogą pochwy i wydrenowania. W miesiąc jama zupełnie zarosła.

7) Chora 32-letnia, zgłosiła się z torbielem jajnikowym uwięźniętym i wrośniętym w zatokę Douglasa z objawami ropienia. Rozpoznanie torbiela zropiałego możliwe było d piero po uśpieniu chorej i nakłóciu guza. Torbiel otwarto drogą kolpotomii tylnej, treść wypróżniono, a torbę wytampowano. Torba ta po miesiącu zmalała do wielkości jaja, a płyn w niej wcale nie nagromadza się

8) Chorą, która zgłosiła się do kliniki z guzem przydatków prawych, operowano drogą kolpotomii tylnej; wydobyto otok trąbkowy wielkości pięści o ropie zupełnie jałowej. W 10 dni została wyleczona.

9) Chora 32-letnia, o wejrzeniu suchotniczem, leczy się od 4-ch lat z powodu wypociny. Znaleziono przed macicą guz wielkości główki noworodka, chełboczący, nieruchomy, bolesny, ciepłota podwyższona o typie gorączki przerywanej. Wykonano kolpotomię przednią, wypuszczono ropę gruźliczą, jak badanie wykazało. Po miesiącu opuściła klinikę z jamą wielkości cytryny w stanie ogólnie lichym.

10) Przypadek X-ty dotyczy chorej 31-letniej, u której na 2 miesiące przed przybyciem do kliniki wystąpiły objawy zapalne w przydatkach. Po stronie prawej wytworzył się otok trąbkowy wielkości dwóch pięści, po lewej wypocina około przydatków. Drogą kolpotomii tylnej otwarto otok trąbkowy, w ropie znaleziono prątek okrężnicowy. Zabieg ten nie ustrzegł jednak chorej przed ogólną ropnicą i z objawami tej choroby zabrano chorą z kliniki *(Streszczenie własne).*

III. Kol. Stankiewicz przedstawia 3 preparaty mięsaka błony śluzowej trzonu macicy, uzyskane w bieżącym roku na drodze operacyjnej; — omawia pokrótce przebieg kliniczny, rozpoznanie i wyniki leczenia operacyjnego.

W przypadku pierwszym, dotyczącym kobiety lat 28 liczącej, zgłaszającej się z powodu krwawień atypowych od 2 lat, a od kilku tygodni utrzymujących się odchodów cuchnących, stwierdzono powiększenie trzonu macicy, jak w czwartym miesiącu ciąży — szyję drożną dla palca, ścianę przednią trzonu, okolicę dna, jakoteż połowę ściany tylnej zajętą rozpadającym się naciekiem nowotworowym — nie dochodzącym do otrzewnej Badanie drobnowidowe uzyskanych przez próbne wyłyżeczkowanie kawałków wykazuje utkanie mięsaka wrzecionowato-komórkowego. Wykonano wycięcie macicy od strony pochwy przy równoczesnem rozkawałkowaniu sposobem Doyena-Richelot'a. Przebieg pooperacyjny powikłany powstaniem odleżyny powierzchownej w okolicy kości krzyżowej. W 16 dniu chora opuściła klinikę. Dotąd (5 miesięcy) wolna od nawrotu.

Przypadek drugi dotyczy pacyentki l. 55 liczącej, nie miesiączkującej od lat 2, krwawiącej atypowo od 8 miesięcy, doznającej w ostatnich tygodniach bólów w dolnej części brzucha; krwawienia mimo wykonanego przed 4-ma miesiącami poza zakładem wyłyżeczkowania błony śluzowej macicy nie ustały. Stwierdzono macicę wyraźnie powiększoną, jak w 6-m tygodniu ciąży — kulistą, tkliwą; zgłębnik wykazuje jamę trzonu obszerną, pokrytą licznemi nierównościami, zwłaszcza na tylnej ścianie.

Przy wyłyżeczkowaniu próbnem usunięto znaczną ilość kawałków miękkich, szaro-różowych, których badanie drobnowidowe wykazało mięsaka drobno-okrągło-komórkowego Wycięcie macicy od strony pochwy sposobem Doyena; — w przebiegu pooperacyjnym w 14 dniu stwierdzono — powyżej lejka naciek poprzecznie przebiegający, tkliwy, pochodzący od nawrotu nowotworu; badanie bowiem drobnowidowe uzyskanego preparatu wykazało, iż w samem dnie nowotwór przerósł aż na otrzewną pokrywającą macicę. W 9 miesięcy chora zmarła wśród objawów, rozwijających się przerzutów na otrzewnej i w płucach.

Przypadek trzeci dotyczy kobiety l. 54, która zgłosiła się z objawami ropotoku macicy, trwającego od 5 miesięcy. Stwierdzono tyłozgięcie trzonu macicy, trzon wielkości prawidłowej, kulisy, mało ruchomy; ujście zewnętrzne zaledwie zaznaczone jako drobny dołeczek. Zgłębnik wykazuje wnętrze jamy trzonu gładkie, bolesne, po zgłębniku spływa obficie cuchnąca ropa. Wycięcie macicy od strony pochwy z wytoczeniem jej przez tylne sklepienie sposobem Doederleina. Badanie

drobnowidowe nieznacznie makroskopowo zmienionej błony śluzowej trzonu — wykazuje mięsaka siatkowatego. Przebieg pooperacyjny powikłany w 5 dniu objawami ograniczonego podrażnienia otrzewnej, które ustąpiły po usunięciu setonów z pochwy; w 16 dniu chora opuściła klinikę. Od tej pory upłynęło cztery miesiące; dotychczas wolna od nawrotu. *(Streszczenie własne).*

IV. Kol. Wojciechowski: »O operacyjnem leczeniu gorączki połogowej«. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusya:

Kol. profes. Ciechanowski zapytuje K. Stankiewicza o szczegóły obrazów drobnowidowych w przedstawionych przypadkach mięsaka macicy, zwłaszcza w pierwszym, już makroskopowo różniącym się od dwóch drugich. K. Stankiewicz wyjaśnia, że różnica ta zależy od licznych wybroczyn w utkaniu mięsaka. K. Ciechanowski zapytuje kol. Wojciechowskiego, czy — prócz przypadków *„abortus criminalis“*, — można na podstawie dotychczasowych doświadczeń klinicznych myśleć już teraz o ustaleniu wskazań do wycięcia macicy przy zakażeniu połogowem. Zdawałoby się bowiem ze spostrzeżeń anatomiczno-patologicznych i bakteryologicznych, że — jakto kol. C. obszerniej wywodzi — takie ustalenie wskazań będzie bardzo trudne, co może wartość tego sposobu leczenia znacznie obniżyć. Przytoczone przez kol. prelegenta zapatrywania zwolenników tego postępowania mają wiele słabych stron, szczególnie pod względem objawów, mających wskazywać, że nadeszła chwila właściwa do podjęcia zabiegu chirurgicznego

Kol. Braun: Przypadek kol. Wojciechowskiego należy uważać za unikat w piśmiennictwie położniczem, bo choć przypadki wyjęcia macicy z powodu zakażenia połogowego są coraz to częstsze, to wyjęcie macicy zakażonej wraz z płodem, zatem przed jej wypróżnieniem, należy do rzadkości. Postępowaniu kol Wojciechowskiego w tym przypadku możnaby zarzucić tyle, że nie jest to zupełnie po myśli położników, bo choć ten przypadek zakończył się pomyślnie, to przecież nie nadaje się jeszcze do ogólnego zastosowania. Znamy bowiem cały szereg przypadków, gdzie przychodzi do zakażenia z powodu rozkładu całego jaja płodowege lub jego części, — gdzie pomimo tego nie wyjmujemy macicy, bo przez usunięcie części gnijącej bardzo często gorączka spada i zakażenie ustępuje szczęśliwie. W myśl tej zasady postępując, należało w danym przypadku, skoro stwierdzono zakażenie wśród ciąży z powodu rozkładu jaja płodowego, wzniecić czynność połogową, wypróżnić macicę i następnie wyczyścić, a gdyby się okazało, że to nie wystarcza dla powstrzymania zakażenia, — dopiero przystąpić do wyjęcia macicy. Że w danym przypadku przebieg pooperacyjny był pomyślny, to dowodzi, że zakażenie ograniczało się na samo wnętrze macicy, a nie przeszło jej granic i nie stało się cierpieniem ogólnem.

Co do wykładu kol. Dobrowolskiego, podnosi kol Braun, że w leczeniu ciąży pozamacicznej coraz to więcej ustalają się prawidła w postępowaniu i tak: 1) jeżeli istnieje ciąża wczesna i nie pęknięta, należy jak najwcześniej usunąć jajo z odpowiednią trąbką, 2) jeżeli ciąża została przerwana, czy to przez poronienie, czy pęknięcie trąbki, a wytworzył się krwistek pozamaciczny, to jak długo nie zropiał i nie powiększa się, należy zachować się wyczekująco; 3) jeżeli istnieją objawy odbywającego się poronienia trąbkowego lub pęknięcia trąbki, to należy wystąpić czynnie, t. j. operować, jeżeli objawy krwotoku wewnątrz się powtarzają i siły chorej słabną. Inaczej należy się zachować wyczekująco i leczyć objawowo, t. j. stosować okłady lodowe na brzuch, podtrzymywać siły i zachować się jak najspokojniej. W jednym z przypadków, przedstawionych przez kol. Dobrowolskiego, powtarzały się krwotoki wewnętrzne, a mimo to nie operowano, lecz wyczekiwano, aż się krwistek wytworzył; zachodzi pytanie, według jakiej wskazówki postępowano wyczekująco, a nie operowano, chyba że siły chorej były zadawalniające pomimo krwotoków wewnętrznych, często się powtarzających.

Wreszcie przypadek kol. Stankiewicza, gdzie podczas wycięcia macicy przyszło do zanieczyszczenia pola operacyjnego z powodu wylania się ropy zatrzymanej z jamy macicy, przestrzega nas jeszcze raz, że przed wyjęciem rakowatej macicy należy wnętrze macicy oczyścić przez przepłokanie środkiem przeciwgnilnym, względnie wyskrobaniem. Szczęście dla chorej, że pomimo tego powikłania nie przyszło do zakażenia otrzewnej.

Kol. Kędzior zwraca uwagę na poruszoną w ostatnim czasie przez Bauera sprawę t. z. »toksyn miejscowych«, które można uzyskać częścią z ropy, częścią z tkanki zakażonej, a które to toksyny, wstrzyknięte zwierzętom do obiegu krwi, wywołują śmierć po 2—3 dniach wśród objawów posocznicy; sekcya wykazuje brak bakteryj we krwi, stłuszczenie wewnętrznych narządów, własności wysoce trujące krwi dla innych zwierząt. Najprawdopodobniej i w zakażeniu połogowem toksyny te odgrywają ważną rolę.

Badanie krwi na obecność drobnoustrojów jest ważnem o tyle, że obecność ich świadczy o postępie zakażenia połogowego. I tak: w pierwszym okresie zakażenia koków we krwi wykazać nie można, wówczas szanse operacyi byłyby największe. Następnie przy użyciu większej ilości krwi udaje się wykazać bakterye; do badania winno się użyć krwi zmieszanej z 1% cukrem gronowym, albowiem badanie krwi wprost np. na agarze skośnie ściętym, ze względu na upośledzające działanie surowicy krwi na rozwój bakteryj jest niedostateczne. W późnym okresie zakażenia można niejednokrotnie wykazać bakterye już nawet wprost w barwionych preparatach krwi. W każdym z tych okresów może wystąpić zejście śmiertelne; badanie krwi nie jest rozstrzygającym, ale w każdym razie ważnym pomocniczym środkiem rozpoznawczym i prognostycznym w zakażeniu połogowem.

Kol. Borzęcki zapytuje kol. Dobrowolskiego, czy w dziewiątym przypadku nie było podstaw do przypuszczenia, że tłem ropnia było zakażenie rzeżączkowe?

Kol. Gertler zapytuje, w jaki sposób badano na streptokoki i wskazuje na trudności przy tem badaniu.

Kol. Wojciechowski odpowiada kol. prof. Ciechanowskiemu, że zupełnie ścisłe sformułowanie wskazań do wycięcia macicy przy zakażeniu jest jeszcze trudnem zadaniem wobec małej stosunkowo liczby opisanych przypadków i wielkiej ich rozmaitości. Kierowaliśmy się więcej ciężkością obrazu klinicznego, aniżeli wynikiem badań bakteryologicznych, — przyczem wywiady nakazywały wkroczenie szybkie i energiczne, gdyż każdą godzinę musiało się wobec zagrożonego życia chorej bardzo cenić. Stwierdzenie bakteryj we krwi w przypadkach przez Prochownicka operowanych dowodzi w przypadku wyleczenia, że mimo niechybnie ciężkiego zakażenia może jeszcze wycięcie macicy stanowić deskę ratunku, ułatwiając ustrojowi walkę: w przypadkach zaś straconych świadczy za tem, że nie należy czekać, aż zakażenie objawi się obecnością drobnoustrojów we krwi, gdyż wtedy operacya okaże się zazwyczaj bezskuteczną. Zresztą przytacza kol. W. zapatrywania wyrażone w wykładzie.

Na stanowisko, jakie kol. docent Braun zajmuje, t. j. aby wpierw zastosować leczenie miejscowe, łatwo się zgadza wogóle. Lecz co do klinicznego przypadku, zniewolony jest kol. W. stwierdzić z kategoryczną pewnością, że chodziło o poronienie sztuczne, zasługujące na odosobnione stanowisko i że ciężki obraz kliniczny nakazywał pośpiech i energię, a zresztą wiek chorej, stanowiący rozumie się wzgląd podrzędny, niweczył częściowo skrupuły. Jest więc zdania, że nie zrobiłby źle, postępując taksamo w drugim podobnym przypadku.

Kol. Kędziorowi nie może kol. W. odpowiedzieć, jak dużą była ilość bakteryj w pojedyńczych przypadkach Prochownicka, gdyż we wspomnianej pracy spotykamy się tylko z wyrażeniem ogólnikowem, że raz spotykał bardzo obficie łańcuszkowce we krwi, innym razem ich nie znachodził.

Kol. Gertlerowi odpowiada kol. W., że badania bakteryologiczne odnosiły się do wydzieliny szyi, do łożyska, wód płodowych i krwi — i że szczepiono na agarze zwykłym skośnym, na agarze cukrowym i na bulionie, — nie przeszczepiano zaś na zwierzęta.

Następnie zabierali głos kol: Dobrowolski, Kędzior, doc. Braun i kol. prof. Ciechanowski, który odnośnie do uwag kol. Kędziora nie sądzi, aby patologiczny obraz *sepsis* można wcisnąć w szablon jakichś trzech stopni według ilości bakteryi, wykrytych we krwi. Miara, jakąby się przytem posługiwać przyszło, byłaby zupełnie dowolną, sztuczną; przytem nie uwzględniałoby się ani stopnia jadowitości bakteryi, ani, co ważniejsza, sił obronnych ustroju, które na przebieg i zejście zakażenia mają wpływ najgłówniejszy, a o których, jak słusznie podniósł kol. Dobrowolski, klinicysta ma prawo i powinien wnosić z całego obrazu klinicznego, nie zaś z jednego i to jednostronnie oświetlonego zjawiska.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska.

Protokół z VIII. posiedzenia pełnej Izby lekarskiej z dnia 18 października 1902 roku.

Obecni: Prezydent Dr. Festenburg; członkowie Izby; Dr. Lechowski, Dr. Smolarski, Dr Lutyński, Dr. Bylicki, Dr. Pisek, Dr. Piaskiewicz, Dr. Eckhardt, Dr. Żukowski, Dr. Papée, Dr. Wysocki.

Nieobecni: Dr. Sobierański i Dr. Muszkiet.

Jako komisarz rządowy: Radca Dworu Dr. Merunowicz.

I. Prezydent zdaje sprawę z czynności około założyć się mającej Kasy chorych dla lekarzy i oddaje głos referentowi Drowi Lechowskiemu Dr. Lechowski przedkłada Izbie statut tej Kasy, zmieniony stosownie do życzenia władz (Minist. spraw wewn.), które udzieliły Izbie wskazówek, jakie poprawki są konieczne Po dyskusyi, w której brali udział: Dr. Piaskiewicz, Dr. Pisek, Dr. Lutyński, Dr. Festenburg i referent, przyjęto statut z proponowanemi zmianami.

Prezydent oświadcza, że po zatwierdzeniu statutu przez władze i zgłoszeniu się 100 członków Kasa wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 1903 r.

Następnie zdaje prezydent sprawę z innych czynności Wydziału za czas od 1-go lipca do 15-go października b. r., a mianowicie:

1. Pismo Izby gospodarczej z wnioskiem Izby praskiej o oświadczenie się Izb przeciw pomnażaniu aptek w ogólności i przeciw wymaganiu pewnego oddalenia apteki publicznej od apteki domowej lekarza, zostało załatwione odmownie.

2. Prezydent zawiadamia Izbę, że Wydział czynił usilne starania, aby przy obsadzaniu posad lekarzy w dwóch nowo powstałych zawodowych Kasach chorych (rzeźników i fiakrów) zarządy tychże kas zasięgnęły poprzód opinii Wydziału Izby; posady te jednak zostałe nadane bez porozumienia się z Izbą.

3. Prezydent zdaje sprawę z przebiegu obrad VII-go wiecu Izb, który się odbył w Czerniowcach dnia 7 września b. r. Izba wiedeńska wystąpiła z wnioskami zaostrzenia władzy dyscyplinarnej Izb przez możność zawieszenia lekarza w wykonywaniu praktyki lekarskiej. Prezydent prosi członków Izby o wyrażenie raz jeszcze swego zdania w tej sprawie. Po dyskusyi, w której zabierali głos: Dr. Smolarski, Dr. Wysocki, Dr. Pisek i Dr. Żukowski, oświadczyła się Izba przeciw wnioskom Izby wiedeńskiej.

4. W okresie sprawozdawczym uwolniono od opłaty: w całości dwóch lekarzy, w połowie dwóch i od $^2/_3$ części 8 lekarzy. Zapomóg udzielono: jedną w kwocie 200 koron, jedną 150 koron, i jedną w kwocie 100 koron.

5. Sprawozdanie Rady honorowej:

a) w jednym przypadku, odstąpionym przez komendę X-go korpusu, o wydanie nieprawdziwego świadectwa przez lekarza, wydała Rada honorowa wyrok uwalniający od winy,

b) w sprawie, odstąpionej przez c. k. Sąd, w której podejrzywano trzech lekarzy o współudział w wywołaniu poronienia, wydano wyrok uwalniający,

c) w sprawie nieudzielenia przez lekarza pomocy rodzącej (odstąp. przez c. k. Sąd), wydano również wyrok uniewinniający,

d) zatarg między dwoma lekarzami o posadę lekarza w Kasie chorych rozstrzygnięto, udzielając jednemu z nich upomnienia,

e) za licytowanie *in minus* posady lekarza miejskiego skazano jednego lekarza na grzywnę w kwocie 100 koron,

f) w jednym przypadku udzielono upomnienia,

g) w jednym przypadku udzielono nagany.

Sprawozdanie przyjęto bez dyskusyi.

II. Sprawozdanie Komisyi rewizyjnej. Imieniem Komisyi wnosi Dr. Lutyński udzielenie absolutoryum i podziękowania skarbnikowi Izby. Udzielono. Dr. Lutyński wnosi wyrażenie podziękowania ustępującemu prezydentowi i Wydziałowi. Uchwalono.

Dr. Papeé sekretarz. *Dr. Festenburg* prezydent.

I. Posiedzenie nowo wybranej Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej odbyło się dnia 18 października 1902 r.

Dr. Festenburg odczytał wynik wyborów do Izby, odbytych dnia 8 lipca 1902 i zawiadomił Izbę, że z powodu nieprzyjęcia mandatów przez Dra Muszkieta i Dra Jajusa, tudzież z powodu zrzeczenia się mandatu zastępcy członka przez Dra Piseka, który został wybrany członkiem, rozpisane będą w ich miejsce wybory uzupełniające.

Następnie przystąpiła Izba do ukonstytuowania się: Prezydentem wybrano ponownie Dra Festenburga, wiceprezydentem profesora Marsa; członkami Wydziału: Dra Mehrera, Dra Papeégo i Dra Piseka — wszyscy ze Lwowa. Delegatem do krajowej Rady zdrowia prof. Dra Marsa, zastępcą delegata Dra Biegelmayera z Sambora; zastępcami członków Wydziału: Dra Sołowija i Dra Sztembartha ze Lwowa.

Dr. Papeé sekretarz. *Dr. Festenburg* prezydent.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 30. października.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem koledzy: Prof. Bujwid i Dr. Gertler mieli wykład »O surowicy przeciwpłoniczej, wytworzonej w Zakładzie higieny w latach 1895—1897 i o wynikach leczenia płonicy na podstawie doświadczeń, poczynionych w oddziale chorób zakaźnych szpitala św. Ludwika".

W rozprawach zabierali głos koledzy: prof. Jakubowski, Dr. Lewkowicz, Droba, Nowak, Ciechanowski i oba prelegenci.

* Uzupełniające wybory do Izb lekarskich zachodnio- i wschodnio-galicyjskiej odbędą się dnia 6 listopada.

* Kursa dla lekarzy, zarządzone przez Wydział lekarski we Lwowie, zgromadziły około 30 osób, przybyłych przeważnie z poza granic Galicyi. Sumienne i celowi odpowiedne traktowanie tych kursów przez pp. profesorów przyczyniło się do zupełnego ich powodzenia i dziś możemy twierdzić, że instytucya kursów dla lekarzy w obu wszechnicach galicyjskich stanęła ostatecznie na trwałym gruncie.

* (G). Biblioteka Towarzystwa lekarskiego otrzymała:

1) od prof. Dra Kleckiego kilkaset poszytów różnych czasopism polskich i niemieckich.

2) od Dra A. Silbersteina 14 tomów różnych dzieł po ś. p. Drze Drobnerze.

Za nadesłane dary składam ofiarodawcom serdeczne podziękowanie. *Dr. Leon Konrad Gliński,* Bibliot. Tow. lek. krak.

* Dr. J. Zanietowski (jun.) osiadł w Cirkvenicy i oddaje się wykonawstwu z zakresu chorób nerwowych w Zakładzie Dr. Ebersa (Therapia).

* Namiestnictwo austryackich krajów przymorskich wydało rozporządzenie do sanitarnej policyi portowej, ażeby zwracano uwagę na zdrowie wychodźców, powracających z Brazylii, a to ze względu na to, że wielu z nich cierpi na tęgoryjca *(ancylostoma).* W razie stwierdzenia objawów tej choroby władze zobowiązane są zrobić doniesienie urzędowe, a chorego umieścić w szpitalu.

W ostatnich 3 latach stwierdzono w lwowskiej klinice dwa przypadki tęgoryjca, zawleczone również z Brazylii, które zostały opisane w »Przeglądzie lekarskim«. Autorowie tych prac, prof. Gluziński i Dr. Zawadzki, już wtenczas nawoływali władzę do zarządzeń sanitarno-policyjnych w portach austryackich.

* Myśl, rzucona przez Baccellego na Kongresie w Neapolu o stałej międzynarodowej organizacyi walki z gruźlicą, ziściła się na obecnej konferencyi w Berlinie, w której wzięli udział przedstawiciele rządu i nauki wszystkich krajów europejskich. Francya

wysłała 20 członków, między nimi Brouardela, Landouzyego, Nocarta, Arloinga, Calmettea i. t d.; Anglię reprezentują: Williams, Raw, Heron, i inni; Rosyę: Unterberger, Tryczel, Scherwiński i in.; Włochy: Maragliano, Cozzolino, Rubino i in.; Austryę: Kusy, Schrötter. Winternitz i in.; Szwajcaryę: Turban, Egger i in. i t. d. Bogata wystawa, zostająca w związku z celem konferencyi, podnosi jej znaczenie. Sądząc z tyle zasłużonych w nauce nazwisk członków tej konferencyi, wnosić należy o doniosłości naukowej prac, które zostaną wygłoszone. Członkowie konferencyi zwiedzą wzorowe zakłady w Beelitz i Belzig, a w końcu na zaproszenie Behringa udadzą się do Marburga, dla zwiedzenia jego urządzeń, służących do studyów nad gruźlicą zwierząt.

* Wydział krajowy mianował dyrektorem szpitala powszechnego w Tarnowie Dra Włodzimierza Rogalskiego.

* Przyszły międzynarodowy Kongres dla walki z gruźlicą odbędzie się w Paryżu 1903 r.

* Międzynarodowy Kongres otologów, który miał się odbyć w Bordeaux r. 1903, z powodu Kongresu w Madrycie, został odłożony na rok 1904.

* W Berlinie z początkiem r. 1903 zacznie wychodzić czasopismo »Soziale Praxis« pod redakcyą prof. Dra E. Franckego. Osobną rubrykę, poświęconą sprawom lekarskim, p. t.: »Soziale Medizin«, prowadzić będzie Dr. Moritz Fürst z Hamburga, który w programowym artykule zapowiedział, że przedstawi i udowodni, jak wielkim czynnikiem dla rozwoju socyalnej reformy stał się lekarz i jak ważną i pożyteczną jest rzeczą zjednać jak najwięcej dzielnych lekarzy dla pomyślnego rozwoju przeobrażeń społecznych.

* Między 15 a 21 października doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w Galicyi, mianowicie: w mieście Lwowie 1 p. i w powiatach: horodeńskim (2 gm.), jaworowskim (1 gm.), rawskim (1 gm,).

Mianowania i odznaczenia. Mianowani w Moskwie: Dr. Pawlinow profesorem kliniki lekarskiej; Dr. Rein profesorem nadzwycz operacyjnej chirurgii i topograficznej anatomii. Dr. Aschoff mianow. został prof. anatomii patol. w Marburgu w miejsce Ribberta. Tytuł profesorski otrzymali docenci: Jacob i Michaelis z kliniki Leydena w Berlinie.

Nekrologia. Dr. Stanisław Lelewicz. l. 51, lekarz powiatu suwalskiego, zmarł w Warszawie. Dr. Bronisław Szpakowski, psychiatra, zmarł w Odesie w 51 r. życia. Dr. Bockendahl prof. nadzw. sądowej medycyny w Kilonii, zmarł licząc lat 76. Dr. H. Schwanert, prof. chemii i farmacyi, zmarł w Gryfii w 74 r. życia. Dr. Laroyenne, prof. kliniki ginekologicznej, zmarł w Lugdunie.

Bibliografia:

Odczyty kliniczne Nr. 162, 163, 164 i 165. Gajkiewicz: O źrenicy w stanie zdrowia i choroby.

— *Medycyna* Nr. 43. Raszkes: Przyczynek do kwestyi ciąży śródmiąższowej (dok.). Wizel: Przypadek fenomenalnych zdolności rachunkowych u głuptasa (dok.).

— *Kronika lekarska* Nr. 20. Otto: Kryoskopia i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek (dok.). Themerson: Przypadek odmy podskórnej ex aspiratione (*emphysema subcutaneum*) po silnem stłuczeniu klatki piersiowej.

— *Gazeta lekarska* Nr. 43. Halpern: O własnościach hemolitycznych surowicy ludzkiej. L. Nencki i Nussbaum: O znaczeniu fizyologicznem i higienicznem przypraw pokarmowych i tak zwanych używek ze szczególnem uwzględnieniem napojów wyskokowych.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 43. Maixner: Jan Bohumil Eiselt. Krátká historie Pražské lekařské fakulty. Hippokratismus ve vnitřni medicině. (c. d.) Bukovský: Lichen ruber moniliformis (acuminatus corneus et planus) (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 84. Labbé: Zmienność zasadowości krwi. Mally: Urządzenia elektro-terapeutyczne w szkole Clermont-Ferrand.

Nr. 85. Ferrier i Raymond: O zeszywaniu serca. Romme: Higiena zawodowa. Poszukiwacze złota w Guyanie francuskiej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 42. Jolly: Mroczki i migrena. Krause: Leczenie hetolem gruźlicy płuc i krtani. Aronson: Badania nad surowicą łańcuszkowcową i przeciwłańcuszkowcową. Levinsohn: Przyczyna jaskry pierwotnej (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 42. Pässler i Rolly: Doświadczalne badania istoty zaburzeń krwiobiegu w zapadzie występującym w przebiegu ostrych chorób zakaźnych. Wiener: Dwa dalsze przypadki pęknięcia macicy, wyleczone drogą operacyjną. Fels: Przypadek wrodzonego torbiela nerki z krwiakiem przynerkowym u zakażonego przymiotem. Gebele: Dalsze uwagi nad atropiną. Aronheim: Działanie atropiny na jelita. Moritz: O ciałach białkowatych w wypocinach, strącalnych za pomocą kwasu octowego. Kehr: Rzut oka na 720 laparotomij z powodu kamieni żółciowych z szczególnem uwzględnieniem 90 przypadków sączkowania przewodu wątrobowego (c. d.). Feyfer i Kayser: Endemia „paratyfusu“. (dok.). Theilhaber: Przyczyny, objawy i leczenie niewydolności macicy nie ciężarnej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 43. Pineles: Tyreoplazya i dziecięcy obrzęk śluzakowy. Leiner: O tak zwanej płonicowatej osutce surowiczej w błonicy. Kirchmayr: Przyczynek do etyologii skręcenia jelit cienkich.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 43. Obrastzow: O obmacywaniu odźwiernika. Glaser: Znaczenie prątka durowego w chorobach narządu oddechowego, wikłających dur brzuszny, jego występowanie w plwocinie. Cuno: Przebieg i przyczyny epidemicznej błonicy szpitalnej. Weil: Znaczenie zaczopowania smółką u noworodków. Gerson: Wyskok mydlany, jako środek dla odkażania narzędzi lekarskich.

Redakcya otrzymała. Lachs: Medycyna i religia. Papée: Sprawozdanie Wydziału Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej (od 1 stycznia 1900 do 1 lipca 1902 r.) Beck: 1) Aus einer Discussion über Apendicitis. 2) The pathology of the tissue changes caused by the Röntgen rays, with special reference to the treatment of malignant growths. 3) On the treatment of fracture of the anatomical neck of the humerus by the aid of the Röntgen Rays. 4) The modern treatment of fractures of the lower end of the radius, as indicated by the Röntgen Rays.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 5 października, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne, na którem odbędą się następujące wykłady: 1) kol. Eisenberg: „O powstaniu obrzęku złośliwego w skutek wstrzykiwań żelatyny“, 2) kol. Bier: „O organizacyi urzędów lekarskich w większych miastach“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

L. 1971.

KONKURSY.

Wydział Rady powiatowej Żydaczowskiej rozpisuje Konkurs na posadę lekarza okręgowego **w Nowemsiole** z płacą roczną 1000 koron i ryczałtem na objazdy służbowe 600 kor. rocznie.

Okręg sanitarny obejmuje gminy: Nowesioło, Obłażica, Żyrawę, Izydorówkę, Sulatycze, Balicze podróżne i zarzeczne, Machliniec, Hanowce, Rudę, Juseptycze, Krechów, Łówczyce, Jajkowce, Mazurówkę, Lubszą i Smuchów.

Lekarz okręgowy obowiązany jest utrzymywać aptekę domową.

Kompetenci prócz dostatecznej fizycznej zdatności mają wykazać następujące warunki:

1. Prawo obywatelstwa austryackiego,
2. Dyplom doktora medycyny,
3. Nieskazitelny charakter,
4. Znajomość języków krajowych,
5. Praktyka lekarska przynajmniej dwuletnia.

Między Kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią praktyką lekarską w szpitalu powszechnym lub egzaminem fizykackim.

Podania wnosić należy do Wydziału Rady powiatowej najpóźniej do dnia 30. listopada 1902.

Żydaczów, dnia 19. września 1902

L. 1678.

Wydział Rady powiatowej w Skałacie rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego **w Toustem** z płacą roczną 1.000 K. i ryczałtem na koszta podróży 600 K.

Do okręgu tego przydzielone są następujące miejscowości: Touste, Katabarówka, Wolica, Sadzawki, Krasne, Przekalec, Kąt touzecki, Nowosiołka grzymałowska, Boski małe, Rasztowce, Dubkowce i Soroka.

Lekarz okręgowy jest obowiązany utrzymywać aptekę domową.

Podanie o posadę tę wnosić należy do Wydziału Rady powiatowej w Skałacie do dnia 8 listopada 1902 i zaopatrzyć w załączniki udowadniające:

1) Dostateczną fizyczną zdolność petenta.
2) Prawo obywatelstwa austryackiego.
3) Dyplom Doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.
4) Nieskazitelny charakter.
5) Znajomość języków krajowych.
6) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim

Między kandydatami będą mieli pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w Szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego, albo egzaminu fizykalnego.

Skałat, dnia 3. października 1902.

L.W. 69.292/1902.

KONKURS.

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem rozpisuje niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza w szpitalu powszechnym **w Stanisławowie.**

Kandydaci powinni najpóźniej do 15 listopada b. r. wnieść podanie do Wydziału kraj. z dołączeniem:

a) Metryki urodzenia na dowód, że kandydujący nie przekroczył 40 r. życia.

b) Dowodu obywatelstwa austryackiego,

c) Dyplomu doktora wszech nauk lekarskich na jednym z uniwersytetów Monarchii Austryackiej, upoważniającego go do wykonania praktyki lekarskiej.

Do posady tej jest przywiązana płaca 1200 koron rocznie.

We Lwowie, dnia 18 października 1902 r.

Piotrowski.

Rok XLI. Kraków 8 Listopada 1902. Nr. 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przyczynek do nauki o aglutynujących własnościach prawidłowej surowicy ludzkiej.

Podał

Dr. Leon Karwacki.

Od czasu, kiedy Widal zastosował klinicznie wynalazki Grubera i Durhama, Pfeiffera i Kollego, liczba prac traktujących o aglutynacyi urosła niepomiernie. Liczni badacze starali się ująć to zjawisko w ścisłe ramy doświadczalne i określić jakościowo i ilościowo wpływ różnych czynników, warunkujących jego powstawanie. Po ustaleniu pojęcia o swoistości tego zjawiska dla danego gatunku drobnoustrojowego okazało się, że różne odmiany tego samego gatunku różnią się ilościowo co do własności aglutynowania się. Pierwszy Kolle zrobił uwagę, że laseczniki durowe jadowite aglutynują się znacznie słabiej, niż mało jadowite. Gruber zdanie to potwierdził. Kühnau, badając oddziaływanie surowicy chorego na dur, otrzymał aglutynacyę w rozcieńczeniu 1: 100 dla zarazka bardzo jadowitego i 1: 500 dla lasecznika durowego o jadowitości złagodzonej. Achard i Bensande badali odczyn indywidualny 20 odmian laseczników durowych: 19 wyodrębnionych przez nich samych od chorych i jednej odmiany niewiadomego pochodzenia. Badania dokonane w jednakowych warunkach dały wyniki różne co do stopnia aglutynowania się różnych odmian, przytem stopień aglutynacyi homologicznej — surowica i zarazek od jednego chorego — czasem bywał niższy od aglutynacyi przy surowicy i zarazku różnego pochodzenia. W jednym przypadku surowica nieczynna wobec 8 odmian aglutynowała jeden tylko okaz laseczników durowych. Na ogół jednak różnice ilościowe były niewielkie. Muszę zaznaczyć w tem miejscu, że prawie wszystkie badane odmiany posiadały jedną cechę wspólną: oto na krótko przed badaniem były otrzymane z ustroju i pobyt ich na pożywkach sztucznych trwał bardzo niedługo. Widal zbadał odczyn 26 odmian laseczników durowych (pochodzenia europejskiego i egzotycznego); podobne badania przeprowadzali Stern i Fraenkel u 6 odmian: wszyscy ci badacze przekonali się, że różnice w stopniu aglutynowania się u poszczególnych okazów są nieznaczne. Trochę odmienne wyniki otrzymał Van-de-Velde: na 20 okazów laseczników durowych jeden nie dawał odczynu z surowicami dwóch chorych durowych przy rozcieńczeniu 1: 10. Surowica konia, uodpornionego przeciw lasecznikom durowym, również okazała się nieczynną wobec tej odmiany.

Daleko większe różnice indywidualne okazały się przy poszukiwaniach nad innymi gatunkami drobnoustrojów, jak laseczniki okrężnicy, paciorkowce. Grupa drobnoustrojów, objęta nazwą laseczników okrężnicy, zawiera odmiany o własnościach biologicznych tak różnych, że sprawa ich klasyfikacyi wprawiała bakteryologów w niemały kłopot. Kiedy swoistość aglutynacyi dla laseczników durowych i przecinków cholerycznych została ugruntowana na podstawach tak trwałych, że dzięki jej można było w przypadkach wątpliwych rozpoznawać dane drobnoustroje, obudziła się chęć zużytkowania tego odczynu i dla celów racyonalnej klasyfikacyi laseczników okrężnicy. Okazało się jednak wkrótce, że niepodobieństwem jest różniczkować laseczniki okrężnicy na podstawie aglutynacyi; z odmian, zachowujących się zupełnie jednakowo wobec odżywek i dających jednakowy odczyn chemiczny, jedne aglutynowały się przez surowice chorych, lub zwierząt uodpornionych, inne zaś nie.

Smith u chłopczyka z rozpoznaniem *colitis* wyhodował z kału 12 odmian lasecznika okrężnicy: surowica chorego aglutynowała 9 odmian przy rozcieńczeniu 1: 200, trzy zaś odmiany nie aglutynowały się wcale. Achard zaraził różnemi odmianami lasecznika okrężnicy 8 świnek morskich i badał działanie ich surowic na 13 odmian tych drobnoustrojów; aglutynacya była niestała, często nawet z odmianą homologiczną.

Surowica konia, uodpornionego przeciw lasecznikowi okrężnicy przez Van-de-Velde, aglutynowała 25 odmian tego lasecznika, 4 zaś nie. Köhler i Scheffler otrzymali z kału durowych 27 odmian lasecznika okrężnicy: surowica odnośnych chorych aglutynowała silnie 9 z tych okazów, słabo 5, 13 odmian okazały się zupełnie niewrażliwemi na działanie surowic.

Z doświadczalnych poszukiwań Pfaundlera, Jatty, Rothbergera, Radzievskyego wypływa jeden stały fakt co do aglutynacyi odmian okrężnicowych: okaz, którym zwierzę było szczepione, aglutynuje się stale, podczas gdy inne aglutynują się zupełnie przypadkowo.

Bezançon i Griffon wykonali szereg doświadczeń nad aglutynacyą odmian dwoinek Talamon-Fraenkla. Do badania wzięli 22 odmiany: 21 pochodziły z odnośnych chorych, jedna zaś odmiana była hodowana przez trzy lata na odżywkach sztucznych. Z 21 badanych surowic wszystkie aglutynowały dwoinki homologiczne, na 24 badanych surowic 15 aglutynowało dwoinki laboratoryjne. Na 10 przypadków, gdzie surowica i dwoinki były różnego pochodzenia, odczyn dodatni był trzy razy. Daddi i Pesci, Laudi i Cionini nie zauważyli żadnej różnicy w zachowywaniu się dwoinek homologicznych, lub innego pochodzenia.

W zakażeniu klinicznem i doświadczalnem przez grupę *proteus* Lannelongue i Achard stwierdzili również znaczne różnice indywidualne w aglutynowaniu się odmian tej grupy.

Achard i Bensande zbadali wrażliwość na aglutyniny u 6 odmian paciorkowców, Van-de-Velde u 15. Do badania były brane surowice przeciwpaciorkowcowe różnego pochodzenia i prawidłowe surowice końskie. Z badań wynika, że zdolność aglutynowania się u paciorkowców nie jest cechą gatunku, lecz odczynem czysto indywidualnym.

Achard i Bensande, badając oddziaływanie surowic cholerycznych na przecinki Kocha, znaleźli nieznaczne różnice indywidualne w aglutynowaniu się typowych przecinków cholerycznych. Jeden tylko prątek chorobotwórczy „Massaouah“ nie aglutynował się wcale; drobnoustrój ten nie dawał również objawu Pfeiffera z surowicą zwierząt uodpornionych.

Nicolas zbadał aglutynacyę odmian laseczników Loefflera pod wpływem surowicy przeciwbłoniczej: z 12-tu odmian drobnoustrojów 6 dały aglutynacyę bardzo wyraźną i swoistą, w 6-ciu zaś hodowlach odczyn wypadł ujemnie.

Z przytoczonych poszukiwań wynika ten wniosek, że dla stwierdzenia aglutynacyi w danem zakażeniu wybór drobnoustrojów ma wartość pierwszorzędną. Jakiemi jednak cechami należy się powodować w tym wyborze? Pierwsi badacze dopatrywali większą lub mniejszą zdolność do aglutynowania się w zależności od większej lub mniejszej jadowitości drobnoustroju, przyczem własności te miały stać do siebie w stosunku odwrotnym. W następstwie jednak okazało się, że współistnienie tych cech nie jest stałe, a zatem nie może zachodzić między niemi stosunek przyczynowy. W wielu zakażeniach doświadczalnych okazało się, że aglutynacya jest stałą tylko dla zarazka, którym dane zwierzę było zaszczepione. Gdyby jednak to było prawem, gdyby w miejsce swoistości gatunkowej istniała swoistość indywidualna, aglutynacya kliniczna straciłaby racyę bytu. W istocie tak nie jest: obok spostrzeżeń, że zarazek otrzymany z chorego jest wrażliwszy na odczyn jego surowicy, istnieje mnóstwo innych, gdzie zarazek innego pochodzenia aglutynował się lepiej od drobnoustroju homologicznego. W klinice Chauffarda miałem możność spostrzegania przypadku marskości wątroby z wysiękiem w jamie brzusznej, powikłanej zakażeniem laseeznikami okrężnicowymi. Z płynu otrzewnowego otrzymałem czystą hodowlę lasecnzika okrężnicy: otóż zarówno płyn otrzewnowy, jak i surowica chorej aglutynowały sprawcę zakażenia przy rozcieńczeniu znacznie mniejszem, niż inną odmianą tegoż laseeznika.

Rehns uważa, że stopień zdolności aglutynowania się u laseczników durowych jest indywidualnym i o tyle stałym, że przy zakażeniu zwierząt lasecznikami o mniejszej lub większej wrażliwości aglutynacyjnej, stale otrzymują się surowice o mniejszej lub większej zawartości aglutynin. Najwięcej dla wyjaśnienia tej sprawy zrobił Rodet: badacz ten pierwszy wykazał, że wrażliwość drobnoustrojów na aglutyniny jest cechą równie zmienną, jak i inne cechy biologiczne. Im szerszą jest skala życiowa danego drobnoustroju, tem znaczniejsze są wahania i zdolności aglutyonwania się. Już z danych faktycznych przytoczonych wyżej można było wyprowadzić ten wniosek, że skala aglutynacyjna u drobnoustrojów o równoczesnym charakterze saprofitycznym i chorobotwórczym jest bez porównania większa, niż u bakteryj wyłącznie chorobotwórczych. Rodet pierwszy ustalił ten fakt, że drobnoustroje, świeżo otrzymane z organizmu zwierzęcego, posiadają nieznaczną zdolność do aglutynowania się. Hodowanie przez czas dłuższy na pożywkach sztucznych zdolność tę znakomicie potęguje, lub budzi nieistniejącą. Przechowując surowicę owcy uodpornionej przeciw lasecznikowi okrężnicy, Rodet badał porównawczo co jakiś czas jej odczyn, stale używając jako odczynnika jednej odmiany okrężnicowej: w marcu surowica aglutynowała przy rozcieńczeniu 10, w lipcu przy 2000, w październiku przy 10.000.

Laseczniki durowe, otrzymane z krwi lub śledziony chorych, niewrażliwe zupełnie na swoiste działanie surowic odzyskiwały również zdolność aglutynowania się przez pobyt na odżywkach laboratoryjnych. Fakt ten potwierdził Sacquépée i wykonał klasyczne doświadczenie w tym kierunku. Surowica białych szczurów, uodpornionych przeciwko lasecznikom durowym, posiadała zdolność aglutynacyjną w stopniu bardzo znacznym. Szczurom tym Sacquépée wszywał do otrzewnej hodowle laseczników durowych w woreczkach kolodyonowych i po kilku tygodniach wyjmował je z powrotem. Laseczniki otrzymane z otrzewnej nie aglutynowały się wcale. Rosnąc w warunkach zmienionych, laseczniki przystosowały się do nich i w walce o byt wyrobiły w sobie zdolność opierania się szkodliwemu działaniu aglutynin ustrojowych. Po półrocznym pobycie poza ustrojem zdolność aglutynowania się wróciła. Również Beil spostrzegł, że laseczniki durowe, otrzymane z otrzewnej przy zakażeniu doświadczalnem, nie aglutynują się pod wpływem surowic swoistych.

Radzievsky określał wrażliwość na aglutyniny pewnej odmiany laseczników okrężnicy, następnie zwiększał jej jadowitość, przeprowadzając ją przez ustrój zwierzęcy: pierwotne własności aglutynowania się ulegały przytem znacznej zmianie. Nicolas spostrzegł również u laseczników błonicy, że dłuższy ich pobyt na pożywkach sztucznych wywołał nieistniejącą początkowo wrażliwość na swoiste aglutyniny.

Najmniej uwydatniają się różnice indywidualne w aglutynacyi laseczników gruźlicy. Zarówno Arloing i Courmont, jak Buard, Casagrandi i inni mieli wyniki identyczne z surowicą gruźliczych, chociaż w hodowlach laseczników, służących do aglutynacyi, zachodziły pewne różnice: Arloing i Courmont początkowo hodowali swoje laseczniki na ziemniaku i następnie przeszczepiali do bulionu; Buard do pierwszego szczepienia używał marchwi, a Casagrandi w miejsce bulionu brał odwar ziemniaczany. Wszystkie te odmiany techniczne posiadały jednak jedną wspólną cechę: oto laseczniki przed użyciem do odczynu przez długi czas były hodowane na pożywkach sztucznych i to ujednostajniło ich wrażliwość na aglutyniny.

Spotęgowanie i ustalenie wrażliwości aglutynacyjnej przez długi pobyt na odżywkach wydaje mi się warunkiem nieodzownym dlatego, żeby wyniki poszukiwań nad aglutynacyą nie miały charakteru przypadkowego.

W ostatnich czasach aglutynacya drobnoustrojów na Zachodzie zyskuje coraz większe zastosowanie w klinice, jako gałąź pomocnicza w rozpoznawaniu chorób zakaźnych. Wyprowadzenie wniosków praktycznych z wyników aglutynacyi powinno być ograniczone przez pewne warunki, dotyczące jej stopnia i krzywej jej przebiegu. Stopień aglutynacyi, jak wiadomo, określa się największem rozcieńczeniem surowicy, przy którem odczyn jeszcze powstaje. Przy po-

szukiwaniach nad aglutynacyą w chorobach zakaźnych okazało się, że u niektórych osobników zdrowych surowica posiada także zdolność aglutynowania drobnoustrojów chorobotwórczych. Ztąd wynikła potrzeba dokładniejszego zbadania tej, tak zwanej aglutynacyi fizyologicznej i bodaj przybliżonego określenia jej granic. W tym kierunku istnieje duży materyał statystyczny, gdyż prawie każdy z lekarzy, zajmujących się aglutynacyą, określał równocześnie dla porównania odczyn surowic prawidłowych. Materyał ten ulega jednak pewnemu zarzutowi: oto osobniki, uważane za prawidłowe, posiadały przeszłość patologiczną, która mogła mieć wpływ na wynik aglutynacyi. W mniejszym stopniu zarzut ten dotyczy aglutynacyi laseczników durowych, lub przecinków cholerycznych, bardziej zaś odbija się na aglutynacyi gruźliczej, lub okrężnicowej. W sprawie aglutynacyi fizyologicznej najbardziej miarodajnym może być odczyn surowic dziecięcych wnet po urodzeniu.

W dostępnem mi piśmiennictwie znalazłem jedną tylko pracę, w podobny sposób poruszającą tensam temat. Romberg badał krew noworodków na obecność aglutynin gruźliczych: w 33 zbadanych przypadkach odczyn wypadł ujemnie.

Moje poszukiwania rozciągają się na 100 okazów krwi noworodków: w 100 przypadkach była badaną surowica na zawartość aglutynin durowych, w 100 na obecność aglutynin okrężnicowych, w 25 zbadany był odczyn z przecinkami cholerycznymi, w 25 z dwoinkami zapalenia płuc włóknikowego.

Technika otrzymywania krwi była następująca: wnet po urodzeniu się dziecka była wyciskaną krew z łożyskowego końca pępowiny do jałowej probówki. Odczyn surowicy badałem po 24 godzinach. W kilku przypadkach zmuszony byłem centryfugować płyn otrzymany po utworzeniu się skrzepu, gdyż zawierał on w znacznej ilości krwinki. Surowica nawet przy dłuższem przechowywaniu okazywała się jałową. Następnie trzymałem się ściśle zasad teoretycznych, przytoczonych we wstępie: lasecznik durowy, posiadający wszystkie typowe cechy lasecznika Ebertha, hodowany był przedtem przez pół roku na pożywkach sztucznych, lasecznik okrężnicy hodowany był przez rok, przecinek choleryczny, otrzymany z Instytutu Pasteura, pochodził z epidemii w Hamburgu; dwoinki otrzymałem przed pół rokiem z plwociny chorego na włóknikowe zapalenie płuc. We wszystkich przypadkach, z wyjątkiem aglutynacyi pneumokokowej, badałem odczyn tylko drobnowidowo, łącząc na szkiełku przedmiotowem kroplę surowicy czystej lub rozcieńczonej z kroplą odczynnika drobnoustrojowego; 24-godzinne hodowle agarowe lasecznika durowego, lasecznika okrężnicowego i prątka cholerycznego, były rozcieńczone w pięciu centymetrach sześciennych fizyologicznego roztworu, pneumokoki zaś były używane w postaci 24-godzinnej hodowli bulionowej. Wszystkie drobnoustroje były przeszczepiane co drugi dzień. Surowica była badana czysta i rozcieńczona. Rozcieńczeń dokonywałem na szeregu szkiełek zegarkowych: do jednej kropli surowicy zapomocą pipetki z podziałką dodawałem 1, 2, 3, 4... 9... 24 kropli fizyologicznego roztworu, otrzymując w ten sposób rozcieńczenia 1: 2, 1: 3, 1: 4, 1: 5... 1: 10... 1: 25, które dla skrócenia nazywam rozcieńczenia 2, 3, 4, 5... 10... 25.

Po przykryciu szkiełkiem nakrywkowem badałem co pewien czas preparat bez imersyi. Za najdłuższy przeciąg czasu potrzebny dla wystąpienia odczynu przyjąłem 2 godziny. Dla sprawdzenia w każdym przypadku badałem wejrzenie czystej zawiesiny drobnoustrojowej. Aglutynacyę częściową, polegającą na wytwarzaniu się po dwóch godzinach w nieznacznej ilości niewielkich gromadek, uważałem za wynik ujemny. Surowice badane na aglutyniny pneumokokowe zasiewałem hodowlą dwoinek i oglądałem pod mikroskopem (na szkiełku) po 24-godzinnym pobycie w cieplarce.

Wyniki badania były następujące:

a) Na 100 okazów surowicy noworodków 9 dało wyraźną aglutynacyę z lasecznikiem Ebertha w postaci nierozcieńczonej. Surowice rozcieńczone dawały tylko odczyn częściowy. Przy rozcieńczeniu większem nad 5 nie było aglutynacyi nawet częściowej.

W jednym z 9 dodatnich wyników stwierdziłem u matki przebyty dur.

b) Na 100 badanych surowic otrzymałem we wszystkich wyraźną aglutynacyę z lasecznikiem okrężnicy przy stosowaniu surowicy nierozcieńczonej

Przy	rozcieńczeniu	5	odczyn	był	78	razy
„	„	10	„	„	40	„
„	„	15	„	„	8	„
„	„	20	„	„	2	„
„	„	30	„	„	1	„

Przy większych rozcieńczeniach aglutynacyi nie otrzymałem.

W 20-tu przypadkach, gdzie aglutynacya ze zwykłym odczynnikiem była przy rozcieńczeniu 10, zbadałem odczyn surowicy z inną odmianą lasecznika okrężnicy, świeżo wyhodowaną z wysięku otrzewnowego chorej. Przy stosowaniu surowicy rozcieńczonej nie otrzymałem aglutynacyi ani razu, czysta surowica dała częściowy odczyn tylko w dwóch przypadkach, w reszcie poszukiwań wyniki były ujemne.

c) Z 25 badanych surowic jedna tylko dała aglutynacyę dwoinek w tworzącej się hodowli po 24 godzinach. Surowica była nierozcieńczona. Kropla mętnego płynu, zbadana pod drobnowidem, zawierała wyraźne gromadki dwoinek. Matka w pierwszej połowie ciąży przechodziła zapalenie płuc włóknikowe.

d) Z 25 nierozcieńczonych surowic 2 dały aglutynacyę z przecinkami cholerycznymi. Hodowla oprócz przecinków typowych zawierała dużo postaci długich inwolucyjnych. Niektóre z badanych surowic wywoływały częściową aglutynacyę tych postaci długich w kształcie rozetek, nie działając na przecinki typowe.

W dzieciństwie ilość aglutynin durowych w surowicy nie narasta, jak widać ze statystyki Gershela, który na 115 badanych dzieci ani razu nie otrzymał odczynu z surowicą rozcieńczoną, — zatem wyniki identyczne z moimi.

Inaczej rzecz się ma z surowicą osobników dorosłych: Stewart na 462 osobników badanych otrzymał aglutynacyę 3 razy; — badana była krew wysuszona i następnie rozcieńczona. Elsberg na 148 osobników widział odczyn u jednego. Courmont na 64 poszukiwania znalazł odczyn 1 raz. Rochette w 38 badaniach miał aglutynacyę 3 razy.

Przypadki Sklowera tak się układają: na 100 poszukiwań aglutynacya dodatnia 25 razy przy rozcieńczeniu 10, 10 razy przy rozcieńczeniu 20, 1 raz przy 40.

Stern u 70 badanych znalazł odczyn 20 razy przy rozcieńczeniu 10, 5 razy przy 20, 2 razy przy 30. Ziemke w 28 poszukiwaniach otrzymał aglutynacyę 6 razy przy rozcieńczeniu 10.

W odsetkach wypada, że około 6,5% badanych osobników posiada surowicę czynną wobec laseczników durowych przy rozcieńczeniu 10. Osobniki te nie przedstawiały w swej przeszłości patologicznej przebytego duru.

Co się tyczy aglutynin okrężnicowych, to Mc Crae w zbadanych 300 okazach krwi notował je stale przy rozcieńczeniu 10.

U 10 chorych szpitalnych, z których żaden przedtem nie przechodził zapalenia płuc, zbadałem surowice na aglutyniny pneumokokowe: odczyn wypadł dodatnio 4 razy w rosnącej hodowli przy użyciu surowicy nierozcieńczonej.

Achard i Bensande zbadali krew 30 osobników dorosłych na zawartość aglutynin cholerycznych: wyniki otrzymali ujemne, gdyż tylko u 2 chorych na moczniсę był zarys odczynu. Grunbaum widział aglutynacyę choleryczną u położnicy przy rozcieńczeniu surowicy 8. Pfeiffer i Kolle otrzymali aglutynacyę przecinków cholerycznych z surowicą prawidłową przy rozcieńczeniu 20.

Daleko częściej były notowane we krwi pozornie prawidłowej aglutyniny gruźlicze: Arloing i Courmont u 171 osobników bez przeszłości gruźliczej i bez klinicznych objawów gruźlicy znaleźli swoiste aglutyniny 56 razy. Ascoli i de Gregorio w analogicznych warunkach na 13 poszukiwań otrzymali aglutynacyę 3 razy. Koch u 30-tu ludzi pozornie zdrowych widział odczyn 5 razy przy rozcieńczeniu surowicy 25 i jeden raz przy rozcieńczeniu 50. Iwanow na 17 poszukiwań miał aglutynacyę w 10 przypadkach. Carrière w 30 badaniach miał dodatnie wyniki 17 razy. Romberg na 102 badania miał odczyn 64 razy z czystą surowicą, 37 razy przy rozcieńczeniu 5, 18 razy przy rozcieńczeniu 10, jeden raz przy rozcieńczeniach 15, 20 i 30.

Technika aglutynacyi gruźliczej u różnych badaczy była niejednakowa; można jednak przyjąć za wniosek, że około 40% osobników, nie przedstawiających klinicznych cech gruźliczych, posiada surowicę aglutynującą prątki gruźlicze.

Jako ostateczny wniosek z tych zestawień wypada, że tylko aglutyniny okrężnicowe stanowią stały składnik surowicy ludzkiej, wszystkie zaś inne pojawiają się w niej tylko czasowo, jako składniki niestałe. Z przyczyn, wywołujących powstawanie aglutynin we krwi, zakażenie jest najczęstszą, lecz nie wyłączną. Istnieje mnóstwo spostrzeżeń, zarówno klinicznych, jak i doświadczalnych, dowodzących możliwości przejścia aglutynin swoistych z krwi macierzystej do krwi płodowej bez zakażenia płodu. Ilość aglutynin w krwi noworodka zależy od natężenia odczynu u matki. Odczyn nie bywa długotrwałym: nie przechodzi zwykle 4—8 tygodni.

Ponieważ aglutyniny opierają się działaniu fermentów trawiennych, teoretycznie przeto można uzasadnić fakt, że karmienie dzieci mlekiem, zawierającem aglutyniny, może wywoływać w ich krwi zdolności aglutynacyjne. Griffon i Landouzy przytaczają następujące spostrzeżenie: matka w trzy miesiące po porodzie zachorowała na dur, dziecko karmione piersią pozostało zupełnie zdrowe, lecz surowica jego dawała wyraźną próbę Widala. Castaigne również opisuje przypadek, gdzie surowica dziecka przez karmienie mlekiem zyskała własności aglutynowania. Aglutyniny znikły po zaprzestaniu karmienia dziecka piersią.

Na wzmiankę zasługują bardzo ciekawe prace Fraenkla i Otto, a także Metalnikowa. Badacze ci, karmiąc szczenięta hodowlą laseczników durowych, wywoływali w ich surowicy powstawanie nie istniejących przedtem aglutynin durowych. Metalnikow zaś konstatował u zwierząt pojawianie się w krwi swoistych hemaglutynin pod wpływem karmienia krwią. Fakty te dowodzą, że niszczenie pierwiastków morfotycznych i bakteryj w przewodzie pokarmowym może wywoływać w krwi powstawanie odpowiednich fermentów aglutynujących. Gdyby większa ilość spostrzeżeń udowodniła i nadała cechę stałości wnioskom tych badaczy, wiele ciemnych stron aglutynacyi zyskałoby należyte oświetlenie. Obecnie nic nie stoi na przeszkodzie przypuszczeniu, że tą drogą wytwarzają się aglutyniny okrężnicowe. Fagocyty, przyjmujące czynną rolę w trawieniu, niszczą w znacznej ilości laseczniki okrężnicowe, wegetujące — jak wiadomo — stale w przewodzie pokarmowym. Rozpad zaś protoplazmy ciał drobnoustrojowych wywołuje wyzwalanie się swoistych fermentów bakteryjnych.

Trudniej jest objaśnić sprawę powstawania aglutynin durowych, cholerycznych, pneumokokowych we krwi osobników bez poprzedniego zakażenia. Istnieją wprawdzie spostrzeżenia, że laseczniki durowe i przecinki choleryczne mogą wegetować w przewodzie pokarmowym ludzkim, nie wywołując wcale zmian chorobowych; — dwoinki zaś należą do stałej flory jamy ustnej i ztąd mogą się dostawać do przewodu pokarmowego: fakty te jednak nie tłómaczą dostatecznie sporadycznego powstawania aglutynin swoistych u osobników prawidłowych. Brak ściślejszych wiadomości w tej mierze musimy jeszcze ukrywać jak dawniej po za etykietą tak zwanych wpływów indywidualnych.

Inaczej rzecz się ma z aglutyninami gruźliczemi: z dużą dozą prawdopodobieństwa przypuścić możemy, że ich powstawanie stoi w związku z rozwojem ognisk gruźliczych utajonych. Poszukiwania Romberga nad aglutynacyą gruźliczą, oświetlone wynikami pracy Naegeliego nad częstością zmian gruźliczych przy oględzinach pośmiertnych, dają w tej mierze bardzo przekonywujące wskazówki.

Wnioski, dające się wyprowadzić z pracy obecnej, można streścić w następujących słowach:

Do badania aglutynacyi zarówno fizyologicznej, jak patologicznej winny być używane hodowle drobnoustrojowe, trzymane przez długi czas na pożywkach sztucznych: w tych warunkach swoistość indywidualna schodzi do *minimum*, wzrasta zaś i jaśniej występuje swoistość gatunkowa.

Dla określenia aglutynin we krwi prawidłowej powinny być przeprowadzone poszukiwania zarówno nad krwią dorosłych, jak i noworodków. Tylko zestawienie tych dwóch wyników może dać dokładne pojęcie o aglutyninach fizyologicznych.

Aglutyniny okrężnicowe stanowią prawidłowy składnik surowicy ludzkiej.

Aglutyniny durowe spotykają się w przybliżeniu w 9% krwi noworodków; aglutyniny te mogą być wykryte tylko w surowicy nierozcieńczonej. Ilość aglutynin wzrasta w surowicy dorosłych, stopień zaś aglutynacyi określa się roz-

cieńczeniami 10—50. Około 6,5% dorosłych posiada surowicę czynną.

Aglutyniny choleryczne spotykają się w ilości minimalnej w surowicy płodowej (8%). U osobników dorosłych sporadyczna aglutynacya była notowana nawet z surowicą rozcieńczoną.

Aglutyniny pneumokokowe nie spotykają się w prawidłowej surowicy dziecięcej; u niektórych dorosłych mogą być wykryte w ilości nieznacznej (przy hodowaniu dwoinek w surowicy nierozcieńczonej).

Aglutyniny gruźlicze nie istniejące we krwi płodowej spotykają się u 40% osobników dorosłych, będąc prawdopodobnie wyrazem rozwoju sprawy gruźliczej utajonej.

Za miły obowiązek uważam złożenie podziękowania panu Danyszowi, w którego pracowni w Instytucie Pasteura bakteryologiczną część pracy niniejszej wykonałem, i panu Couvelaire, szefowi kliniki położniczej profesora Pinarda, który mi pozwolił uprzejmie korzystać z materyału klinicznego.

Piśmiennictwo. Kolle: Zur Serodiagnostik des Abdominaltyphus. (Deutsche med. Woch. 1897). Gruber: Beitrag zur Serumdiagnostik des Typhus abdominalis. (Münch. med Woch. 1897). Kühnau: Ueber die Bedeutung der Serodiagnostik beim Abdominaltyphus. (Berl klin. Woch. 1897) Achard et Bensande: Sur l'agglutination des divers échantillons du bacille d'Eberth. (Soc. de biol. 21/XI, 1896). Widal et Sicard: Etude sur le sérodiagnostic et sur la réaction agglutinante chez les typhiques. (Ann. de l'Inst. Pasteur, 1897). Stern: Ueber Fehlerquellen der Serodiagnostik (Berl. kl. Woch 1897). Fraenkel. Weitere Erfahrungen über den Werth der Widal'schen Probe. (Deutsche med. Woch. 1897). Van-de-Velde: Bullet. de l'académie royale de médecine de Belgique. (27/III, 1897). Smith: Zur Kentniss der Colibacillen des Säulingsstuhles. (Centralbl. für Bakter. 1897). Achard: Cytowany w pracy Bensande: Le phénomène de l'agglutination des microbes, str. 196. Van-de-Velde: Essai d'agglutination vis-à-vis de 25 variétés de coli-bacilles authentiques pur du sérum antityphique, du sérum anticolique et du sérum normal. (Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique 1897). Koehler und Scheffler: Die Agglutination von Fäkalbakterien bei Typhus abdominalis durch das Blutserum (Münch. med. Woch. 1900). Pfaundler: Zur Serodiagnostik im Kindesalter. (Jahrbuch für Kinderheilkunde 1899). Rothberger: Ueber Agglutination des Bacterium Coli. (Zeitschr. für Hyg. 1900). Jatta: Experimentelle Untersuchungen über die Agglutination des Typhusbacillus und der Mikroorganismen der Coligruppe. (Zeitschr. für Hyg. 1900). Radzievsky: Beitrag zur Kenntniss des Bacterium Coli. (Zeitschr. für Hyg. 1900). Bezançon et Griffon: Étude de la réaction agglutinante du sérum dans les infections expérimentales humaines à pneumocoques. (Annales de l'Inst Pasteur 1900). Daddi e Pesci: L'agglutinazione del diplococco. (Rivista crit. di clinica med. 1901). Laudi e Cionini: (XI kongres medycyny włoskiej 27—31/X, 1901). Lannelongue et Achard: Sur les infections provoquées par les bacilles du groupe Proteus et sur les propriétés agglutinantes du sérum dans ces infections. (Comptes rendus des séances de l'Acad. des Sciences 5/X. 1896). Achard et Bensande: Niewydane prace cytowane w książce Bensande'a, str. 211. Van-de-Velde: ibidem, str. 213. Achard et Bensande: Sérodiagnostic du Choléra. (Soc. med. des hôp. 23/IV, 1897). Nicolas: Sur la constance de l'aptitude ou de l'inaptitude de certains échantillons du bacille de Loeffler à se laisser agglutiner par divers sérums antidiphtériques (Soc. de biol. 29/X, 1898). Rehns: L'agglutinabilité du bacille typhique, mesure de son pouvoir agglutinogène. (Soc. de biol. 21/XII. 1901). Rodet: Sur l'agglutination du bacille Coli et du bacille d'Eberth par le sérum des animaux immunisés. (Journal de physiol. et de path. gén. 1899 i 1900) Sacquépée: Variabilité de l'aptitude agglutinative du bacille d'Eberth (Ann. de l'inst. Past. 1901). Beil: Untersuchungen über die Agglutination von Typhusbakterien. (Prag. med. Woch 1901). Nicolas: Note sur l'acquisition de l'agglutinabilité du bacille de Loeffler primitivement non agglutinable. (Soc. de biol. 1900). Arloing et Courmont: Le sérodiagnostic de la tuberculose. (Gaz. des hôp. 1900). Casagrandi: (Soc. Lancis. seduta 11/I. 1902). Buard: Séro-réaction tuberculeuse. Culture du bacille agglutinable. Étude speciale chez l'enfant Thèse de Bordeaux, 1900. Romberg: Weitere Mittheilungen zur Serumdiagnose der Tuberkulose. (Münch. med. Woch. 1902). Gershel: The value of the Widal reaction in the diagnosis of typhoid fever in Children. (Medical Record. 1901). Stewart: Statistical Sommary of results obtained in the laboratory of the Board of Health of Philadelphia in the application of the blood-reaction for the diagnosis of typhoid fever. Philadelphia. 1897). Elsberg: The serum diagnosis of typhoid fever. (Medical Record, 1897) Courmont: Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. (La Semaine med. 1897) Rochette: Le séro-diagnostic dans la fièvre typhoïde et dans l'embarras gastrique. (Thèse de Lyon, 1901). Sklower: Beiträge zur Serodiagnostik des Typhus abdominalis. (Dissert. inaug. Leipzig, 1897). Ziemke: Zur Serumdiagnose des Typhus abdominalis. (Deutsche med. Woch. 1897). Mc Crae: Notes of three hundred agglutination tests tried with Bac. coli communis. (Montreal med Journal, 1900). Grunbaum: On the agglutinative action of human serum in its relation to the serodiagnosis of enteric fever. (The Lancet, 1896). Pfeiffer und Kolle: Weitere Untersuchungen über die spezifische Immunitätsreaction der Choleravibrionen im Thierkörper und Reagensglase. (Centralblatt für Bakt. 1896). Ascoli e de Gregorio: L'agglutinazione dei bacilli tubercolari (Il Policlinico, 1902) Koch: Ueber die Agglutination der Tuberkelbacillen und über die Verwerthung dieser Agglutination. (Deutsche med. Woch. 1901). Iwanow: O sierodjagnozie tubierkuloza. (Mediciskoje Obozr. 1901). Carrière: Le séro-diagnostic de la tuberculose. (Soc. de biol 6/VII, 1901). Griffon et Landouzy, Castaigne: Transmission par l'allaitement du pouvoir agglutinant. (Soc de biol. 5/XI. 1897). Fraenkel und Otto: Experimenteller Beitrag zur Lehre von der Agglutationswirkung des Typhusserums. (Münch. med. Woch. 1897. Metalnikoff: (Centralbl. für Bakt. 1901). Nägeli: Ueber Häufigkeit, Lokalisation und Ausheilung der Tuberkulose nach 500 Sektionen des Züricherischen pathologischen Institutes. (Virchows Archiv, 1900).

II. **Z kliniki chirurgicznej prof. Kadera w Krakowie.**

Przyczynek do leczenia krwawnic (hemoroidów).

Podał

Dr. E. Liebermann

elew kliniki chirurgicznej.

Do rzędu sposobów leczenia krwawnic bez operacyi, dziś jeszcze niekiedy stosowanych, zaliczyć należy leczenie środkami zewnętrznie stosowanymi, czy to w formie różnego rodzaju okładów, czy też wstrzykiwań rozmaitych przetworów do samych guzów krwawnicowych.

Najłagodniejsze sposoby podają Preissmann i Parvin. Pierwszy z nich usuwał guzy krwawnicowe okładami z roztworu, zawierającego jod i jodek potasu, wedle następującego wzoru:

Jodi puri 0,20, Kalii jodati 2,00, Glycerini 35,00.

Parvin stosuje wewnętrznie *sol. arsenic. Fowleri,* nie wykonując miejscowo żadnego rękoczynu i przytacza przypadek, w którym mimo kilkakrotnej operacyi guzy znów się pojawiły i dopiero wspomniany przetwór arsenikalny doszczętnie je usunął. Lausing leczy krwawnice czopkami z ergotyny, wprowadzanymi do odbytnicy. Większą radykalnością odznaczają się metody Happela, Edwardsa, Langego, Rouxa i innych, którzy wstrzykiwali do wnętrza guzów kwas karbolowy w rozmaitych zgęszczeniach i dawkach. Inni wreszcie, stosują roztwór jodoformu w eterze. Walker i Reclus sądzą, że w większości przypadków wystarcza silne rozszerzenie odbytnicy, bądź palcami, bądź też przez powolne wprowadzanie do odbytnicy coraz to szerszych wzierników. Jakkolwiek nie ulega wątpliwości, że każdy z tych chirurgów miał dobre wyniki, to pomimo to dla wydania ostatecznej opinii o ich sposobie za mało mamy dotychczas spostrzeżeń, ogłoszonych w piśmiennictwie tego przedmiotu.

Dziś znaczna większość chirurgów leczy krwawnice bardziej radykalnie, pomimo że takie leczenie zmusza chorego do leżenia w łóżku i do mniej lub więcej długotrwałej przerwy w swych zajęciach. Lane i Gowland stosują przeważnie podwiązki, zakładane na podstawę guzów i powołują się na statystykę 854 przypadków, leczonych w ten sposób, z których tylko 3 umarło na tężec.(?!!) Allingham zebrał z statystyki jednego szpitala 3213 przypadków, leczonych podwiązkami, z których 5 umarło na tężec. (?!!) Wiel-

kim zwolennikiem leczenia krwawnic podwiązkami był swego czasu też i Esmarch. Syme utrzymuje, że metoda ta daje zawsze dobre wyniki, jeżeli tylko podwiązkę założoną na podstawę guza zaciśnie się tak mocno, że wszelka łączność soków z resztą ustroju zupełnie odciętą zostanie. Dittel zakładał podwiązkę elastyczną. Zuckerkandl uważa tę metodę za najlepszy sposób leczenia krwawnic. Sklifosowski operuje krwawnice wewnętrzne przez okłówanie; zewnętrznych zaś nie rusza wcale, lub wyjątkowo je wypala. Houston niszczy guzy krwawicowe działając bezpośrednio na nie kwasem azotowym; metodę tę stosował niejednokrotnie i Billroth. Laroyenne używał zamiast kwasu azotowego chlorku cynkowego. Usuwanie guzów krwawnicowych odgniataczem (ecraseur) stosowało bardzo nie wielu chirurgów, lecz z powodu wielkiego niebezpieczeństwa krwotoku sposobu tego już zupełnie zaniechano.

Obecnie przeciw guzom krwawicowym stosują chirurdzy przeważnie albo wypalanie sposobem podanym przez Langenbecka, dawniej za pomocą rozpalonego żelaza, a dziś żegadłem Paquelina, lub też wycinanie, jak to niezależnie od siebie zalecali je Whitehead, Lange, Sendler, Mikulicz (Reinbach) i inni.

Niektórzy jednak krwanice leczą i dziś jeszcze podwiązkami, względnie okłówaniem (Riedel, Garre, Madelung, Ehrlich i inni).

Metoda Langenbecka daje bezwarunkowo dobre wyniki. Już H. Smith powołuje się na statystykę 530 przypadków operowanych tym sposobem, z pośród których tylko w niewielu przypadkach nastąpił krwotok i tylko 2 chorych umarło, jeden na zapalenie płuc, drugi z powodu zapalenia otrzewnej. Z późniejszych prac wspomnę publikacye prof. Trzebickyego, Steina i ostatnią ze znanych mi, t. j. pracę Talka z kliniki prof. Garrego w Królewcu; autorowie ci przemawiają na korzyść metody Langenbecka. Talke zaleca ten sposób, pomimo, że w czterech przypadkach miał bardzo silne krwotoki. Ostatni ten autor dochodzi w porównawczem zestawieniu metod wycinania i przypalania do wniosku, że metoda Langenbecka w niczem, ani co do radykalności, ani co do wyniku ostatecznego, nie ustępuje wszystkim innym metodom operacyjnym i w ręku mniej doświadczonego chirurga jest bezpieczniejszą i prędzej do celu prowadzi, niż metoda Whiteheada.

Jakąkolwiek bądź metodę operacyjną zastosowalibyśmy przy leczeniu operacyjnem krwawnic, zawsze pamiętać należy o tem, że każda z nich połączoną jest z niebezpieczeństwem krwotoku poniekąd już w czasie operacyi, zwłaszcza jednak później, w okresie pooperacyjnym; dalej z niebezpieczeństwem zakażenia, powstania zapalenia żył, ropówki, zakrzepów, zatorów i zawałów. Nie mniej miarodajnem przy wyborze metod operacyjnych jest i to, która z nich daje lepsze wyniki ostateczne i która w czasie leczenia najmniejsze sprawia choremu dolegliwości, a wreszcie, która z nich najprędzej prowadzi do celu.

Ze stanowiska powyższych warunków i nowoczesnej chirurgii musimy przyznać wyższość sposobowi Whiteheada.

Usuwanie jakichkolwiekbądź części z ustroju przez wypalanie za pomocą rozpalonego żelaza, stosowanego chociażby nawet w formie żegadła Paquelina, czy pętli galwanokaustycznej, należy dzisiaj do przeszłości. Tylko w wyjątkowych przypadkach stosujemy ten sposób postępowania, a wszędzie tam, gdzie tylko można, zastępujemy go nożem lub nożyczkami. Postępujemy tak dlatego, że w ten sposób łatwiej dochodzimy do celu, nie zacieramy anatomicznych stosunków, daleko łatwiej spostrzegamy i ujmujemy broczące naczynia, a w przypadkach, gdzie brzegi rany możemy zeszyć, osiągamy rychłozrost, względnie daleko prędsze zabliźnienie. Blizna jest zawsze mniejszą, a niebezpieczeństwo zakażenia również daleko mniejsze.

Podnoszona dawniej zaleta, że strup powstały pod wpływem wysokiej ciepłoty chroni od zakażenia, nie może być uwzględnianą, wiemy bowiemy dzisiaj, że pod takim strupem zawsze się gnieżdżą i rozwijają drobnoustroje.

Nożem i nożyczkami operować możemy daleko doszczętniej przy wycinaniu guzów krwawnicowych, zaoszczędzając równocześnie daleko więcej skóry i błony śluzowej, niż przy metodzie Langenbecka. Co się tyczy zabezpieczenia się przed krwotokiem, to metoda Whiteheada również chroni nas bardziej, niż metoda Langenbecka. W razie potrzeby możemy bowiem podwiązać lub okłóć każde broczące naczynie. Okres gojenia się trwa po wycięciu krwawnic daleko króciej, niż po wypaleniu.

Jak sam Talke we wzmiankowanej pracy utrzymuje, muszą chorzy operowani metodą Langenbecka leżeć nieraz ze cztery tygodnie, natomiast chorzy, u których krwawnice wycięto, powracają do zdrowia znacznie prędzej (10—12 dni). Blizny po wycięciu są daleko mniejsze i miększe; niebezpieczeństwo następowego zwężenia odbytnicy jest również mniejsze, niż przy sposobie Langenbecka. Wreszcie uwzględnić musimy i to, że chorzy operowani sposobem Whileheada mniej doznają bolów w czasie pooperacyjnym, niż po wypaleniu guzów.

Jak już poprzednio wspomniałem, nożem, względnie nożyczkami, możemy chore części usuwać daleko doszczętniej, niż rozpalonem żelazem. Przeciąwszy bowiem i odpreparowawszy błonę śluzową i skórę, dostrzegamy z łatwością żylaki i możemy je wycinać, zagłębiając się mniej lub więcej bez uszkodzenia otaczających tkanek, jak to przy metodzie Langenbecka ma miejsce.

Niektórzy łączą sposoby wycinania, wypalania i podwiązywania w ten sposób, że po ujęciu guza w kleszczyki nacinają błonę śluzową, względnie skórę, u ich podstawy, zakładają na ich szypułę podwiązkę i dopiero wówczas wypalają guz; inni nakładają podwiązkę bez poprzedniego nacięcia, przekłówając niekiedy szypułę u podstawy i przeprowadzając tamtędy nitkę dla tem pewniejszego zaciśnięcia szypuły. Sposoby te zdaniem naszem nie przedstawiają żadnych miarodajnych korzyści.

W klinice krakowskiej stosowaliśmy od czasu objęcia jej kierownictwa przez prof. Kadera wyłącznie metodę Whiteheada przeważnie z modyfikacyą Mikulicza tak, jak ją Reinbach opisał. Staraliśmy się zawsze możliwie dużo zaoszczędzić błony śluzowej, aczkolwiek ta ostatnia w odbytnicy jest zawsze w nadmiarze i jest bardzo podatną; ze skóry zaś wycinaliśmy zawsze tylko części przerosłe, i sterczące w kształcie fałdów i brodawczaków, względnie usuwaliśmy skórę, pokrywającą bardziej wypukłe guzy zewnętrzne. Jest to najlepszy sposób zapobiegania powstaniu następowego zwężenia. Chodzi tu głównie o jak największe

oszczędzanie skóry i bezpośredniego jej przejścia w błonę śluzową. Tylko w nielicznych przypadkach guzów uwięzłych i owrzodziałych byliśmy zmuszeni wycinać większe kawałki skóry i błony śluzowej.

Do operacyi przygotowujemy chorego w ten sposób, że przez 2—3 dni przed operacyą chory dostaje silny środek przeczyszczający i jest utrzymywany na ścisłej dyecie; wieczorem w przeddzień operacyi i na kilka godzin przed operacyą dostaje on 20 kropli nastoju makowca. Przed operacyą goli się dokładnie całą okolicę i wymywa wodą jałową i mydłem, następnie eterem i sublimatem (1:2.000). Przez przykrycie kawałkami gazy otworu stolcowego unika się zetknięcia się eteru z błoną śluzową. Wprawdzie o wyjałowieniu tej okolicy, t. j. usunięciu z niej wszelkich bakteryi, jak to już z samej natury rzeczy wynika i mowy być nie może, to jednak przez to dokładne wymycie usuwa się całą masę bakteryi, któreby przy dalszem leczeniu przeszkadzać mogły. Operujemy zawsze w ułożeniu bocznem z silnie zgiętemi i do góry podciągniętemi nogami, tak jak to Reinbach opisał, a nie na wznak, a to dlatego, że przy pierwszem z wymienionych ułożeń odpada potrzeba trzymania kończyn przez osobnych pomocników.

Znieczulaliśmy tropakokainą (0,06) sposobem Biera; chloroform przy tej operacyi stosowaliśmy tylko wyjątkowo.

Operacyę zaczynaliśmy od dolnej połowy i przechodziliśmy następnie ku górze, a to w tym celu, by spływająca krew nie zalewała nam pola operacyjnego. W czasie operacyi staraliśmy się możliwie mało wycierać pole operacyjne; krew spłókiwaliśmy zimną wodą, tamując przez to częściowo i krwotok. Tylko wyjątkowo podwiązywaliśmy większe naczynia osobną podwiązką; w zasadzie staraliśmy się ująć szwem naczynia krwawiące. Stosowaliśmy zawsze szew węzełkowy. Pojedyncze szwy zakładaliśmy zwykle daleko jeden od drugiego, chcąc w ten sposób zapobiedz podskórnym, względnie podśluzowym wysiękom i zgorzeli brzegów błony śluzowej. Przez pozostawione szczeliny mogła się nagromadzona krew miąższowa na zewnątrz wylewać. Przy operacyi używaliśmy zwykle katgutu, co uwalniało nas od wyjmowania nitek. Guzów krwawnicowych w okresie zapalnym nie operowaliśmy nigdy; leczyliśmy najpierw zapalenie okładami z $^1/_2$% Na_2CO_3, a dopiero po ustąpieniu zapalenia przystępowaliśmy do operacyi. W przypadkach ropówki (flegmony) nacinaliśmy ją na kilka dni przed operacyą krwawnic. Przy przetokach i rozpadlinach dołączaliśmy do przecięcia zdziergacza wytamponowanie jamy. Przetoki przecinaliśmy typowo w całej długości lub też wycinaliśmy je w całości.

W ogólności, operując sposobem Whiteheada, należy ściśle trzymać się wskazania i wycinać tylko to, co bezwzględnie wyciętem być musi. Weir idzie więc za daleko, usuwając cały dolny odcinek odbytnicy.

Do rzędu bardzo niemiłych objawów, występujących po operacyi krwawnic, należą prawie zawsze zjawiające się kurczowe bole. Zjawiają się one już w parę godzin po operacyi, a trwają niekiedy dłużej nad dobę, czasami nawet i dwie doby. Celem ich uniknięcia prof. Kader stosował zawsze w ostatniem półroczu rozcięcie zdziergacza w tylnem spoidle. Zabieg ten zapobiegał bardzo dobrze tym bolom, możemy więc w tym względzie w zupełności potwierdzić twierdzenie Trinklera. Wszyscy bowiem chorzy w ten sposób operowani nie uczuwali żadnych bolów pooperacyjnych. Tylko jeden z nich uskarżał się na piekący ból w miejscu operacyi, ale cierpienie to było znośne i nie odznaczało się tym tak przykrym i dolegliwym skurczem, na jaki uskarżała się większa część chorych, operowanych bez przecięcia zdziergacza. Przecięcie to możemy bardzo gorąco polecić. Usuwa ono stanowczo bole i zapobiega późniejszemu powstaniu zwężenia. Sprawność samego mięśnia nie ucierpiała bynajmniej u żadnego z naszych chorych.

Guzy wewnętrzne wydobywaliśmy, wprowadzając do odbytnicy imadłem (kornzangą) na mniej więcej $^1/_3$ m. długi, w kilkoro złożony pas wyjałowionej gazy. Przy wyciąganiu gazy wydobywały się równocześnie na zewnątrz i guzy, które ujmowano szczypczykami i pociągano nieco ku dołowi, a wydostawszy w ten sposób cały pas chorej błony śluzowej za zewnątrz, wycinano go w wyżej podany sposób. Po operacyi pokrywaliśmy brzegi rany niewielkim kawałkiem gazy wyjałowionej, a na całe pole operacyjne kładliśmy aseptyczny opatrunek, przymocowany przylepcem. Opatrunek ten zmieniano dopiero po kilku dniach, a to w tym celu, by usunąć wydzieliny, które tam czasami bądź to z odbytnicy, bądź też z potu się gromadzą. Niekiedy musieliśmy zmienić opatrunek dlatego, że się rozluźnił. W nielicznych tylko przypadkach odstępowaliśmy od tego sposobu opatrywania i wstawialiśmy do odbytnicy rurkę gumową średniej grubości i wyprowadzaliśmy ją na zewnątrz po za opatrunek. Przez rurkę wydobywało się zawsze na zewnątrz trochę wydzieliny, oraz gazy, nie stykając się wcale z raną. Choremu pozwalamy leżeć po operacyi w ułożeniu dla niego najdogodniejszem, na boku lub na wznak.

Przez pierwsze sześć dni dostawali dorośli chorzy co dwie godziny po 10 kropel nastoju makowca, lecz nigdy więcej nad 70 kropel w ciągu jednego dnia. Niektórzy chorzy w razie potrzeby otrzymywali jeszcze w nocy jednorazowo 20 kropli tego leku. Począwszy od siódmego dnia ilość podawanego makowca zmniejszano powoli tak, że dziesiątego dnia zażywali chorzy już tylko mniej więcej 45 kropel dziennie. Od dziesiątego dnia począwszy nie podawano już makowca. Dyeta przez cały czas była możliwie ścisłą. Przez pierwszych 6—7 dni podawano chorym tylko płyny, a więc mleko, rosół, bulion, kawę, herbatę, kakao w mniejszych ilościach, a dla ugaszenia pragnienia wodę. Do tego podawano osmego dnia jaja na miękko, szynkę gotowaną czasem mały kawałek bułki.

W trzech przypadkach stolec odszedł jeszcze przed upływem trzech dni, nie wpłynęło to jednak wcale na przebieg choroby. Z wywołaniem stolca nie spieszyliśmy się wcale: owszem, byliśmy zawsze zadowoleni, jeżeli pierwsze wypróżnienie nastąpiło dopiero po dziewięciu dniach, a to dlatego, że zabliźnianie się rany było tem pewniejszem, im dłuższy czas udawało się nam stolec zatrzymać. Dziesiątego dnia chorzy opuszczali łóżko, chociażby stolca jeszcze nie było. By go wywołać, stosowaliśmy lewatywy; gdy jednak stolec samoistnie nie pojawił się, dostawali chorzy celem uniknięcia zbitości kału, małe dawki środka przeczyszczającego. Pierwszy, a niekiedy jeszcze i drugi stolec po operacyi bywał zazwyczaj bolesny, czasami z niewielką ilością krwi zmieszany, następne zaś oddawali już chorzy bez żadnych dolegliwości. Po oddaniu pierwszego stolca nie zakładaliśmy już choremu żadnego opatrunku. Po każdym stolcu

brał chory kąpiel nasiadową, a ranę pomazywaliśmy $1/2\%$ maścią kseroformową. Kąpiele takie działają bardzo kojąco na ból i dlatego chorym, bardzo wrażliwym, polecaliśmy oddawać stolec w kąpieli na 30° R.

Co do urynowania, to u wszystkich prawie naszych chorych trwało przez pierwsze trzy dni zatrzymanie moczu, dlatego musiano ich cewnikować.

Zazwyczaj na jedenasty, najdalej na dwunasty dzień po operacyi chorzy opuszczali klinikę.

W dwóch ostatnich latach operowaliśmy 37 przypadków krwawnic, z tych 36 metodą Whiteheada, w trzydziestym siódmym zastosował z dobrym wynikiem Doc. Dr. Chlmusky sposób okłócia, zalecony przez Riedla.

Krwawnice są bardzo rozpowszechnione i zgłaszających się do kliniki z tem cierpieniem było wielu. Prof. Kader przyjmował jednak tylko liczbę ograniczoną, t. j. tylu, ilu tego wymagały cele dydaktyczne, lub też przypadki powikłane, jakoteż i te, w których jakieś wątpliwości rozpoznawcze zachodziły.

Na 37 chorych było 6 kobiet i 31 mężczyzn. Co do wieku, to byli to ludzie przeważnie w średnich latach. Najstarszy liczył lat 64, najmłodszy zaś 20 (niezamężna kobieta). Znaczna liczba chorych była bardzo wycieńczona wielokrotnymi krwotokami; u 5 z nich guzy były uwięzłe i zaognione; w 6 przypadkach było powikłanie z ropówką i przetokami, a 3 chorych miało rozpadliny rzyci. Tak wysoki odsetek powikłań tłómaczy się tą okolicznością, że prof. Kader przy przyjmowaniu chorych na krwawnice kierował się tylko względami dydaktycznymi.

U chorych, operowanych przez wycięcie, mieliśmy 3 razy powikłania. Raz wystąpił w kilkanaście godzin po operacyi silny krwotok tętniczy skutkiem rozluźnienia się jednego szwu; u dwóch innych chorych powstały małe ropówki, które się samoistnie wygoiły. W obydwu tych przypadkach szwy były zanadto gęsto nałożone.

Wszystkie przypadki, nie wykluczając tych trzech, zakończyły się zupełnem wyzdrowieniem.

Tylko u czterech chorych nie osiągnęliśmy rychłozrostu, t. j. w wyżej wymienionych przypadkach ropówki i krwotoku. Czwarty dotyczył chorej, u której jeden szew przeciął błonę śluzową i brzegi rany się rozstąpiły. Ale i w tych przypadkach wygojenie się nastąpiło bardzo szybko, daleko szybciej niż po wypaleniu.

Usposobienie dziedziczne mogliśmy wykazać u 2 chorych, których rodzice i liczne rodzeństwo cierpiało, lub cierpi na krwawnice.

W znacznej liczbie przypadków powstanie krwawnic poprzedzało wieloletnie nawykowe zaparcie stolca; niektórzy natomiast chorzy podali, że cierpieli na często powtarzające się i długotrwałe biegunki. Wszyscy byli bardzo znękani długotrwałemi biegunkami.

U jednego chorego i u jednej chorej (operowanej metodą Riedla) powstało skutkiem odprowadzenia moczu cewnikiem zapalenie błony śluzowej pęcherza; przy stosownem leczeniu ustąpiło ono w parę dni. Wszyscy chorzy opuścili klinikę zupełnie zadowoleni.

W celu dowiedzenia się o wynikach leczenia zwróciłem się do wszystkich chorych z zapytaniem o obecny stan zdrowia. Otrzymałem odpowiedź od 14 chorych, z których 11 uważa się za zupełnie zdrowych i na nic się nie uskarża. Dwóch tylko chorych wyraziło swoje niezadowolenie z obecnego stanu. Jeden z nich podaje, iż ma uczucie, jakoby otwór stolcowy był znacznie węższym, niż dawniej (8 mies. po operacyi), a drugi, że odnowiły się dawniejsze cierpienia, t. j. powtarzające się od czasu do czasu niewielkie krwotoki w czasie oddawania stolca. Z odpowiedzi trzeciego chorego, nauczyciela ludowego, nie można nic pewnego wywnioskować. Jestto neurastenik, który podał nam do uwzględnienia i zastosowania się do niej swoją własną teoryę „choroby hemoroidalnej i hemoroidów", w której wyłuszcza, że krwawnice są wynikiem zbytniego działania siły ciężkości na soki ustroju. Czuje się on jednak znacznie zdrowszym, niż przed operacyą; krwotoków nie ma.

Na wtórne pojawienie się guzów nie skarżył się żaden chory.

Riedel i Ehrlich, ten ostatni na podstawie materyału Madelunga, Garrego i Müllera, dochodzą do przekonania, że w przeważnej liczbie przypadków można doprowadzić guzy krwawnicowe do zaniku i usunąć dolegliwości przez nie spowodowane sposobem znacznie łagodniejszym, niż wycinanie lub wypalanie

Riedel okłówa guzy w ten sposób, że wprowadza igłę z grubą nitką powyżej górnej ich granicy, przechodzi przez podstawę guza i wewnętrzną blaszkę zwieracza rzyci i wykłówa na granicy skóry i błony śluzowej. W ten sposób zakłada się co $3/4$ ctm. szew około rzyci i zaciąga się go mocno. Riedel operował w ten sposób 32 chorych z zupełnie zadawalniającym wynikiem. Ehrlich w pracy swojej, wyszłej z kliniki prof. Müllera w Rostocku, opierając się na 100 przypadkach Madelunga i Garrego, w których w 91 przypadkach stosowano podwiązkę, przychodzi do przeświadczenia, na mocy którego poleca leczenie guzów wewnętrznych podwiązkami, zakładanemi w jakikolwiek bądź sposób. Przy równoczesnem istnieniu guzów na wewnątrz i na zewnątrz, których nie mógł leczyć podwiązką, stosował prof. Garre w 16 przypadkach wstrzykiwanie 1—2 kropli 90% roztworu kwasu karbolowego w glicerynie. W 14 przypadkach obok podwiązki stosował częściowe wycięcie, w 3 ograniczył się tylko do wstrzykiwań, a w 6 operował metodą Whiteheada.

Ostateczne wyniki były bardzo dobre. Oprócz 2 przypadków, które skończyły się śmiertelnie, jeden z powodu zapalenia płuc, drugi z powodu róży (wyłącznie podwiązki), wszyscy inni chorzy opuścili klinikę uleczeni. Z 58 przypadków, leczonych tamże wyłącznie podwiązaniem, odpowiedziało na zapytanie o ostateczny wynik 46 pacyentów, z których 40 uważało się za zupełnie uleczonych.

Do rzędu korzyści, przemawiających za leczeniem krwawnic przez podwiązanie i okłówanie, przemawia przedewszystkiem krótkotrwałość zabiegu, brak krwotoku i krótki czas leczenia pooperacyjnego. O ile się jednak zdaje, nie nadaje się ta metoda do wszystkich przypadków. Pewniejszem bezwarunkowo jest doszczętne usunięcie guzów tym lub innym sposobem, zwłaszcza jeżeli się uwzględni, że krwawnice są według wszelkiego prawdopodobieństwa naczyniakami (Reinbach) *).

* W roku 1901 opublikowano 2 prace, których autorowie na podstawie badań histologicznych przychodzą do wniosków wręcz przeciwnych. Remington potwierdza wyniki badań Reinbacha. ale pomimo to ogranicza się w leczeniu krwawnic tylko do nadcinania gu-

Nasza statystyka jest zbyt małą, by na jej podstawie wydać sąd ostateczny o metodzie leczniczej. W zasadzie jednak potwierdza ona wyniki otrzymane przez wszystkich autorów, leczących krwawnice zapomocą wycięcia i pozwala nam polecić ten sposób postępowania jak najgoręcej. Metoda ta stanowczo nie jest trudniejszą od metody Langenbecka, owszem, zgadzamy się zupełnie z Reinbachem, który utrzymuje, że doszczętne wycięcie guzów krwawnicowych jest zabiegiem stanowczo łatwiejszym, niż radykalne wypalenie. Statystyki, kontrolujące wyniki leczenia krwawnic sposobem Whiteheada i Langenbecka, wykazują co do ostatecznego wyniku nieznaczne tylko różnice; okoliczność ta również przemawia za sposobem Whiteheada, jako tym, który prędzej i z mniejszemi dla chorego dolegliwościami prowadzi do celu.

Bardzo godnem polecenia jest przecięcie mięśnia zwieracza rzyci. Zabieg ten usuwa bóle pooperacyjne i zapobiega wytworzeniu następowego zwężenia odbytnicy. Bardzo gorąco polecić możemy stosowane przez prof. Kadera znieczulenie lędźwiowe tropakokainą: usuwa ono wszelkie niedogodności i niebezpieczeństwa ogólnej narkozy.

Piśmiennictwo. Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie XXXI Kongress. (Centrel für Chirurg. Beilage 25 Nr. 65.). Ehrlich: Zur Ligaturbehandlung der Hämorrhoiden Aus der Rostocker chir. Klin. des Prof. Müller. (Bruns Beitr zur klin. Chir. 1902 Bd. 35 Heft I.) Edwards: The treatement of piles by injection. (Brit. med. Jour. 3 Octob. 1888). Hay G. W.: The treatement of piles by the injection of carbolic mid. (Centr. f. Chir. Nr. I. 1902.) Happel: Med. and Surgic. Rep. 1884 Nr 1438. König: Lehrbuch der speziellen Chirurgie 7. Aufl. Lansing: Philadelphia med. Times 3 Octob. 1877. Lange: Zur chirurgischen Behandlung der Hämorrhoiden. Lange: Zeitschrift zur Feier des 70-ten Geburtstages v. F. Esmarch. (Centrbl. für Chirurg. 1893 Nr. 30 Pag 645). Laroyenne: Gaz. hebdom. de med. et chir 1872. Nr. 33. Parvin: New York med. Record 1886. Nr. 5. Reclus: Bul. de l'chirurgie 1892 Jul. Reinbach: Die Excision der Hämorrhoiden, Bruns Beitr. Bd 23. Riedel: Die Verödung der Haemorrhoiden durch ringförmige Umstechung. (Centrbl. für Chirurg. 1902.). Remmigton: A simple operation for the radical treatment of hemorrhoide. (Centrbl. für Chirurg Nr. 11. 1902 wr 11 i 12.). Sendler: Zur operativen Behandlung der Hämorrhoiden. Centrbl. für Chirurg. 1893. Nr. 34. Pag. 729. Smith: Lancet 1876. 17. Juli, 1878. 20. April. Ssusjetinof: Die Hämorrhoiden und ihre chirurgische Behandlung. (Centrbl. für Chirurg. Nr. 21. 1902.) Trzebicky: Wiener med. Presse 1891. Nr. 30. Weir: Remark on Whiteheads operation for haemorrhoides. (New. York med. Record.).

zów. Sussjetinow z kliniki prof. Diakonowa w Moskwie sądzi na podstawie 16 mikroskopowo zbadanych przypadków, że guzy krwawnicowe nie są naczyniakami, lecz typowymi żylakami, poleca jednak ich wycięcie.

III. Z zakładu Anatomii patologicznej Prof. Dra Browicza w Krakowie.

Przyczynek do poznania zmian anatomo-patologicznych w ostrej białaczce *(Lymphaemia acuta)*.

Podał

Dr. Leon Konrad Gliński.

Asystent zakładu.

(Ciąg dalszy).

Badanie mikroskopowe kawałków, wyciętych z najrozmaitszych narządów, wykazało co następuje:

Popowiększane gruczoły chłonne okazują pod mikroskopem wejrzenie dość jednolite; tylko w niektórych z nich można jeszcze wyróżnić prawidłowe składniki gruczołu (grudki i pasma limfatyczne), przeważnie zaś posiadają one wejrzenie tkanki gruczołowej, w której nad podścieliskiem łącznotkankowem przeważają pierwiastki komórkowe, a mianowicie wogóle drobne komórki z stosunkowo dużemi jądrami i z małą ilością protoplazmy na obwodzie. Pomiędzy temi komórkami dają się wyróżnić dwa główne rodzaje: *a)* mniej liczne, bardzo drobne (wielkości krwinki czerwonej) komórki z jądrem, bardzo silnie się barwiącem, i *b)* stanowiące przeważną masę utkania gruczołowego większe (dwu- a nawet trzykrotnie przewyższające wielkość krwinki czerwonej) komórki z jądrem nieco słabiej się barwiącem; w tych ostatnich komórkach widoczne są liczne figury karyokinetyczne. Komórki pierwsze są bezładnie rozrzucone pośród drugich, miejscami tylko tworzą nieco większe skupienia i odpowiadają swem wejrzeniem komórkom, leżącym w prawidłowych gruczołach dookoła środka zarodkowego *(Keimcentrum)*, a więc limfocytom małym, podczas gdy komórki drugie odpowiadać się zdają komórkom samego środka zarodkowego, to jest limfocytom średnim i wielkim.

Badanie mikroskopowe śledziony wykazuje wcale dobrze utrzymaną jej budowę; zwraca na siebie uwagę tylko znaczna ilość i silny rozwój ciałek Malpighiego; ciałka te są od otoczenia ostro odgraniczone, przeważna ich ilość posiada centra zarodkowe. Wśród pozostałego miąższu śledziony zwraca na siebie uwagę znaczna ilość komórek całkowicie odpowiadających średnim i wielkim limfocytom.

Szpik kości długich posiada utkanie komórkowe, przyczem między komórkami bardzo znacznie przeważają limfocyty średniej wielkości, podczas gdy myelocyty i inne spotykają się w bardzo małej ilości; jednem słowem szpik przedstawia utkanie limfoidalne.

W jelitach zarówno cienkich jak i grubych badanie mikroskopowe wykazuje niezbyt zresztą znaczny rozrost grudek odosobnionych i kęp Peyera. W błonie podśluzowej spotykają się i poza kępami Peyera oraz grudkami odosobnionemi wogóle liczne średniej wielkości limfocyty, tworzące miejscami dość znaczne skupienia. Podobne skupienia znajdujemy również i pomiędzy zewnętrzną a wewnętrzną warstwą mięsną, zwłaszcza zaś w błonie podsurowiczej, gdzie miejscami limfocyty (średniej wielkości) nagromadzają się w znacznej ilości, tworząc jednostajny naciek. Jedna okoliczność zwraca przytem na siebie uwagę, a mianowicie, że w obrębie i w sąsiedztwie tych nacieków naczynia krwionośne również są wypełnione podobnymi limfocytami, podczas gdy w innych częściach w naczyniach znajdujemy ich znacznie mniej.

Nerki i wątroba pod mikroskopem przedstawiają obrazy wogóle dość często spotykane w białaczce, a mianowicie w wątrobie naczynia włosowate zarówno części obwodowych jak i środkowych zrazika są dosłownie zapchane limfocytami; tkanka międzyzrazikowa jest bardzo silnie naciekła limfocytami, miejscami zaś nacieki te wdzierają się nawet w obwodowe części zrazików. W nerkach naciek białaczkowy jest bardzo rozległy, zwłaszcza w obrębie istoty korowej, gdzie stanowi przeważającą masę utkania, podczas gdy właściwe pierwiastki nerkowe — kłębki Malpighiego i kanaliki — ustępują na drugi plan, spotykając się tylko zrzadka pośród rozległego nacieku z limfocytów (średniej wielkości)

w tkance śródmiąższowej. W kierunku ku istocie rdzennej nacieki stają się mniej rozlegle, właściwy miąższ nerkowy występuje na pierwszy plan. Prócz nacieków białaczkowych w korze nerkowej spotykamy się również z dość rozległemi wybroczynami. W komórkach nacieków widoczne są dość liczne figury karyokinetyczne.

Badanie mikroskopowe wyniosłości, przebiegających wzdłuż naczyń wieńcowych serca, wykazało wszędzie obraz jednostajny, a mianowicie potwierdziło rozpoznanie makroskopowe, iż zgrubienia te polegały również na wytworzeniu się rozległych nacieków białaczkowych. Makroskopowo nacieki te zdawały się być ostro odgraniczone od mięśnia sercowego, badanie jednak mikroskopowe wykazało, iż to ostre odgraniczenie jest tylko pozornem: od głównego nacieku, usadowionego dookoła przebiegających tutaj naczyń krwionośnych, wdzierają się w obręb mięśnia sercowego wzdłuż tkanki łącznej i przebiegających wraz z nią drobnych naczyń liczne pasma takiegoż nacieku, dające się wykazać jeszcze w dość znacznej odległości od głównego nacieku (Fig. II i III). Prócz tego badanie mikrospowe wykazało obecność drobnych nacieków białaczkowych w nasierdziu w miejscach, makroskopowo zupełnie prawidłowych. Co się tyczy głównego nacieku, to składa się on głównie z limfocytów średniej wielkości, gęsto obok siebie usadowionych; pomiędzy nimi miejscami dają się wykazać resztki tkanki łącznej, drobne skupienia podnasierdziowej tkanki tłuszczowej, oraz naczynia krwionośne, tu i owdzie spotykają się również dobrze utrzymane włókna nerwowe. Włókien mięsnych, lub choćby ich szczątków w obrębie głównych nacieków nie znajdujemy, mimo iż miejscami nacieki te drążą bardzo głęboko. Nacieki są jednostajnie zbite i tylko w najpowierzchowniejszych tuż pod nabłonkiem leżących warstwach nasierdzia stają się nieco luźniejsze. Wśród limfocytów tych nacieków widoczne są dość liczne figury karyokinetyczne. Od tych głównych nacieków w głąb mięśnia sercowego wnikają w różnych kierunkach wraz z drobnemi naczyniami pasma nacieku o zupełnie takiem samem utkaniu, jak naciek główny; pasma te, wnikając w głąb mięśnia sercowego, oddzielają już to pojedyncze włókna mięsne, już też całe ich pęczki. Włókna mięsne nie przedstawiają jednak tutaj wejrzenia prawidłowego, są one wogóle znacznie cieńsze, niż prawidłowo, prążkowanie w niektórych z nich jest częściowo lub nawet całkowicie zatarte, protoplazma ziarnista. Zmiany te w mięśniu sercowym są tem wybitniejsze, im bliżej głównego nacieku; zdają się być one następstwem uciskowego działania nacieków na włókna mięsne. W obrębie głównych nacieków zmiany te posunęły się tak daleko, iż tutaj nie jesteśmy w stanie wykazać nawet szczątków mięśnia sercowego, mimo głębokiego usadowienia nacieku: naciek białaczkowy w tych miejscach zajął całkowicie miejsce mięśnia sercowego.

Niemniej ciekawy obraz mikroskopowy przedstawiają również zgrubienia żeber w blizkości miejsca połączenia ich kości z chrząstkami. Już makroskopowo dawał się tutaj zauważyć rozległy naciek, obejmujący nakształt pochewki kości żeber i usadowiony pomiędzy okostną a kością. Badanie mikroskopowe wykazuje, iż rzeczywiście okostna jest tutaj oddzielona i dość daleko, lecz niejednostajnie odsunięta od kości, przestrzeń zaś między okostną a kością jest wypełniona przez naciek białaczkowy o takich samych cechach, jak w innych narządach. Szpik kostny przedstawia tutaj utkanie limfoidalne, a więc podobne, jak i w kościach długich. Co się tyczy samej kości, to ta nie okazuje wejrzenia prawidłowego, a mianowicie: przedewszystkiem zewnętrzna blaszka w wielu miejscach jest poprzerywana i to miejscami na dość rozległej przestrzeni, a przez powstałe ztąd ubytki w istocie korowej żebra jak gdyby wylewa się pod okostną szpik kostny, a właściwie powstała na jego miejscu tkanka limfoidalna. Miejscami zewnętrzna blaszka *(subst. corticalis)* jest jeszcze wcale dobrze utrzymana, prawidłowej grubości, miejscami jednakże jest ona w różnym stopniu, niekiedy bardzo znacznie ścieńczała. Miejscami zarówno w blaszce zewnętrznej, jak i w blaszkach istoty gąbczastej zauważyć możemy, iż limfocyty wdzierają się w samą kość, odwapniają ją, uwalniają ciałka kostne, jednem słowem coraz głębiej wżerają się w blaszki kostne, powodując ich niszczenie. To też przy przeglądaniu preparatów mikroskopowych zwraca na siebie uwagę mała wogóle ilość beleczek kostnych i to przeważnie są one w najrozmaitszy sposób ponadżerane. Zwrócić należy uwagę na jeden jeszcze szczegół, a mianowicie w samym nacieku pomiędzy kością a okostną spotykamy się również z nielicznemi beleczkami kostnemi, a właściwie z odłamkami beleczek kostnych (Fig. I), które być może zostały przez naciek białaczkowy oddzielone od blaszki zewnętrznej (korowej), być zaś może zostały nowowytworzone skutkiem zadrażnienia okostnej.

Oddzielona naciekiem od kości okostna żeber w miejscu przejścia w ochrzęstną przylega już bezpośrednio do chrząstki. Opisany wyżej naciek białaczkowy między kością a okostną wciska się również w obręb samej okostnej, powodując jej rozwłóknienie i tworząc pomiędzy jej włóknami dość rozległe nacieki. Z okostnej żeber naciek białaczkowy przechodzi na tkanki sąsiednie, a nawet na przyczepiające się w tem miejscu mięśnie prążkowane, szerząc się głównie wzdłuż tkanki łącznej i wnikających wraz z nią w mięśnie naczyń krwionośnych; naciek ten otacza pęczki, a nawet pojedyncze włókna mięsne, które wogóle są znacznie ścieńczałe. Z drugiej strony z okostnej żeber naciek przechodzi bezpośrednio na opłucną ścienną, szerząc się i w niej na dość rozległej przestrzeni. W ochrzęstnej chrząstek żebrowych nacieków białaczkowych nie znajdujemy zupełnie, mimo że przylegające tutaj części opłucnej ściennej są zajęte przez naciek. Jedynie tylko w miejscu przejścia okostnej w ochrzęstną znajdujemy i w tej ostatniej nieznaczne nacieki białaczkowe. Obraz mikroskopowy kostnienia śródchrząstkowego na pograniczu kości i chrząstek żebrowych przedstawia się prawidłowo.

Jak stwierdza badanie mikroskopowe, znalezione przez nas przy badaniu pośmiertnem zmiany w oponach miękkich polegały również na wytworzeniu się nacieków białaczkowych: limfocyty tutaj są bardzo gęsto obok siebie usadowione i wnikają wraz z oponami w rowki międzyzwojowe; w niektórych z nich widoczne są figury karyokinetyczne. Naczynia są wypełnione krwią, wśród której znajdują się liczne limfocyty; w niektórych naczyniach liczba limfocytów znacznie wzrasta, a natomiast zmniejsza się liczba krwinek czerwonych; w tych naczyniach zauważyć się dają również drobne skrzepy włóknika. Miejscami w oponach miękkich spotykamy się z wynaczynieniami krwi. Powierzchowne warstwy nacieku są obumarłe, rozpadłe i tutaj pod mikrosko-

pem widzimy już to tylko miazgę rozpadową, już też limfocyty o utrzymanych jeszcze zarysach protoplazmy, lecz bez jąder, już wreszcie wolno leżące ziarna chromatynowe z rozpadłych jąder; gdzieniegdzie tylko spotyka się tutaj jeszcze dobrze utrzymane limfocyty. W warstwach głębszych naciek białaczkowy jest dobrze zachowany. Tem obumarciem powierzchownych warstw nacieków tłómaczyć się zdaje białawe ich zabarwienie, co makroskopowo odróżniało te nacieki od nacieków w innych narządach.

Jak wykazało badanie mikroskopowe, nacieki białaczkowe w oponach miękkich nie ograniczały się do miejsc zmienionych już makroskopowo, lecz przeciwnie, można je było wykazać i w innych miejscach, gdzie makroskopowo opony miękkie przedstawiały wejrzenie zupełnie prawidłowe. W obrębie samego mózgu również spotykamy się z licznymi limfocytami, które gromadzą się głównie dookoła naczyń, nie tworząc jednakże nigdzie w badanych kawałkach właściwych nacieków. Niektóre z naczyń mózgowych są również przepełnione limfocytami.

Nie wchodząc szczegółowo w rozmaite teorye pochodzenia białaczki, co zresztą nie leży w zakresie niniejszej pracy, na podstawie wyżej przytoczonych wyników badania klinicznego i pośmiertnego musimy zgodnie z zapatrywaniami Ehrlicha, Lazarusa i Pincusa rozpoznać w naszym przypadku białaczkę limfatyczną *(lymphaemia)* i to o stosunkowo ostrym przebiegu. Przypadek powyższy, już sam przez się zajmujący ze względu na rzadkość tego cierpienia, zwłaszcza u dzieci, staje się bardzo ciekawym i pouczającym ze względu na niezwykłe usadowienie nacieków białaczkowych. Pomijając zmiany w narządzie wzrokowym, już gdzieindziej szczegółowo omówione, pomijając dalej powszechnie spotykane przy białaczce zmiany w gruczołach chłonnych, śledzionie, szpiku kostnym, wreszcie również często przytrafiające się zmiany białaczkowe w wątrobie, nerkach, przewodzie pokarmowym, zwracają na siebie uwagę w naszym przypadku zmiany w błonach surowiczych, a zwłaszcza w nasierdziu, oraz zmiany w okostnej żeber i wreszcie, co najciekawsze, zmiany w oponach miękkich mózgu.

Zmiany białaczkowe w obrębie błon surowiczych, jakkolwiek wogóle bardzo rzadkie, znane są jednakże już od dość dawna. Już Virchow w swem słynnem dziele o nowotworach powiada: „indess will ich erwähnen, dass ich in sehr ausgemachten Leukämiefällen allerdings kleine lymphoide Knoten am Herzen und zwar unter dem Pericardium längs der Gefässe... gesehen habe“. Jeszcze wcześniej Friedreich i Mosler opisali nacieki białaczkowe w obrębie opłucnej; znacznie później zaś Laache opisał przypadek ze zmianami białaczkowemi w otrzewnej. Od tego czasu liczba spostrzeżeń co do udziału błon surowiczych w białaczce nieznacznie tylko wzrosła. Znalezione w naszym przypadku zmiany białaczkowe błon surowiczych różnią się od podobnych zmian w spostrzeżeniach innych autorów przedewszystkiem tem, iż część tych zmian (zmiany w otrzewnej, oraz w nasierdziu poza widocznemi już makroskopowo zgrubieniami) wykazaną została dopiero przez badanie mikroskopowe; okoliczność ta zdaje się świadczyć, iż zmiany białaczkowe w błonach surowiczych są pospolitsze, niż to ogólnie przypuszczamy, lecz zmiany te tylko wyjątkowo dochodzą takich rozmiarów, aby stać się widocznemi już makroskopowo. Jeszcze i pod innym względzm znalezione w naszym przypadku zmiany w nasierdziu zasługują na uwagę: w znanych mi przypadkach (Virchow, Seelig [1]) tego rodzaju zmian znajdowano tylko ograniczone płaskie guzki, usadowione wzdłuż naczyń; w naszym przypadku zmiany białaczkowe przedstawiały się w postaci rozległych jednolitych nacieków, powodujących znaczne podłużne zgrubienia nasierdzia wzdłuż naczyń wieńcowych i ich rozgałęzień; nacieki te nie ograniczały się do nasierdzia, lecz wdzierały się również w obręb mięśnia sercowego i doprowadzały do zaniku jego włókna mięsne. Nacieki w obrębie samego mięśnia sercowego mimo zwróconej w tym kierunku uwagi nie były widoczne makroskopowo, co również daje nam prawo przypuszczać, iż zmiany tego rodzaju są częstsze, niż zdawaćby się to mogło z dotychczasowych spostrzeżeń. Z tego względu należałoby zwrócić w tym kierunku baczniejszą uwagę i badać dokładnie mikroskopowo mięsień sercowy we wszystkich przypadkach białaczki; badanie zaś to, być może, da nam możność należytego wytłómaczenia tak często spotykanych w przebiegu białaczki zaburzeń ze strony narządu krążenia, które obecnie w braku innego tłómaczenia staramy się zwalić wyłącznie na karb istniejącej jednocześnie niedokrewności.

Na zmiany w okostnej w przebiegu białaczki zwracano również już niejednokrotnie uwagę. Pierwszy tego rodzaju zmiany opisał Mosler jeszcze w roku 1876; spostrzeżeniu jednak temu nie możemy przypisywać większego znaczenia ze względu na to, iż przypadek Moslera był badany tylko klinicznie, wobec czego nie można powiedzieć nic stanowczego co do właściwego charakteru zmian w tym przypadku. Niejednokrotnie również opisywano w przebiegu białaczki zmiany w okostnej, mające charakter już to zapalny, już też nowotworowy. W najnowszych czasach Jaksch wyodrębnił nawet oddzielną postać chorobową, cechującą się: 1) zmianami w okostnej, 2) powiększeniem śledziony, 3) zmianami w składzie krwi, przypominającemi skład krwi w białaczce szpikowej *(myelaemia)*; przypadku jednak naszego za chorobę Jakscha uważać nie możemy przedewszystkiem ze względu na wręcz odmienny skład krwi. W dostępnem mi piśmiennictwie spotkałem tylko w jednym przypadku opisane zmiany w okostnej, podobne do znalezionych przezemnie, a mianowicie u Eisenlohra. Autor ten przy badaniu pośmiertnem zwłok 19-letniego mężczyzny, zmarłego na białaczkę (według ówczesnych pojęć miała to być białaczka mięszana), znalazł na przednich końcach żeber zgrubienia, zmniejszające się w kierunku ku tyłowi; już makroskopowo widocznem było nagromadzenie się pomiędzy okostną a kością żółtawo-czerwonej miękkiej masy, oraz ścieńczenie blaszki korowej żeber w odpowiednich miejscach; badanie mikroskopowe wykazało pomiędzy okostną a kością nagromadzenie dość dużych komórek z dużem stosunkowo jądrem; obok tego znalazł Eisenlohr dość liczne komórki olbrzymie, które uważa za myeloplaksy. Już z tego pobieżnego opisu widzimy, iż znalezione przez nas zgrubienia przednich końców żeber nie różniły się zasadniczo od zmian

[1]) Praca Brandenburga, który również opisuje zmiany białaczkowe w nasierdziu, nie była mi dostępną w oryginale; w referacie zaś z tej pracy w rocznikach Virchowa-Hirscha znalazłem tylko krótką wzmiankę (»Herz und Herzbeutel waren durch lymphatische Einlagerungen verändert«). *(Przypisek autora).*

znalezionych przez Eisenlohra; zmiany zaś te zasługują na uwagę ze względu przedewszystkiem na to, iż łatwo, zwłaszcza u dzieci, mogą dać powód do błędnego rozpoznawania krzywicy obok białaczki. Zwrócenie należytej uwagi na kształt tych nacieków, oraz ich usadowienie na rozleglejszej przestrzeni, niż to ma miejsce w krzywicy, wreszcie brak innych zmian krzywiczych, winno nas ochronić od pomyłek rozpoznawczych; przy badaniu pośmiertnem już pobieżne obejrzenie żeber na rozkroju podłużnym daje nam możność należytego ocenienia rodzaju tych zmian. (Dok. n.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Felix Freiherr von Oefele: **Keilschriftmedicin. Einleitendes zur Medicin der Konyunjk-Collection.** *Breslau 1902. J. U. Kern's Verlag. (Max Müller).*

Kto cokolwiek tylko pracował w muzeach, bibliotekach lub archiwach nad odczytywaniem starożytnych rękopisów, oceni z należytem zrozumieniem trudy, jakie czekają badacza, zabierającego się do odczytywania starożytnych rękopisów lub fragmentów, utrzymanych na glinianych tabliczkach. Obok trudności, wynikających już z natury rzeczy, należy jeszcze uwzględnić inne, sztucznie niekiedy stwarzane przez zarządy archiwów, ograniczające badaczy już to pod względem dostarczanego materyału, już też przepisujące z góry metody i kierunki badań. Z obydwóch rodzajów trudnościami miał do walczenia autor omawianej książki, zwalczając je jednakowoż dość szczęśliwie. Ze zdobyczami swojemi dzieli się on z nami w tymczasowem dość obszernem doniesieniu tak, że śmiało powiedzieć można, że pierwszy raz staje lekarz przed forum uczonych z materyałem tego rodzaju, tak obszernie i gruntownie opracowanym. Za przedmiot badań swoich obrał Oefele słynną bibliotekę króla assyryjskiego Sardanapala z Niniwy, której szczątki przedstawiające się jako zbiór 20 000 ułamków tabliczek, zapisanych pismem klinowem, przechowuje jako jeden z największych i bardzo mało tylko wyczerpanych skarbów Muzeum brytyjskie. Autor zajął się jedynie tymi tekstami, które go z punktu widzenia lekarskiego zająć mogły. Tych naliczył dosyć dużo, bo samych recept znalazł we wspomnianym zbiorze przeszło 500. Pięknie wykonanemi podobiznami przyozdobił O. książkę, stanowiącą niejako wstęp do dalszych części, które mają objąć w dwóch jeszcze tomach działy teoretyczne i praktyczne medycyny assyryjskiej.

Dr. Lachs.

V. Wyciągi.

Clopatt (Helsingfors). **O wpływie wyskoku na przemianę materyi u człowieka.** (*Berliner klin. Wochenschrift* 1902, Nr. 39). Ponieważ wyniki różnych autorów, badających wpływ wyskoku na przemianę istot białkowych, nie są jednobrzmiące, autor wykonał na własnej osobie ścisło badania, trwające 36 dni, dzieląc czas doświadczeń na trzy okresy w ten sposób, że pierwsze 12 dni żywił się według oznaczonej dokładnie dyety, przez następne 12 dni spożywał wyskok, zastępując pewną ilość tłuszczu izodynamiczną, (zawierającą takąsamą ilość ciepłostek) ilością wyskoku, a w trzecim okresie 12-dniowym nie spożywał przez pierwsze 7 dni ani wyskoku, ani też odpowiedniej ilości tłuszczu; w końcowych zaś pięciu dniach dyeta była tasama, jak w okresie początkowym. W pierwszych czterech dniach okresu wyskokowego czuł autor nieco odurzenia i bólu głowy; w dniach następnych nie doznawał żadnych dolegliwości. Wpływ wyskoku na przemianę azotu był taki, że w pierwszych pięciu dniach rozpad białka był wzmożony, w następnych dniach natomiast wyskok oszczędzał białko. Ci autorowie zaś, którzy doszli do wniosku, że przez wyskok rozpad białka się wzmaga, doszli do takiego wyniku jedynie dlatego, że wszyscy ograniczyli okres wyskokowy do zbyt krótkiego czasu, wynoszącego najwyżej cztery dni. Wyzyskanie białka i węglowodanów było we wszystkich trzech okresach prawie jednostajne, tylko tłuszcz w okresie wyskokowym był mniej dobrze zużyty, niż w pierwszym i trzecim okresie. Główne wyniki ujmuje autor w dwa zdania, a mianowicie: wyskok oszczędza nietylko pokarmy wolne od azotu, lecz także białko, skoro ustrój się do niego już przyzwyczai. Wyskok nie wywiera żadnego wpływu dostrzegalnego na wessanie pokarmów w jelitach. *Dr. Fels.*

Wormser. **Kliniczne znaczenie ruchomego tyłozgięcia macicy.** (*Münchener med. Woch.* 1902). Na podstawie badań i prac B. S. Schultzego rozwielmożniło się niebawem zapatrywanie, iż wszelką zmianę w położeniu macicy należy za każdą cenę usunąć. Przez to też wzrosła niesłychanie liczba zabiegów operacyjnych, a w następstwie i liczba nieszczęśliwych powikłań, zwłaszcza podczas ciąży i porodu, np. po waginofiksacyi macicy. Nie wspominamy tu wcale o tak rozpowszechnionem leczeniu zapomocą krążka. Zwolna zarysował się jednak rozłam w zapatrywaniach; jedni utrzymują, iż wszelkie podmiotowe objawy, na które skarżą się chore z tyłozgięciem macicy, pochodzą od samego tyłozgięcia, drudzy zaś uważają zmianę w położeniu za przypadkowe powikłanie innych zmian chorobowych, jak przewlekłe zapalenie śródmaciczne, maciczne, okołomaciczne i przydatków.

Autor zamierzył w swej pracy przy pomocy dość znacznego materyału zwrócić jedynie uwagę na tę okoliczność, iż dość poważny odsetek kobiet z wolnem tyłozgięciem macicy nie odczuwa nigdy żadnych dolegliwości; natomiast prawie równy odsetek chorych z temsamem zboczeniem doświadcza przeróżnych bólów i nie doznaje pomimo leczenia w swem cierpieniu ulgi. Dzieje się to dlatego, iż często się zapomina o tem, że u kobiet z ruchomem tyłozgięciem, a więc gdzie można wykluczyć wszelkie chorobowe zmiany czy to w narządzie, czy też ogólne w ustroju, należy przyczynę podmiotowych objawów odnosić nie do tyłozgięcia, które samo przez się często nie sprowadza bólów, na jakie chore się żalą, ale do macinictwa, lub osłabienia nerwowego, słowem do mniej lub więcej wybitnych zaburzeń w układzie nerwowym. Dopiero gdyby leczenie w tym kierunku n. p. poddawanie, lub stosowanie środków wzmacniających i kojących zawiodło, wtedy należy się starać o poprawę położenia macicy środkami ortopedycznymi, albo operacyjnymi. Co znaczy poddawanie, niech za przykład służy przypadek, gdzie chora z wolnem tyłozgięciem poddała się wreszcie dla znacznych bólów operacyi Alexandra-Adamsa, a chociaż operujący nie odszukał wcale więzadeł okrągłych i pozostawił macicę w swem dawnem położeniu, przecież czuła się odtąd zupełnie zdrową. *G. Grzybowski.*

A. Fovlerton. **Przypadek** *gastritis pneumococcica* **z ogólnem zakażeniem ustroju.** (*The Lancet*, 12-go kwietnia 1902 r.). W ostatnich czasach zwrócono uwagę na fakt częstego zakażenia błon śluzowych pneumokokami. Chorobowe zajęcie błony śluzowej żołądka na tle pneumokoków nie było jednak dotąd opisane i przypadek Fovlertona jest pierwszym w piśmiennictwie. (Przypadek, opisany przez prof. Dieulafoy w wykładach klinicznych z roku 1898—99 p. t. »*Gastrite ulcéreuse pneumococcique*« widocznie przedstawia późniejszy okres tego samego cierpienia, lecz były tu już zajęte głębokie warstwy żołądka). Chory Fovlertona, 26 lat liczący, uskarżał się na dwa tygodnie przed wstąpieniem do szpitala na bóle w gardle i od tej chwili czuł się źle; na trzy dni przed wstąpieniem miał silny krwotok nosowy, który w mniejszym stopniu trwał i później; w przeddzień wreszcie oddał przez usta dość znaczną ilość ciemnego płynu, o bardzo przykrej woni. Badanie wykazało, że chory ten jest mocno niedokrwny; wargi miał obrzmiałe; na skórze grzbietu i policzków miał petocye; w nozdrzach, na wargach i dziąsłach koło zębów widać było skrzepłą krew. Tętno częste, małe i miękkie. Oddech bardzo przyspieszony. Po trzech dniach pobytu w szpitalu chory zmarł przy nadzwyczaj silnej duszności i upadku siły serca. Ze strony żołądka nie zauważono ani bólu, ani wymiotów, ani wogóle żadnych wskazówek na schorzenie tego narządu.

Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono następujące zmiany: głęboki żrący wrzód w prawym migdale (widocznie pierwotne gniazdo zakażenia) i wielki skrzep krwi w górnej części przełyku. Żołądek wielkości prawidłowej, treść jego ciemno zabarwiona, cała powierzchnia pokryta błoną wypocinową, która koło wpustu żołądka ma barwę prawie czarną i ściśle przylega do leżącej pod nią błony śluzowej, a koło odźwiernika staje się szarawa i mniej ściśle przylega: po podniesieniu jej widać na błonie śluzowej żołądka liczne wybroczyny; ogólne wejrzenie żołądka przedstawia obraz, jak po zatruciu kwasami mineralnymi. Na opłucnych, osierdziu, wątrobie i nerkach stwierdzono drobne wybroczyny petocyowe, w płucu prawem niewielki wylew krwawy. F. zbadał bakteryologicznie schorzałe narządy i znalazł we krwi wziętej z żyły udowej, w gnieździe płucnem i w podskórnych wybroczynach policzków czystą hodowlę *di-*

plococcus pneumoniae. Z błony wysiękowej żołądka udało mu się wyosobnić dwa rodzaje bakteryj: *diploc. pneumoniae* i laseecznik podobny do *bac. mesentericus vulgatus.* W śledzionie znaleziono tylko ten ostatni laseecznik, a dwoinek nie było. Przekroje ze ściany żołądka, zabarwione na bakterye, wykazały obecność tych samych pasorzytów głównie i prawie wyłącznie w błonie wysiękowej. Histologiczne zmiany były głównie w narządzie gruczołowym żołądka: na powierzchni znaleziono grubą warstwę włóknikową, pod nią znaczne obumarcie warstwy gruczołowej żołądka; mnóstwo wybroczyn krwawych w błonie śluzowej. Brak prawie zupełny zmian zapalnych. Na ogół sprawa, wywoływana przez dwoinki w błonach śluzowych, bardzo podobna do zmian, zachodzących w płucach podczas ich włóknikowego zapalenia: taka sama wypocina włóknikowa i taka sama skłonność do wybroczyn. *Dr. St. Rudzki.*

E. Becker. **Przypadek zapalenia osierdzia ze zrośnięciem ścian, powiększeniem wątroby i wodną puchliną.** (*Philad. Med. Journal,* 15 marca, 1902). W r. 1896 Pick z Pragi pierwszy zwrócił uwagę na nieznaną do tego czasu postać chorobową, którą nazwał „rzekomą marskością wątroby, będącą następstwem zapalenia osierdzia ze zrośnięciem ścian worka sercowego"; głównym objawem tych zaburzeń była znaczna wodna puchlina, ograniczająca się tylko do jamy brzusznej. We wszystkich trzech przypadkach Picka sekcya dopiero wykazała istotną sprawę patologiczną. Po Picku opisano zaledwie 6 przypadków tego rzadkiego cierpienia. Becker szczegółowo opisuje własny przypadek, tyczący się chłopca 7-letniego. Na mocy wyników badania przez innych autorów oraz własnego spostrzeżenia B. dochodzi do następujących wniosków: 1) Rzekoma marskość wątroby, powstająca wskutek zrostów osierdzia, stanowi wyraźnie wyodrębnioną postać chorobową. 2) We wszystkich przypadkach tej choroby znajdowano podczas sekcyi zarośnięcie worka osierdziowego. 3) Oględziny pośmiertne wykazały we wszystkich tych przypadkach, iż puchlina wodna zależała od biernego przekrwienia wątroby, z rozrostem tkanki łącznej, następowem jej skurczeniem się i utrudnieniem krążenia w zakresie żyły bramnej — wszystko to jako następstwo zrostowego zapalenia worka sercowego. 4) W przypadkach obrzęku wątroby z puchliną wodną w jamie brzusznej, a bez ogólnych obrzęków i powiększenia śledziony, należy zawsze najstaranniej zbadać serce, żeby zdać sobie sprawę, czy powyższe zmiany nie zależą od przewlekłego zapalenia osierdzia. 5) Obecność puchliny wodnej w brzuchu z obrzękiem wątroby i skurczowem wciąganiem okolicy sercowej, przy braku obrzęku na stopach lub późnem jego wystąpieniem, — ma wielkie znaczenie przy rozpoznawaniu przewlekłego zapalenia osierdzia. *Dr. St. Rudzki.*

Dr. Commandeur. **O sposobie stosowania chloralu w drgawkach.** (*Semaine médicale* 1902, Nr. 40). Chloral jest ogólnie uznany jako podstawa działania leczniczego w drgawkach; atoli tak dawka jak i sposób stosowania nie zawsze odpowiadają celowi. Chloral najczęściej bywa stosowany w lewatywach; otóż Dr. Commandeur, położnik z Lugdunu, dowodzi, że drogą tą zbyt mała i niestała ilość leku dostaje się do ustroju; nadto wskutek szybko występującego nieznoszenia odbytnicy nie można stosować więcej, niż 5—6 lewatyw. Autor ten zaleca bezwarunkowo podawanie chloralu przez usta, z uwzględnieniem jednakże dwóch przepisów, zaleconych przez prof. Fochiera: 1. poprzedzić podanie chloralu przepłókaniem żołądka dla zapobieżenia drażliwości błony śluzowej; 2. rozpuścić chloral w dostatecznej ilości płynu (100—150 grm. na jeden gram chloralu). Stosowany w ten sposób chloral dostaje się w całości do ustroju, nie drażniąc miejscowo nawet w dużych dawkach. Commandeur podawał do 14 gramów chloralu w przeciągu 14 godzin bez żadnych niepożądanych przypadłości. Dzięki temu energicznemu leczeniu chloralem, przeprowadzonemu od samego początku, udało się autorowi utrzymać cztery przypadki ciąży w prawidłowym przebiegu, co zwykle uchodzi za okoliczność nader wyjątkową. *Dr. T. Żeleński.*

Chapiro. **O stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej w leczeniu róży.** (*Semaine médicale* 1902, Nr. 40). Dobre wyniki, jakie otrzymał Dr. Talamon (Sém. med. 1901, str. 69), wstrzykując surowicę przeciwbłoniczą w przebiegu zapalenia płuc, nasunęły przypuszczenie, że skuteczność jej w błonicy nie polega — być może — wyłącznie na swoistem działaniu na toksyny błonicze. To też próbowano stosować tę surowicę przeciw innym chorobom zakaźnym, a zwłaszcza róży. Lekarz rosyjski Chapiro otrzymał po dwóch wstrzyknięciach po 10 ctm. sześć. surowicy szybkie i wybitne polepszenie w ciężkim przypadku róży pochodzenia urazowego. Środki tak wewnętrzne, jak zewnętrzne, stosowane poprzednio, pozostały bez wpływu na rozwój choroby. Również dobre wyniki w dwóch przypadkach róży otrzymał zapomocą surowicy przeciwbłoniczej Trwietajeff. *Dr. T. Żeleński.*

Marais. **O puszczeniu krwi w przypadkach uporczywego bólu głowy.** ((*Semaine médicale* 1902, Nr. 40). U ludzi w średnim wieku występują niekiedy uporczywe bóle głowy, opierające się wszelkim rodzajom leczenia; przeciwko takim cierpieniom zaleca Dr. Marais upust krwi, jako środek bardzo skuteczny. I tak u czterdziestoletniego mężczyzny, cierpiącego na ból głowy, niczem nie dający się zwalczyć, dokonano obfitego puszczenia krwi, które na przeciąg dwóch lat uwolniło chorego od jego dolegliwości. Po dwóch latach ból głowy powrócił znowu, jednak zapomocą tego samego zabiegu udało się go usunąć. W innym przypadku chodziło o zwalczenie napadowego bólu głowy, połączonego z wymiotami i podniesieniem ciepłoty. Antypiryna, jak również wszystkie środki uśmierzające były bezskuteczne. Dr. Marais dokonał puszczenia krwi: ból głowy następnego dnia ustąpił, a chory w przeciągu kilku dni zupełnie powrócił do zdrowia. *Dr. T. Żeleński.*

Kładnicki. **Wydzielanie się żółci do dwunastnicy.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Petersburg, 1902). Badając wydzielanie się żółci u psów z przetoką żółciową, spostrzegł autor, że nie jest ono jednostajne; np. przy karmieniu psa mlekiem najwięcej wydziela się żółci w ciągu trzeciej godziny po spożyciu; w końcu zaś 1-ej i w początku 2-ej ilość żółci jest znacznie mniejszą, a po trzech godzinach wydzielanie się jej powoli ubywa. Przy karmieniu psa mięsem największe wydzielanie żółci spostrzega się w ciągu 1-ej i 2-ej godziny; w następnych zaś szybko się ono obniża; przy karmieniu chlebem wydzielanie żółci jest przez cały czas skąpe i długotrwałe. Żółć zaczyna się wydzielać nie natychmiast po spożyciu pokarmu, lecz po upływie różnego czasu, mianowicie po spożyciu mleka po upływie 20′, mięsa po 36′, chleba po 47 minutach. Okoliczność ta dowodzi, że wydzielanie się żółci następuje nie wskutek spożycia pokarmu i przedostania się go do żołądka, lecz jako następstwo przechodzenia pokarmu z żołądka do dwunastnicy. To dało się stwierdzić w doświadczeniach na psie z przetoką żółciową, żołądkową i dwunastniczą. Odruch żółciowy (czas od przedostania się pokarmu do dwunastnicy do pokazania się żółci z przetoku) wymaga po spożyciu mleka 5′, — mięsa 21′ — chleba 19 minut. Najsilniej pędzą żółć tłuszcze i produkta trawienia białkanów w żołądku. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Łang. **W sprawie wzmożenia odporności osmotycznej krwinek czerwonych w niektórych stanach chorobowych.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1902, Nr. 22). Badając przyczynę wzmożonej odporności krwinek czerwonych w chorobach zakaźnych, Lang (w klinice dyagnostycznej prof. Janowskiego, Petersburg) przyszedł do wniosku, że zjawisko to zależy nie od rozkładu najmniej odpornych krwinek, również nie od wzbogacenia krwi w krwinki więcej odporne, lecz jest następstwem podniesienia odporności wszystkich krwinek czerwonych. Zdanie to opiera Ł. na udowodnionym przez się fakcie równoległości wahań liczby krwinek czerwonych o różnej odporności w sprawach zakaźnych. Odporność krwi wzmaga się najprawdopodobniej wskutek krążenia we krwi substancyj trujących. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Boczarow. **Doświadczenia farmakologiczne nad wyodrębnionem sercem zwierząt o ciepłocie stałej.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1902, Nr. 24). Badania B. (w pracowni farmakologicznej prof. Krawkowa w Petersburgu) są przerobieniem i skontrolowaniem doświadczeń Kuljabki. Badając na wyciętem sercu królika wpływ różnych przetworów leczniczych, dodawanych do płynu Locke, otrzymał B. wyniki następujące: digitalina (1: 100.000) i konwalaryna wywołują najpierw okres silniejszych (w niektórych doświadczeniach o 2 razy) i rzadszych skurczów, następnie okres częstszych i wreszcie niemiarowych skurczów z ostatecznem ustaniem czynności serca. Liczba skurczów serca obniża się od dawek leczniczych od 12—60 na 1′; w następnym okresie zwiększa się o 18—60 w porównaniu do normy. Strofantyna wywiera wpływ silniejszy; dla wywołania działania, równego digitalinie, wystarcza już roztwór 1: 5,000.000. Kofeina w roztworach słabych (1: 500.000) jest bezskuteczną; w roztworach 1: 8000—25.000 przyspiesza czynność serca; w roztworach 1: 500—200 zmniejsza siłę skurczów. Kofeina podnosi odporność serca na inne substancye trujące. Wyskok w dawce małej (1: 2000) nie wzmaga siły skurczów, w dużych zaś (1: 50—25) osłabia ją i nawet sprowadza do zera. Weratryna 1: 100.000 wywołuje początkowo silniejsze i rzadsze skurcze, następnie zaś osłabia je; w dalszym okresie występuje prawidłowa przemienność silniejszego ze słabszym: wreszcie niemiarowość (*arythmia*). Pod wpływem pilokarpiny (1: 5.000.000) występuje przemienność szeregu skurczów z bezczynnością serca w ciągu pewnego czasu; atropina usuwa ten obraz. Kwas pruski w słabych roztworach (1: 200.000) ma działanie tamujące i osłabiające czynność serca, w roztworach 1: 100.000 czynność serca ustaje.

Witold Orłowski (Ptbg.).

G. Ferguson. **Skuteczne leczenie raka promieniami Roentgena.** *(Brit. Med. Journal. Philad Med. Journal* 22 lutego, 1902). Przed trzema laty odjęto chorej gruczoł sutkowy z powodu raka. Nowotwór odnowił się i zajął okolicę pachową. Po zastosowaniu Roentgenoterapii w ciągu dwudziestu dni z rzędu (każde posiedzenie trwało 20 minut), nowotwór znacznie się zmniejszył, bóle ustały, a owrzodzenia pogoiły się. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

* * *

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 15 października 1902.

Przewodniczący kol. prof Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. przewodniczący poświęca wspomnienia zmarłym kolegom: Switalskiemu, Florkiewiczowi i Kohnowi, jakoteż Virchowowi, zawiadamia, że na trumnach kolegów złożono wieńce imieniem Towarzystwa, a do rodziny Virchowa i do Towarzystwa lekarskiego berlińskiego wysłano listy kondolencyjne. Od rodziny Virchowa nadeszło podziękowanie.

III. Kol. Przewodniczący zawiadamia, że od Dr. Szumana nadeszło podziękowanie za życzenia złożone z okazyi jubileuszu.

IV. Kol. doc. Chlumsky został przyjęty w poczet członków Towarzystwa.

V. Kol. Lewkowicz przedstawia chorego z chorobą Friedreicha, czyli niezbornością dziedziczną.

T. J., chłopiec 10-letni z Krakowa. Cierpieć miał dłuższy czas na gościec, począwszy od 3-go roku życia. Przebywał błonicę, kilkakrotnie zapalenie płuc, miewał objawy lęku nocnego, bóle i zawroty głowy. Przed rokiem zauważono u niego niepewność ruchów, ruchy mimowolne, osłabienie władz umysłowych, a pierwej jeszcze boczne skrzywienie kręgosłupa.

W rodzinie chorób nerwowych nie było, rodzeństwo jest zdrowe; ojciec kiły nie przebywał i nie przyznaje się do nadużywania trunków.

Głównym objawem, wpadającym w oczy, jest niezborność, objawiająca się niepewnością ruchów zamierzonych, a w spokoju ruchami mimowolnymi, przypominającymi ruchy pląsawicze. Gdy chory spokojnie siedzi, wykonuje mimowolne ruchy głowy, tułowia, kończyn; oczy okazują nieznaczne drgania, mianowicie przy patrzeniu w bok, podobnie język przy wystawieniu jest niespokojny. Chory chwieje się stojąc, zwłaszcza przy zsuniętych stopach i mimo woli szuka zawsze podpory. Chwianie to potęguje się tak, że grozi upadkiem, gdy chory oczy zamknie. Chód, bieganie, wykonywanie półobrotu są wyraźnie niezborne.

Drugim zasadniczym objawem jest zupełne zniesienie odruchów kolanowych. Odruchy skórne, jak odruch na mięśniach brzusznych, na mięśniu podnoszącym jądra, są zachowane. Źrenice równe i na światło bardzo dobrze oddziałują. Siła mięśniowa wydaje się osłabioną, a na niektórych mięśniach znać rozpoczynający się zanik. Przedewszystkiem język jest nierówny, przestrzenie międzykostne na rękach lekko zapadłe.

Chory okazuje wybitne zniekształtnienie kręgosłupa, mianowicie wygięcie wypukłością ku lewej stronie górnej części piersiowej, a ku stronie prawej dolnej piersiowej i lędźwiowej

Stopa ma w nieznacznym stopniu ułożenie stopy końskiej; pierwsze zaś członki palców u nóg są w nadmiernem wyprężeniu, a ścięgna mięśni wyprostnych na grzbiecie nogi wybitnie wystają. Mowa powolna, nie okazuje jednak spostrzeganych w wielu przypadkach wybuchowych przyspieszeń. Zmian czuciowych wybitniejszych w odczuwaniu bólu lub ciepłoty niema.

Choroba ma cechę wybitnie postępującą, lecz przebieg jest powolny i chorzy mogą osiągnąć wiek 30—40 lat. Leczenie właściwie nie istnieje, chorych należy więc tylko oszczędzać od wszelkich wysiłków i tosamo zastosować do rodzeństwa. Choroba ma za tło anatomiczne zwyrodnienie sznurów tylnych rdzenia, w mniejszym stopniu sznurów tylnobocznych (części dróg piramidalnych), sznurów bocznych móżdżkowych i słupów Clarkea. Zwyrodnienie to rozwija się pod wpływem prawidłowych czynności, którym wspomniane drogi nie mogą wydołać, na tle usposobienia wrodzonego. Świadczy o tem okoliczność, że choroba pojawia sie często u kilku z rodzeństwa w tym samym wieku i często się dziedziczy. U przedstawionego chorego ani wpływu dziedziczności, ani cechy rodzinnej wykazać nie można. Ta ostatnia mogłaby się jednak jeszcze uwydatnić, chory bowiem ma jedynie rodzeństwo młodsze od siebie, mianowicie 3 siostry w wieku 2, 6 i 8 lat.

Co do cech odróżniających od zwykłego wiądu rdzenia, to obok wieku chorych i braku tła kiłowego, należy podnieść brak objawów źrenicznych i zmian wybitniejszych w zakresie czucia. *(Streszczenie własne).*

W dyskusyi brali udział kol. Gertler i prelegent.

VI Kol. Gliński przedstawił: 1) 2 guzy znalezione przy sekcyi zwłok 49 letniego mężczyzny, zmarłego z powodu raka przełyku. Pierwszy z tych guzów wielkości jaja kurzego znajdował się przed nerką, drugi wielkości orzecha włoskiego poza wyrostkiem łokciowym. Dokładniejsze badanie wykazało iż guzy te przedstawiają się w postaci grubościennych torebek, wypełnionych masami przeświecającemi, szklistemi, złożonemi z pozlepianych ze sobą ziarenek wielkości ziarnka ryżu. Zdaniem prelegenta mamy tutaj do czynienia z pewną odmianą *hygroma praepatellare et anconaeum,* przy której zamiast zwykle spotykanej cieczy nagromadzają się obficie t. zw ciałka ryżowate. Według przyjętych zapatrywań tego rodzaju sprawa ma się rozwijać na tle gruźliczem. W danym przypadku badanie mikroskopowe zmian gruźliczych nie wykazało

2) Znacznie powiększoną klepsydrowatego kształtu śledzionę, pochodzącą ze zwłok 60 letniego mężczyzny. Niezwykły kształt i powiększenie śledziony zależały w danym przypadku od usadowienia się na przeciwległych biegunach śledziony 2 bąblowców wodunkowych *(echinococcus hydatidosus).* Każdy z tych bąblowców dochodził wielkości 2 pięści i przedstawiał się w postaci olbrzymiego pęcherza, wypełnionego znaczną liczbą pęcherzy drugorzędnych. Za życia można było stwierdzić tylko powiększenie śledziony i brak bolemości.

3) Okaz perlaka (*cholesteatoma,*) w móżdżku 70 letniej kobiety. Guz nowotworowy wielkości jaja kurzego leży na miejscu dolnego robaka (*vermis inferior*) móżdżku, wciska się w półkule móżdżkowe i przenika do 4-tej komory mózgowej, w dnie której znajduje się rozległy owalny otwór; jama komory wypełniona znaczną ilością mas nowotworowych. Rdzeń przedłużony uciśnięty przez guz, nieco przypłaszczony, tkanki jego wiotsze. Zarówno obraz makro- jak i mikroskopowy nie pozostawiają żadnych wątpliwości co do natury guza, który wychodził z opon miękkich. Klinicznie zauważono tylko utrudnienie a następnie niemożność chodzenia, które to objawy wystąpić miały na 5 tygodni przed śmiercią. Chora umarła niezależnie od znalezionego guza z innej przyczyny (rozedma płuc; rozszerzenie prawego serca z następstwami)

4) Narządy wewnętrzne z przypadku *chloroma* (rzecz przeznaczona do druku).

Kol. Brudzewski (ad 4) przedstawia zmiany w oku i omawia przebieg kliniczny.

VII. Kol. Dobrowolski wygłosił odczyt: »O pęknięciach macicy w ciąży«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi brali udział kol. prof Kostanecki i kol. Lachs

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 22 października 1902.

Przewodniczący kol. prof. Nowak.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto

II. Kol. przewodniczący imieniem Komitetu Towarzystwa wzywa członków, ażeby przemówienia swoje na posiedzeniach streszczali do protokołu możliwie jak najkrócej, gdyż inaczej naruszyłyby równowagę w układzie pojedynczych rubryk »Przeglądu lekarskiego«.

III. Kol prof Ciechanowski przedstawia okaz wstępującej gruźlicy narządu moczowego z podeszłego mężczyzny, zmarłego na gruźlicę płuc. W miejscu gruczołu krokowego znajduje się obszerna jama gruźlicza, połączona ze światłem cewki moczowej, a sięgająca poza dnem pęcherza aż powyżej dolnego odcinka pęcherzyków nasiennych, częściowo również gruźliczo zmienionych; w pęcherzu bardzo rozległe i znaczne zmiany gruźlicze, zajmujące także same ujścia moczowodów; zresztą zaś w moczowodach i nerkach nigdzie ani śladu gruźlicy. Najwcześniej miały się w tym przypadku, który był przedewszystkiem klinicznie pod względem rozpoznawczym zajmujący, pojawić zmiany przyjądrzy.

W dyskusyi kol. Surzycki przedstawia przebieg kliniczny opisanego przypadku.

Kol. Borzęcki zwraca uwagę na rzadkość pojawiania się gruźlicy w wieku późniejszym (w omawianym przypadku 58 lat), podczas gdy w wieku młodszym cierpienie to częściej się napotyka.

Kol. prof. Rosner przytacza przypadek u kobiety z gruźlicą przydatków, w którym mimo przepływania prątków gruźliczych przez pęcherz, zmian w nim nie było.

IV. Kol. prof Kostanecki wygłosił odczyt: »O tak zwanej sztucznej partenogenezie«. (*Rzecz przeznaczona do druku*).

W dyskusyi przemawiali kol. prof. Rosner i prelegent.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska.

Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowny Redaktorze! W myśl §. 3-go ogłoszenia o konkursie na nagrodę imienia Dra med. Teodora Dunina, zgłosiło się o nią przed 26-tym września r. b. siedmiu kandydatów: Witold Eichler, Filip Eisenberg, Stanisław Gałecki, Aleksander Kuropatwiński, Anastazy Landau, Feliks Majewski i Bolesław Żebrowski. Wszyscy odpowiadali §. 2-mu warunków konkursu i zobowiązali się do dotrzymania §§. 5-go i 6-go tych warunków.

Po przeczytaniu wszystkich prac i odbyciu dyskusyi, sąd konkursowy uznał w dniu 10 z. m. za najlepsze następujące prace:

a) Filipa Eisenberga:

1. Ueber Isoagglutinine und Isolysine in menschlichen Seris. (Wiener klin. Woch. 1901, Nr. 42).

2. Beiträge zur Fadenreaktion. (Wiener klin. Woch. 1901, Nr. 48).

3. Badania nad strącaniem się ciał białkowatych pod wpływem swoistych precypityn. (Rozpr. Akad. Umiej. w Krakowie, 1902).

4. O nowszych teoryach odporności. (Przegl. Lek., 1902).

b) Anastazego Landaua:

1. Badania nad sprawnością nerek. (Księga Jubileuszowa Teodora Dunina, 1901).

2. Ciśnienie osmotyczne krwi i moczu u ludzi zdrowych i chorych. (Rękopism).

3. Nowa teorya Koranyiego o powstawaniu moczu w świetle faktów i krytyki. (Gaz. Lek. 1902).

c) Feliksa Majewskiego (elewa kliniki chirurgicznej prof. Kadera).

1. O zjawiskach aglutynacyi we krwi człowieka i zwierząt w stanie fizyologicznym. (Gaz. Lek. 1902).

2. Przyczynek do sztucznego wytwarzania w ustroju hemolizyn i antyhemolizyn. (Rękopism).

3. Przyczynek do leczenia zapalenia otrzewnej zapomocą swoistych surowic. (Rękopism).

Postanowiono więc powtórne ich przestudyowanie dla oceny porównawczej.

Na posiedzeniu z dnia 22 z. m. sąd uznał, co następuje:

Prace kol. Anastazego Landaua odznaczają się bogactwem sumiennie opracowanego materyału, wyzyskanego nader umiejętnie i z godną uznania powściągliwością. Z istoty opracowywanych przez niego pytań wypadły jednak t. zw. wnioski ujemne. Sąd uznaje prace A. Landaua za bardzo owocne i ważne dla wyrobienia w nauce poglądu na traktowane przez ich autora zagadnienia. Zważywszy jednak, że pozostali dwaj kandydaci opracowują kwestye jeszcze żywotniejsze, o przewidywanem doniosłem znaczeniu praktycznem, i że prace ich, posiadając te same zalety w swem wykonaniu, co i praca A. Landaua, wniosły do nauki o odporności szereg faktów dodatnich, sąd w pierwszej części swej dyskusyi postanowił rozstrzygnąć konkurs pomiędzy kol. Eisenbergiem i Majewskim.

Zestawiając wymienione cztery prace Eisenberga z wymienionemi trzema pracami Majewskiego, sąd uznał jednogłośnie, że autorowie ci, prowadząc badania z jednej dziedziny, wykazali wielką umiejętność w wyszukiwaniu w niej pojedyńczych pytań, które rozwiązują trafnie na zasadzie badań bardzo mozolnych. Kol. Eisenberg pracuje nad odpornością dawniej: dotknął czynnie wszystkich jej stron i stąd obejmuje całość kwestyi samej, ale za to w pracach kol. Majewskiego uderza umiejętność wyszukania strony praktycznej w rozwiązaniu zagadnień teoretycznych. Te ostatnie zalety sąd stawia wyżej. Z drugiej nadto strony kol. Eisenberg pracuje od lat kilku w dogodnych warunkach naukowych, szukać zajęcia za granicą nie potrzebuje, gdyż wszechnice galicyjskie potrafią z czasem zapewnić należne stanowisko i miejsce do pracy tak dzielnemu pracownikowi. Tych warunków dalszej pracy nie posiada kol. Majewski. Ponieważ zaś głównym celem rozporządzanej przez sąd nagrody jest obok odznaczenia zasług dotychczasowych, danie zapomogi na dalszą, chociażby czasową pracę naukową, przeto nagrodę stypendyjną imienia Teodora Dunina sąd przyznał jednogłośnie koledze Feliksowi Majewskiemu.

Warszawa. 22/X 1902 r.

Podpisali: *Walenty Kamocki, Władysław Janowski, Bronisław Sawicki, Julian Steinhaus, Edward Zieliński.*

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 6. listopada.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Ciechanowski demonstrował okaz anatomiczny, a koledzy: Dr. Eisenberg i Dr. Bier mieli wykłady zapowiedziane.

* »Biblioteka Umiejętności lekarskich« ś. p. Girsztowta, która przyswoiła piśmiennictwu polskiemu tyle poważnych podręczników lekarskich, ma być, jak donosi »Kuryer warszawski« wskrzeszona pod nazwą »Biblioteki lekarskiej« przez Dra Józefa Zawadzkiego, redaktora »Kroniki lekarskiej«, który otrzymał koncesyę na to wydawnictwo. Tak więc z początkiem r. 1903 powstanie w Królestwie Polskiem trzy nowe czasopisma lekarskie i wspomniana »Biblioteka lekarska«. Czy ten ożywiony ruch wydawniczy jest rzetelnym objawem wzmożonej wytwórczości naukowej z jednej, a zwiększonych potrzeb umysłowego rozwoju lekarzy polskich z drugiej strony, przyszłość rozstrzygnie; utrwalony i zapewniony byt wydawnictwa stanie się nieomylnym tego probierzem, a ufajmy że będzie pomyślnym. „Biblioteka lekarska" wychodzić będzie co miesiąc w objętości 10—15 arkuszy druku i według koncesyi ma obejmować: podręczniki oryginalne i tłómaczone ze wszystkich gałęzi medycyny, higieny i nauk pomocniczych; sprawozdania i wyciągi z prasy polskiej i zagranicznej, oraz inne rubryki pomniejsze, jak w tygodnikach. Cena roczna wynosić będzie w miejscu 8, na prowincyi 10 rubli: za tę kwotę prenumeratorowie otrzymywać będą 12 dzieł naukowych rocznie. Jest to cena wprost niemożebnie niska, mogąca nawet niepokoić o los i trwanie czasopisma, chyba że Redakcya posiadać będzie wyjątkowo dogodne warunki spółpracownictwa i materyału drukarskiego. Uznając całą doniosłość wydawania po polsku najcelniejszych podręczników lekarskiego piśmiennictwa europejskiego, życzymy szczerze Redakcyi »Biblioteki lekarskiej« jak najpomyślniejszego powodzenia w przedsiębiorstwie, mającem na oku, jak się zdaje, wyłącznie duchowe dobro przyszłych pokoleń lekarzy.

* W Królestwie polskiem praktykuje 1,779 lekarzy na 10,119,000 mieszkańców, czyli 17.4 na 100,000. Z tej ogólnej liczby lekarzy przebywa 992 w Warszawie, a 141 w Łodzi, na resztę więc kraju t. j. na 9,077,000 ludności przypada tylko 716 lekarzy.

* Dr. Czesław Chęciński habilitował się w Odesie do wykładów z zakresu anatomii patologicznej

* Kierownikiem oddziału ginekologicznego szpitala izraelickiego w Krakowie mianowany został Dr. Jan Lachs.

* Dr. Ludwik Berger, sekundaryusz szpitala św. Łazarza, mianowany został lekarzem miejskim szpitala w Prijedor w Bośni.

* Na jednem z posiedzeń międzynarodowej konferencyi przeciwgruźliczej w Berlinie oświadczył szef sekcyi, Dr. Kusý, że rząd austryacki zamierzył przeprowadzić organizacyę walki społecznej z gruźlicą i że ta organizacya, na wzór stowarzyszenia Czerwonego krzyża, obejmie całe państwo austryackie.

* Pamięć Esmarcha ma być uczczoną pomnikiem w Tönning, miejscu jego urodzenia.

* Dr. Leuriaux zawiadomił Akademię belgijską w Brukseli o wynalezionej przez siebie surowicy przeciwkrztuśćcowej, wytworzonej na tej samej zasadzie, której się trzymał Roux w wynalezieniu surowicy przeciwbłoniczej. Wyniki leczenia krztuśćca tą surowicą w szpitalach belgijskich mają być rozstrzygające: krztusiec ustaje 8—10 dnia, jeśli wstrzykiwanie wykonano dość wcześnie. Wiadomość ta przeszła

z dzienników politycznych do lekarskich, które ją podają bez uwag.

* Kongres balneologów niemieckich odbędzie się w Berlinie w m. marcu 1903 r. pod przewodnictwem prof. Liebreicha.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XLII. (12—18—X). Ludność średnia roczna wynosi 94.057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 25, urodziło się dzieci 51, zmarło osób 52, mianowicie: z gruźlicy 13 (8 zam.), z zapalenia płuc 5, z błonicy 1. z krztuśca 1, z płonicy 4 (2 zam.), z duru brzusznego 2, z cholery dziecięcej 2.

* Między 22 a 28 października doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (2 gminy), horodeńskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), wadowickim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Mianowani zostali: Dr. Randolph Winslow profesorem chirurgii w Baltimore. Dr. Roux profesorem nadzw. anatomii w Lozannie. Dr. Christian profesorem narządów moczopłciowych w Filadelfii. Docenci: Strauss i Rosin, asystenci prof. Senatora, otrzymali tytuł profesorski.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Bolesław Boniuszko l. 67. w Żytomierzu. Dr. Castro prof. chirurgii i Dr. Gonzalez del Solar prof. higieny — w Buenos Ayres. Dr. Schwaner prof. chemii i farmacyi — w Gryfii. Dr. Teodor Wróblewski, lekarz okręgowy — w Goldyndze (Kurlandya). Dr. Władysław Cypryan Żywicki, l. 70 — w Warszawie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 44. Gryglewicz: Z kazuistyki moczówki cukrowej. L. Nencki i H. Nussbaum: O znaczeniu fizyologicznem i higienicznem przypraw pokarmowych i tak zwanych używek ze szczególnem uwzględnieniem napojów wyskokowych. Halpern: O własnościach hemolitycznych surowicy ludzkiej. (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 44. Ołtuszewski: Ósmy przyczynek do nauki o zboczeniach mowy. Mintz: O uchyłkach w dolnej części przełyku.

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 9. Zieliński: Kilka słów w sprawie higieny jamy ustnej i o nowej szczotce do zębów. Ziemens: Kilka uwag o obchodzeniu się z kauczukiem i kotłem do wulkanizowania.

— *Przegląd felczerski* Nr. 21. Jak należy postępować w przypadkach uwięźnięcia ciała obcego w worku ręcznicowym i w rogówce. Nieco z bakteryologii. Z praktyki felczerskiej.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 44. Maixner: Jan Bohumil Eiselt. Krátká historie Pražské lekařské fakulty. Hippokratismus ve vnitřní medicině. (c. d.) Kutvirta: O kysliku v otiatrii. Pitha: O aetiologii a diagnose mimoděložního těhotenství.

— *Sbornik klinický* (Rocznik IV, Nr. 1.) Hnátek: Příspěvek ku diagnostice arteriosklerosy centralního čivstva. Feyvar: O vztachu mezi vadami serdečními a tuberkulosou plicní. Prokop: Otrawa kyselinou octovou. Syllaba: O vztazích obrny zvratného nervu hrtanového k vnitřním chorobám.

— *La Presse médicale* Nr. 86. Jeandelize: Niewydolność narządów tarczykowych i przytarczykowych a drgawki. Lavarenne: Sala operacyjna w „Maison de chirurgie".

Nr. 87. Audibert: Ciałka eozynofilne krwi. Badania i morfologia. Dumont: Sprawy zawodowe.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 43. Baumgarten: Dalsze badania nad hemolizyną w surowicach różnorodnych. Thorner: O fotografii dna oka. Jolly: O mroczkach i migrenie (dok.). Aronson: Badania surowicy łańcuszkowcowej i przeciwłańcuszkowcowej. (dok.). Körte: Wypadek i choroba Rudolfa Virchowa.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 44. Wagner Jauregg: Obciążenie dziedziczne. Kaufman i Pauli: Objawy napadów dusznicy bolesnej (doniesienie drugie). Ból nadbrzusza towarzyszący dusznicy bolesnej. Ortner: Uwagi kliniczne nad stwardnieniem tętnic jelitowych.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 43. Fischer: Wartość barwienia włókien elastycznych dla rozpoznania histologicznego. Bönniger: Badanie czynności żołądka metodą Sahliego. Ranke: Dalszy przyczynek go leczenia zgorzeli raka wodnego za pomocą wycięcia tkanki schorzałej. Gracfe: W sprawie owaryotomii podczas ciąży. Hofmann: W sprawie szwu pęcherza po cięciu górnem. Grunert: Nowa zaczepka przeciw przekłówaniu błony bębenkowej. Fels: Przypadek wrodzonego torbiela nerki z krwiakiem przynerkowym u zakażonego przymiotem. (dok.). Kehr: Rzut oka na 720 laparotomij z powodu kamieni żółciowych z szczególnem uwzględnieniem 90 przypadków sączkowania przewodu wątrobowego (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 44. Wassermann: Nowy rodzaj surowicy błoniczej. Martin: O powstaniu epidemii zimnicy w niemieckich miejscowościach: Harlinger i Jever. Valdvogel: Ostre zapalenie nerek na tle kiłowem. Schmidt: W sprawie powstawania ziarnek bazofilnych z ciałek czerwonych krwi. Glaser: Znaczenie prątka durowego w chorobach narządu oddechowego, wikłających dur brzuszny, jego występowanie w plwocinie (dok.). Neumann: Częstość zdolności karmienia.

Redakcya otrzymała. Browicz: Die Beziehungen zwischen den intraacinösen Bluttkapillaren und den intracellulären Ernährungskanälchen der Leberzelle. Rambousek: Schädliche Gase in gewerblichem Betriebe.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 12 listopada, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy,*** posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. Dr. Spira będzie miał wykład p. t. „Zasady zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego i ich lokalizacya".

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków 15 Listopada 1902. Nr. 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Szybkie rozwiązanie porodu za pomocą mego rozszerzadła (dylatatora).

Podał

Dr. Wiktor Frommer,

Asystent kliniki chorób kobiecych prof. Dra Gottschalka w Berlinie.

Potrzeba szybkiego zakończenia porodu jest codzienną prawie rzeczą w położnictwie. Do tej czynności dotychczas posługiwano się kolpeurynterem; atoli działanie jego okazuje się niewystarczającem i częstokroć zupełnie niemożebnem, gdyż z jednej strony kolpeurynter rozszerza szyję maciczną stosunkowo powoli, niezależnie od woli lekarza, z drugiej strony z trudnością daje się wprowadzić przy małem rozszerzeniu ujścia wewnętrznego, wprowadzony zaś łatwo wypada; nadto odkażanie balonu gumowego jest stosunkowo trudnem i pozostawia wiele do życzenia. Również nie może być rzeczą obojętną pozostawienie przez dłuższy czas kolpeurynteru przy zachowanym pęcherzu płodowym ze względu na ucisk, jaki kolpeurynter wywiera na błony płodowe nieraz na znacznej stosunkowo przestrzeni.

Przyrząd mój, demonstrowany d. 21, IX b. r. przez mego Szan. Szefa na IV-ym międzynarodowym Kongresie ginekologów w Rzymie, służy do szybkiego ukończenia porodu. Jeszcze dnia 3 grudnia z. r. poleciłem berlińskiej firmie instrumentów Louis i H. Loevenstein pomysł mój wykonać; a mając obecnie znaczną liczbę przypadków tak własnych, jak i spostrzeganych na innych klinikach uniwersyteckich w Niemczech [oprócz innych prof. Olshausena i Gusserowa w Berlinie] zawsze dodatnim wynikiem zakończonych, uważam za rzecz stosowną rozszerzadło moje obecnie opisać.

Działanie jego jasno tłómaczy załączony rysunek: przez kręcenie śruby *l* zapomocą rękojeści *d* otwiera się ośm ramion metalowych *a* w ten sposób, że w przekroju poprzecznym tworzą one płaszczyznę koła, w przekroju zaś podłużnym przedstawiają powierzchnię stożka. wskutek czego naśladują rozwarcie fizyologiczne, przyczem każdy milimeter rozszerzenia średnicy uwidoczniony jest dokładnie na skali.

Figura I. przedstawia rozszerzadło zamknięte, przyczem wskazówka umieszczona jest na liczbie 1, t. z., że w stanie zamkniętym górny jego koniec, 8 ctm. długi, który do szyi macicznej się wprowadza, wynosi w średnicy 1 ctm.

W miarę powolnego kręcenia rękojeści *d* rozszerzają się wszystkie ramiona równomiernie i powoli w sposób powyżej podany; przyrząd otwiera się do 12 ctm. w średnicy, jakkolwiek do zupełnego rozwarcia ujścia macicznego wystarcza zwykle $8^1/_2$—$8^3/_4$ ctm. średnicy.

Figura II. przedstawia przyrząd rozwarty. W górnej części, 8 ctm. długiej, *bc*, ramiona biegnące dotychczas w kierunku stożkowatym, stopniowo zagłębiają się ku wewnątrz *b*, a na swym szczycie *c* posiadają one małe na zewnątrz ster-

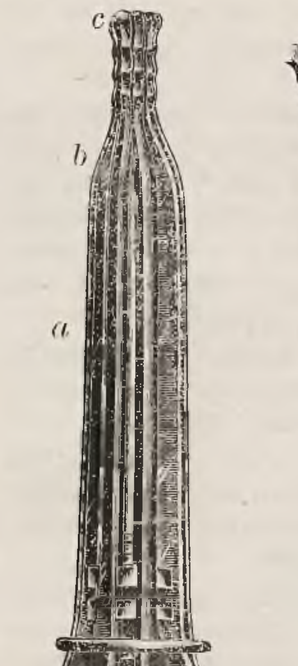


Fig. I.

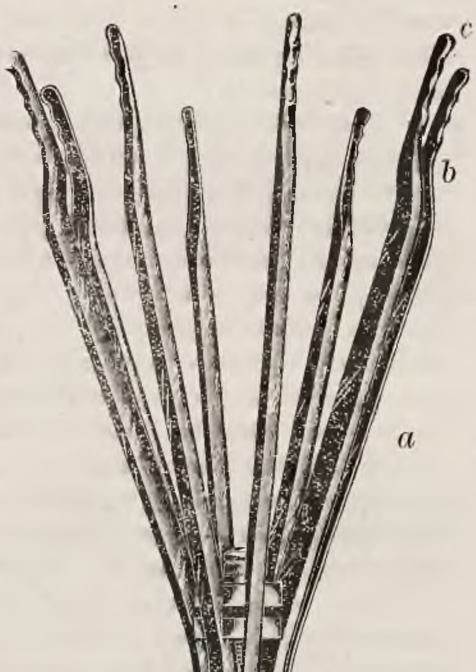


Fig. II.

czące stale przytwierdzone główki; wskutek tego urządzenia część ta raz wprowadzona do szyjki względnie ujścia macicznego nie może się na zewnątrz wyśliznąć i wystarcza raz rozszerzadło wprowadzić aż do zupełnego rozszerzenia ujścia. Dalsza część ramion metalowych o zupełnie gładkiej

powierzchni biegnie w pochwie i nieco wystaje poza srom tak, iż równocześnie przy rozszerzeniu ujścia macicznego rozszerza także części miękkie pochwy i przygotowuje międzykrocze do przerżnięcia się główki płodu.

Dla łatwej aseptyki i desinfekcyi przyrządu wyjmują się wszystkie ośm ramion za naciśnięciem; rozszerzadło jest lekkie i wygodne w działaniu. Liczne zastosowania tego przyrządu wykazały, że do zupełnego rozwarcia szyi, względnie ujścia macicznego, wystarcza 15—20 minut, a ukończenie całego porodu trwa przeciętnie pół godziny.

Ponieważ ramiona w miarę rozszerzenia wywierają powolny i jednostajny ucisk na wszystkie części szyi, względnie ujścia macicy, naśladując fizyologiczne jego rozwarcie, dlatego dotychczas nigdy jeszcze żadnego naddarcia nie było i sądzę, że przy odpowiedniem obchodzeniu się z przyrządem wszelkie naddarcie jest wykluczonem, zwłaszcza, że napięcie ujścia daje się łatwo kontrolować zapomocą palca wskazującego ręki prawej.

Zastosowanie przyrządu jest wskazanem wszędzie, gdzie zachodzi potrzeba poród ukończyć szybko; wystarcza przytoczyć drgawki, przodujące łożysko, obrót z następową ekstrakcyą przy wązkiej miednicy, jak wogóle w przypadkach, gdzie zachodzi niebezpieczeństwo życia dla dziecka lub matki, jak n. p. w przypadku, który miałem dnia 12/VII u rodzącej w poliklinice. Dotyczył on pierwiastki M., lat 28 liczącej. Bóle porodowe rozpoczęły się przed 21 godzinami; mimo kompresów i kąpieli nasiadowych były bardzo słabe. Ciepłota 38·2, tętno 98. Płód donoszony, tętno płodu słabe i szybkie. Ujście macicy zaledwie na koronę rozwarte; pęcherz płodowy utrzymany; badaniem zewnętrznem i wewnętrznem stwierdza się położenie drugie twarzowe, główka wysoko ustawiona, ruchoma.

Ze względu, że tony serca płodu stawały się ciągle słabsze, a poród prawie wcale nie postępował, założyłem rozszerzadło i w przeciągu 18 minut uzyskałem zupełne rozwarcie ujścia macicznego, przyczem bóle i skurcze macicy stały się prawidłowe. Po wyjęciu rozszerzadła przebiłem pęcherz, niebawem główka się ustawiła, poczem założyłem kleszcze i w przeciągu 35 minut poród bez jakiegokolwiek naddarcia był ukończony. Łożysko po 15 minutach samo odeszło. Matka i dziecko zdrowe, a dziesięciodniowy połóg przebiegał zupełnie prawidłowo.

Nie przytaczam tutaj innych przypadków zastosowania mego rozszerzadła w innych klinikach niemieckich, albowiem, o ile mi wiadomo, wkrótce zostanie ogłoszone szczegółowe sprawozdanie.

W ostatnim czasie ukazał się niezależnie od mego rozszerzadła przyrząd do tegoż celu służący, jakkolwiek zupełnie odmiennie zrobiony, pomysłu prof. Bossiego z Genui; dlatego podaję tutaj pokrótce zasadnicze różnice [poruszone w „Centralblatt für Gynaekologie“], przemawiające za użytecznością mego dylatatora.

1. Rozszerzadło moje posiada 8 ramion, które w przekroju poprzecznym tworzą zawsze obwód koła, w przekroju podłużnym opisują powierzchnię stożka, naśladując fizyologiczne rozwarcie macicy, podczas gdy przyrząd Bossiego posiada tylko 4 ramiona, odległość ich zatem w stanie rozwartym jest stosunkowo znaczna i tworzą one w przekroju poprzecznym płaszczyznę więcej do kwadratu zbliżoną, w przekroju podłużnym zaś nieregularną figurę.

2. Rozszerzadło moje rozszerza równocześnie części miękkie pochwy i przygotowuje międzykrocze do przerżnięcia się główki, albowiem wszystkie ramiona symetrycznie przebiegają na obwodzie koła, podczas gdy w przyrządzie Bossiego krzyżują się one nieregularnie w zamku i działania tego wcale nieposiadając, wywierają tylko niepotrzebny ucisk na owe części.

3. Wskutek znaczniejszej ilości ramion [8] i prawidłowego rozwarcia ich w mojem rozszerzadle, mimo licznego jego zastosowania nigdy jeszcze żadnego naddarcia nie stwierdzono; przy zastosowaniu natomiast przyrządu Bossiego zapewne obok innych przyczyn zbyt mała ilość ramion przyczynia się do stosunkowo częstego naddarcia.

4. Rozszerzadło moje wprowadza się raz tylko aż do zupełnego rozwarcia ujścia, podczas gdy przyrząd Bossiego należy po założeniu na każde z 4 ramion wydrążonych haków, powtórnie założyć, co dla aseptyki obojętnem być nie może.

5. Wszystkie ramiona w mojem rozszerzadle za naciśnięciem się wyjmują, przytem przyrząd jest znacznie lżejszy i wygodniejszy, jak również na skali uwidocznione jest wszelkie odchylenie ramion w milimetrach.[1])

II. Obecny stan nauki o t. zw. „tuberkulidach skóry“.

Studyum krytyczne oraz przyczynek do kazuistyki: *„folliclis“* *).

Podał

Dr. Zygmunt Steuermark

kierownik oddz. dermatologicznego szpitala izr. w Krakowie.

Kwestya t. zw. „tuberkulidów Dariera“ t. j. chorób skórnych, wywołanych rzekomo działaniem toksyn pasorzyta gruźlicy obudziła w ostatnich dwóch dziesiątkach lat żywy ruch naukowy pośród uczonych przeważnie paryskiej szkoły dermatologicznej. Do tej nowoutworzonej grupy chorób należą postaci chorobowe, które w dotychczasowej klasyfikacyi dermatologicznej wtłoczone były do najrozmaitszych działów, przytem niektóre z nich opisywane były pod najrozmaitszemi nazwami, zarówno we Francyi, jakoteż i poza jej granicami.

Dermatologia francuska dzieli wszystkie choroby skórne, pozostające w związku z gruźlicą, na dwie główne grupy:

1) *Tuberculides bacillaires,* które obejmują formy gruźlicy prawdziwej, jak; *„lupus vulgaris“*, *„scrophuloderma (gommes tuberculeuses)“*, *„tuberculosis cutis miliaris ulcerosa“*, *„tuberculosis cutis verrucosa* (Riehl-Paltauf)“, oraz „gruzełki trupie *(tubercula anatomica)“*.

2) T. zw. *toxi-tuberculides,* powstające wskutek działania nie samego prątka Kocha, lecz prawdopodobnie jego toksyn, które, wytworzone gdzieś w odległem ognisku gruźliczem, zaniesione zostały za pośrednictwem naczyń chłonnych do skóry. Do grupy tej zaliczają uczeni francuscy następujące postaci chorobowe: *„folliclis* czyli *lupus erythematodes disseminatus* Boeck“, *„lichen scrophulosorum“*, *„eczema scrophulosorum* Boeck“, *„erythema induratum* Bazin“,

[1]) Rozszerzadło moje znajduje się na składzie firmy »Louis i H. Loewenstein Berlin«.

* Według odczytu wygłoszonego na posiedzeniu Tow. dermatologicznego w Krakowie 10 czerwca 1902 r.

„gangraena cachechtica infantum Oscar Simon“ czyli *„ecthyma térébrant de l'enfance“*, *„lupus erythematodes“* oraz *„lupus pernio* Besnier“. Leredde zalicza jeszcze *„angiokeratoma Mibelli“*.

Związek tej drugiej grupy z gruźlicą przyjęty został przez uczonych francuskich głównie na podstawie wieloletniej, bogatej obserwacyi klinicznej, częściowo także na podstawie badań anatomo-patologicznych, jakkolwiek z drugiej strony krytyczna, przedmiotowa ocena pojedynczych spostrzeżeń przyznać każe, że bardzo wiele zagadnień na tem polu dziś jeszcze należy do spornych i że cała nauka o „tuberkulidach Dariera“ pomimo wielkiego postępu nauki pozostaje niejako w zawiązku.

O ile choroby, należące do pierwszej grupy, powstają niewątpliwie pod wpływem prątka Kocha, cechują się swoistą budową anatomiczną w formie gruzełków, zawierających twory olbrzymie, produkty chorobowe ich są przeszczepialne na inne zwierzęta, wreszcie okazują swoisty odczyn po wstrzyknięciu tuberkuliny Kocha, o tyle choroby, należące do drugiej grupy, t. zw. toksy-tuberkulidy, lub jak inni przez analogię do chorób parasyfilitycznych chorobami paratuberkulicznemi je nazywają, nie okazują ani budowy gruzełków, ani nie wykryto w nich prątków Kocha, (pomijam tutaj na razie wyniki badań ostatniej niemal doby, odnoszące się do *lichen scrophulosorum*), wszelkie a przytem liczne próby przeszczepienia dały dotychczas wynik ujemny; pomimo to jednak przy obecnym stanie nauki dziś już twierdzić możemy, że związek jakiś chorób tych z gruźlicą prawie niewątpliwie istnieje, a w tym kierunku wyniki badań anatomo-patologicznych wyprzedziły niejako spostrzeżenia kliniczne, które wykazują, że wymienione choroby występują stale u osób, które uległy już to poprzednio zakażeniu gruźliczemu, już też następowo, np. w kilka lat po pojawieniu się danej choroby skórnej okazywały wybitne objawy gruźlicy, — że zatem już w chwili pojawienia się „tuberkulidu“ ustrój prawdopodobnie pozostawał pod wpływem zakażenia gruźliczego w okresie gruźlicy utajonej, a jak wielkie okoliczność ta mieć może znaczenie praktyczne dla rozpoznania gruźlicy w jej pierwszych początkach, a tem samem jej zapobiegania i leczenia, dowodzić chyba zbytecznie.

Wymienione wyżej cechy patognomoniczne dla gruźlicy, jak obecność prątka Kocha w zmianach anatomicznych o charakterystycznej budowie mikroskopowej, przeszczepialność produktów chorobowych na zwierzęta, oraz odczyn na tuberkulinę Kocha, stanowią istotę wszelkich postaci gruźlicy; — dlatego też uczeni francuscy, uznając z jednej strony brak tych istotnych cech w tuberkulidach skóry, a z drugiej strony uwzględniając niedające się w żaden sposób pominąć milczeniem wyniki spostrzeżeń klinicznych, oraz częściowo i badań anatomo-patologicznych, przyjmują dla wytłómaczenia związku tych chorób z gruźlicą działanie nie samego prątka Kocha, lecz jego toksyn. Teorya ta, postawiona pierwotnie przez prof. Hallopeau z Paryża i prof. Caesara Boecka z Chrystyanii, pozostanie jednak tak długo tylko hipotezą, jak długo nie zdołamy wywołać tych chorób przez wprowadzenie do ustroju toksyn gruźliczych na drodze doświadczalnej; dzisiaj jednak, uwzględniając dane z biologii pasorzyta gruźlicy, twierdzić możemy, że hipoteza ta ma wszelkie cechy wielkiego nawet prawdopodobieństwa, czego dalszym dowodem jest ta okoliczność, że oświadczyła się za nią cała plejada koryfeuszów dermatologii, jak Darier, Besnier, Hutchinson, Thibierge, Barthélemy, Brocq, Leredde, Boeck, Jadassohn i wielu innych.

Jeżeli teraz uwzględnimy, że sprawa morfologii i biologii pasorzyta gruźlicy nie jest kwestyą zamkniętą, że niejako w kolebce istnieje nauka o t. zw. gruźlicy rzekomej, to przyznać musimy, że dotychczasowe poglądy nasze na patogenezę gruźlicy w ogólności mogą jeszcze uledz wielkim zmianom i niewątpliwie dalsze nasze zapatrywania w tym kierunku zależeć będą od zdobyczy na polu bakteryologii. Już odkrycie pasorzyta gruźlicy równocześnie przez Kocha i Baumgartena w r. 1882 rzuciło zupełnie nowe światło na całą naukę o gruźlicy w ogólności, z jednej strony bowiem dało możność stwierdzenia natury gruźliczej całego szeregu chorób, których związek z gruźlicą dotychczas podejrzywano tylko, a z drugiej strony odtworzenia tych chorób przez zakażenie zwierząt.

Dalszy postęp nauki w tym kierunku przyczynił się do odkrycia faktów, wyjaśniających stanowisko pasorzyta gruźliczego w świecie drobnoustrojów, a obok tego stworzenia zupełnie nowego działu bakteryologii, t. zw. gruźlicy rzekomej (*pseudotuberculosis),* w której wykryto drobnoustroje podobne do prątka Kocha, obdarzone zdolnością wywoływania gruzełków w ustroju zakażonym, poza tem jednak nieposiadające żadnych innych wspólnych cech z prątkiem Kocha; — tak Eberth, Courmont, Preisz, Kutscher, Casal-Vieillard, oraz tak tragicznie zmarły młody bakteryolog, Dr. Napoleon Kostanecki, opisują właśnie takie drobnoustroje, które otrzymały nazwy: *bacillus pseudotuberculosis similis, bacillus pseudotuberculosis ovis, bac. pseudotub. murium, bac. pseudotub. liquefaciens,* oraz *bacillus metastaticus* (N. Kostanecki).

Prątki te, prócz zdolności wywoływania gruzełków w ustroju zwierzęcym, nie mają żadnych wspólnych cech z prątkami gruźliczymi, np. *bacillus metastaticus* N. Kostaneckiego rośnie inaczej na pożywkach i inaczej zachowuje się przy barwieniu, aniżeli prątek Kocha.

Ostatnie lata przynoszą nowe zdobycze na tem polu: Petri oraz Lydia Rabinowitsch znajdują w maśle prątki podobne do prątków gruźliczych kształtami, oraz zachowaniem się wobec barwików, zdolne wywołać nawet zmiany anatomiczne pod postacią gruzełków, a różniące się tylko od prątków Kocha łatwem rozmnażaniem się na pożywkach; dalej Moeller opisuje prątki, które znalazł na liściach roślin (tymotki), podobne do gruźliczych, różniące się od nich tylko pewnemi nieznacznemi cechami morfotycznemi, oraz zachowaniem się na pożywkach, zresztą także obdarzone zdolnością wywoływania gruzełków w ustroju zwierzęcym. Severin spotykał takie prątki w gnoju, oraz świeżym kale krów, wreszcie według badań Lubarscha w ogólności znaczna część grupy drobnoustrojów, objętych przez Krusego nazwą: *„Streptotricheae“* jest w stanie wywołać w ustroju zwierząt zakażonych gruzełki z tworami olbrzymimi.

Tak więc zmiany anatomiczne pod postacią gruzełków, zawierających twory olbrzymie, dawno przestały być uważane za cechę biologiczną, właściwą wyłącznie prątkom Kocha, — oraz odwrotnie wiadomo, że prątki Kocha mogą obok

typowych gruzełków w pewnych warunkach wywołać także i inne zmiany anatomiczne, np. ropienie.

Przytoczone szczegóły oświetlają krytycznie wyżej wymienione cechy patognomoniczne, które przywykliśmy uważać za *conditio sine qua non* każdej postaci gruźlicy; wynika z nich bowiem, że mogą istnieć zmiany anatomiczne pod postacią gruzełków, które zostały wywołane przytem obecnością prątków niemal identycznych z prątkiem Kocha, nawet pod względem morfotycznym, oraz zachowania się wobec barwików, a pomimo to zmiany te mogą nie być gruźliczemi, jak z drugiej strony może nie być w budowie anatomicznej gruzełków, a proces może być *par excellence* gruźliczy.

Nieco obszerniej zatrzymałem się na tem miejscu nad sprawą patogenezy gruźlicy, oraz gruźlicy rzekomej, a to dlatego, że nie pozostała ona bez wpływu na zapatrywania dermatologów francuskich na kwestyę tuberkulidów skóry. I tak już w r. 1894, t. j. w epoce, gdy badania nad gruźlicą rzekomą zdawały się otwierać nowe widnokręgi dla badaczy patogenezy gruźlicy, Hallopeau wygłosił teoryę, że tuberkulidy: *lupus erythematodes* i *lupus pernio Besnier* należą do t. zw. gruźlicy rzekomej, wywołanej działaniem drobnoustrojów odmiennych od prątka Kocha (*une forme microbienne distincte du bacille vulgaire*). Jak długo jednak drobnoustroje z grupy gruźlicy rzekomej nie zostały wprost wykazane w wspomnianych przez Hallopeau dermatozach, co więcej — dopóki żaden z tych drobnoustrojów, jako patogenetyczny nie został wykazany u człowieka wogóle, tak długo teorya ta pozostanie tylko hipotezą, która zresztą większego oddźwięku w nauce nie znalazła.

W ostatnich latach, dzięki pracom Krompechera i Philippsona, wyłoniła się nowa teorya, tłómacząca związek tuberkulidów skóry z gruźlicą, za którą oświadczyło się wielu dawnych zwolenników teoryi toksyn; mianowicie prace Krompechera, ogłoszone w „Annalach“ Pasteura z r. 1900 p. t. *Recherches sur le traitement des animaux tuberculeux* wykazują, że istnieją żywe niejadowite prątki gruźlicze, które w ustroju zwierzęcym nie wywołują żadnych zmian, albo tylko bardzo nieznaczne. Takie osłabione prątki gruźlicze, zaniesione prądem krwi do skóry, tworzą w niej zatory, poczem szybko z tkanek znikają. Philippson w jednym z tuberkulidów znalazł taki właśnie zator (*embolus bacillaire*). Tak więc odnośnie do tuberkulidów skóry wielu dawnych zwolenników teoryi toksyn przyjęło w ostatnich latach tę teoryę prątków gruźliczych, niejadowitych.

Przechodzę obecnie do opisu pojedynczych postaci chorobowych z grupy tuberkulidów, z których niektóre pod najrozmaitszemi nazwami były opisywane, skutkiem czego wytworzyło się bardzo bogate, ale zarazem nieco chaotyczne piśmiennictwo tych chorób. Zaczynam od *folliclis:*

Po raz pierwszy w r. 1880 opisał profesor dermatologii w Chrystyanii Caesar Boeck, specyalną postać *lupus erythematodes disseminatus* na podstawie dwóch przypadków spostrzeganych u chorych, dotkniętych równocześnie gruźlicą gruczołów chłonnych i oka; badanie mikroskopowe tych przypadków wykazało w skórze właściwej (*corium*) naciek zapalny, ciągnący się w długich pasmach wzdłuż naczyń krwionośnych, głównie dookoła torebek włosowych i gruczołów potnych, gdzie w ogólności naczynia obficie są ułożone. Dookoła środkowego ogniska w guzku naciek komórek okrągłych tak bardzo zbity, że granica między przyskórkiem a skórą właściwą ledwie dostrzegalna.

Jednakowoż fakt, że guzki wytwarzały się na stopach i dłoni, świadczył, że sprawa nie jest związana z obecnością torebek włosowych.

Następnie ta sama choroba, nazwana prze szkołę niemiecką: *lupus erythematodes disseminatus forma Boeck* była opisywana pod różnemi nazwami we Francyi. I tak w 10 lat później, t. j. w r. 1890, Brocq opisywał tę samą chorobę w dziele p. t. *Traitement des maladies de la peau*, jako *Folliculites disseminées symetriques des parties glabres à tendances cicatricielles*, uważając ją, jako wynik zapalenia gruczołów potnych; w r. 1891 Barthélemy podał dokładny opis kilku przypadków tej choroby pod nazwą *folliclis*. W tym samym roku opisał prof. Łukasiewicz przypadek: *Folliculitis exulcerans (eine bisher nicht beschriebene Hautaffection)*, a w rok potem Pollitzer tę samą chorobę p. t. *hydradenitis destruens suppurativa*, przyczem przypuszczał, że ptomainy z przewodu pokarmowego, wydzielając się przez gruczoły potne, wywołują ich zapalenie. W r. 1893 Dubreuilh ogłosił dwa przypadki pod tą samą nazwą: *hydrosadenite disseminée suppurative* z dokładnym opisem badania mikroskopowego, na podstawie którego dochodzi do przekonania, że wszystkie pierwiastki właściwej skory *(corium)* są tak zajęte, że niemożliwem jest wykazać, jaka część skóry jest pierwotnie zajęta. Etyologię uważa za ciemną. W roku 1896 Tenneson, Leredde i Martinet w pracy p. t. *Sur un granulome innominé* (nowa nazwa!) opisali dwa przypadki i na podstawie badania mikroskopowego doszli do następujących wniosków: 1) ani torebki włosowe, ani gruczoły potne nie stanowią punktu wyjścia tej choroby 2) naciek w skórze jest *granuloma cutaneum infectiosum*, 3) rozwija się na tle zołzowem.

Dopiero rok 1896 i 1897 przyniósł pewne zasadnicze zmiany w pojmowaniu patogenezy tej pod tyloma nazwami opisywanej choroby, Hallopeau i Bureau w pracy p. t. *Sur un nouveau cas de l'affection dite „folliclis“ et ses rapports possibles avec tuberculose* i Darier w pracy już wyraźnie zatytułowanej: *Des tuberculides cutanées* rozwijają poglądy, na podstawie których przypuszczają istnienie związku między *folliclis* a gruźlicą.

Te same poglądy przyjmuje Du Castel i Thibierge. Wreszcie w r. 1898 opisuje Hallopeau przypadek: *Sur un cas de tuberculides acnéiformes et necrotiques* (nowa nazwa!), przypadek różniący się tem jedynie od *folliclis*, że nacieki rozwijają się nie w głębi skóry, lecz powierzchownie. W tym samym roku opisał prof. Caesar Boeck z Christyanii 12 przypadków p. t. *lupus erythematodes disseminatus* (forma Boeck), z których wszystkie 12 występowały u osób dotkniętych już to gruźlicą płuc, już też *lupus erythematodes discoides* i *lichen scrophulosorum*. Wreszcie Delbanco z Hamburga w r. 1900 ogłasza jeden przypadek: *lupus erythematodes disseminatus* Boeck u chorej, u której równocześnie istniała gruźlica gruczołów chłonnych na szyi.

Już ten sam spis rozmaitych nazw, pod któremi opisano tę samą chorobę, świadczy o rozmaitem zapatrywaniu się na jej patogenezę, którą jedni pierwotnie uważali za powstałą na tle zapalenia gruczołków potnych; zkąd pochodzi nazwa: *hydrosadenite* (Pollitzer, Dubreuilh), a inni

za pozostającą w ścisłym związku z gruźlicą, a to na podstawie równoczesnej obecności gruźlicy płuc, kości i gruczołów chłonnych, względnie *lupus erythematodes discoides* (Du Castel, Boeck, Hallopeau, Darier, Brocq etc.), lub *lichen scrophulosorum* (Boeck). (c. d. n.).

III. W sprawie szybkiego rozszerzania szyjki macicznej podczas porodu.

Na podstawie własnych doświadczeń.

Napisał

Dr. Jan Lachs w Krakowie.

Sprawa sztucznego rozszerzania ujścia macicznego podczas porodu sięga zdaje się dalej w wieki minione, aniżeli poznanie innych zabiegów położniczych. Ci bowiem z najdawniejszych autorów, u których znajdujemy zaledwie tylko ślad o operacyach położniczych i to wykonywanych dopiero po śmierci płodu, mówią o rozszerzaniu powoli rozwierającego się ujścia, jakby o rzeczy zupełnie naturalnej i samej przez się zrozumiałej. Hipokrates[1]) pozwala się nam domyślać, że zalecał rozszerzanie ujścia, a Celsus[2]) i Soranus[3]) tak wyraźnie o niem wspominają, że nie pozostawiają pod tym względem żadnych wątpliwości. Naturalnie, że najpierwotniejszem narzędziem, używanem w tym celu, był palec położnej, a później lekarza. Sposób ten ostał się najdłużej, przetrwał bowiem wszystkie burze i wszystkie szkoły i utrzymał się aż do naszych czasów. Ten najpierwotniejszy i najmniej niebezpieczny dla matki i dla płodu zabieg nie zawsze wystarczał i dlatego musiano się starać o inne sposoby, których liczba jest już dziś dosyć znaczna. Z rozwojem liczby metod wzrastała także i liczba narzędzi do tego potrzebna. Dzisiaj rzecz ta stoi tak, że rozróżniamy dwa główne sposoby rozszerzania ujścia macicznego, a mianowicie: bezkrwawe i krwawe, które do niedawna jeszcze ubiegały się o pierwszeństwo między sobą. To ostatnie polega na mniej lub więcej głębokich nacięciach brzegów ujścia zapomocą skalpela. Więcej narzędzi potrzeba nam do tak zw. bezkrwawego rozszerzania, które, jak zobaczymy, nie zawsze niestety bywa bezkrwawem. Najpierwotniejszy sposób polega na wyżej wspomnianem użyciu palca, z którem co do wieku konkuruje jedynie przebicie pęcherza, wypuszczenie wód płodowych, wzniecenie w ten sposób bólów porodowych i przyspieszenie rozwarcia się ujścia. W przypadkach, gdzie część pochwowa lub brzegi ujścia nie są dostatecznie rozpulchnione, przestrzykuje się jeszcze pochwę znaczną ilością ciepłej wody, która, sprowadzając znaczniejsze rozpulchnienie, przyspiesza zanik części pochwowej lub rozwarcie się ujścia.

Każda z dotychczas wymienionych metod ma swoje zalety, lecz ma także wady, bądź dla tego, że nie prowadzi szybko do celu, bądź też, że niebezpieczeństwo zakażenia rodzącej jest dosyć znaczne itd. Te ujemne cechy kazały przemyśliwać nad innemi nowemi metodami. Najbliższa była myśl bezpośredniego rozszerzania ujścia, jako najszybciej i najpewniej prowadząca do celu. Co do narzędzi, to ze znacznej ich liczby widnieją dwie myśli przewodnie: jedni autorowie dążą do celu od zewnątrz, obawiając się w przeciwnym razie zakażenia macicy i szkody dla dziecka; drudzy zaś rozszerzają ujście od wewnątrz, t. j. od strony jamy macicy, dążąc do możebnie największego zbliżenia się do mechanizmu porodowego i obiecując sobie ztąd jak najmniej szkody dla narządu rodnego, a przedewszystkiem dla ujścia macicznego. Do pierwszych należą ci, którzy używają najchętniej t. zw. rozszerzadeł, t. j. narzędzi metalowych o dwóch lub więcej płatach (branżach), które, rozstępując się, rozszerzają zarazem niedostatecznie jeszcze rozwarte ujście maciczne; do drugiej zaś kategoryi należą zwolennicy balonów, wprowadzanych do szyjki lub ponad ujście wewnętrzne macicy.

Jednym z dawniejszych a najbardziej znanych narzędzi jest przyrząd Buscha, rozszerzadło o trzech płatach, które się pod uciskiem dłoni operatora rozstępują, rozwierając zarazem ujście. Rozszerzadło to dziś już wyszło z użycia z powodu niebezpieczeństw, na które sam Busch zwraca uwagę. Nie zaprzestano jednak przemyśliwać nad ulepszeniem tych narzędzi i podawano cały ich szereg, a pomysłowość w tym kierunku jeszcze się do dnia dzisiejszego nie wyczerpała. Główną wadą rozszerzadła Buscha jest łatwość rozdarcia szyjki lub naddarcia brzegów ujścia i wytwarzanie odleżyn w miejscach bezpośredniego ucisku. Tego starano się uniknąć zapomocą całego szeregu rozmaitej średnicy rozszerzadeł jednoramiennych na wzór tych, jakie podał Hegar. To ostatnie jednakowoż mniej stosowne przy porodach, a więcej przy poronieniach w pierwszych trzech miesiącach ciąży, kiedy wytworzenie drożności dla jednego tylko palca jest dostatecznem, by wypróżnić jamę macicy. Dla późniejszych miesięcy ciąży, a zwłaszcza dla ukończenia porodu przedwczesnego, lub w prawidłowym końcu ciąży okazał się ten przyrząd niewystarczającym. Dawniej częściej stosowano gąbki, blaszkownice *(laminaria)* i seton z gazy, wprowadzany systematycznie do szyjki; seton z gazy lub blaszkownica mają tę samą wadę, a nadto wymagają znacznie więcej czasu, a więc nie nadają się tam, gdzie z jakiegokolwiekbądź wskazania szybko potrzeba działać, nadto bardzo trudno przy ich użyciu o zadośćuczynienie wymaganiom postępowania przeciwgnilnego lub bezgnilnego; mają jeszcze i tę złą stronę, że nie wprowadzone dosyć głęboko, a więc tak, że ich koniec wewnętrzny znajduje się poniżej ujścia wewnętrznego, rozszerzają tylko dolną część szyjki, a operator, przygotowany do wykonania właściwego zabiegu dla ukończenia porodu, musi ponownie założyć rozszerzadło na 24 godzin, lub nie będąc dostatecznie ostrożnym, może się łatwo dostać na błędne drogi i wprowadzić narzędzie lub palec w samą ścianę macicy. Z tych powodów zarzucono obecnie gąbki i blaszkownice, a gaza i rozszerzadła jednoramienne stosują się obecnie w późniejszych miesiącach ciąży tylko tam, gdzie operujemy dwuczasowo, gdzie rozszerzamy jedynie po to, by umożliwić przez to wykonanie potrzebnego zabiegu.

Te wady, a zwłaszcza niemożność szybkiego działania, były przyczyną, że zaczęto się rozglądać za nowemi lepszemi narzędziami, przyczem jako pierwowzory służyły dawne już zapomniane.

[1]) „De mulierum morbis" lib. I. K. II. 700.

[2]) „Hac occasione usus medicus, unctae manus indicem digitum primum debet inserere, atque ibi continere, donec iterum os adaperiatur, rursusque alterum digitum demittere debebit, et per easdem occasiones alios, donec tota esse intus manus possit". Medicina. l. VII. c. 29.

[3]) „Περὶ γυναικείων παθῶν" l. c. XXI.

Obok szybkiego działania wymagamy od takiego narzędzia, by nie uszkodziło matki i dziecka, by łatwem było do odkażenia i by operator mógł każdej chwili ocenić siłę wywartą zapomocą niego na szyjkę lub na brzegi ujścia macicznego. Rozszerzadła metalowe dotychczas podane, zwłaszcza w ostatnich czasach, starały się tym warunkom zadość uczynić. Czy i w jakim stopniu im się to powiodło, wkrótce zobaczymy. Nie sięgajmy w tym celu zbyt daleko, lecz zadowolnijmy się tem, co nam w tym kierunku przyniosło kilka lat ostatnich i zacznijmy od rozszerzadła Tarniera *(écarteur uterin)*, poleconego ogółowi w r. 1888. Przyrząd ten składa się z trzech 35 ctm. długich platów, które w połowie swej długości są kolankowato wygięte i w tem miejscu opatrzone zamkami, zapomocą których między sobą się łączą. Podczas gdy na macicznym końcu platów znajdują się płytki odgięte na zewnątrz, koniec ich zewnętrzny jest kabłąkowato wygięty, a to w celu, by się nie zesuwał elastyczny sznurek, w tem miejscu zakładany. Pojedyncze płaty tego przyrządu wprowadzają się zupełnie na wzór kleszczy porodowych. Czasem wystarcza wprowadzić dwa płaty, a czasemwszystkie trzy łączy się w zamku i zabezpiecza przed rozwarciem się za pomocą czopka wsuniętego w zamek, a na koniec zewnętrzny zakłada się podwiązkę elastyczną. Wprowadzenie tego przyrządu nie przedstawia przy pewnem rozwarciu ujścia macicznego większych trudności. Siła jednak nim wywarta jest ogromna, a skutkiem tego i następstwa nieobliczalne. Na tej samej zasadzie, lecz pomyślane bez porównania bardziej pojedynczo, zostały zrobione w ostatnich latach dwa nowe rozszerzadła. Jedno wyszło z kliniki Schauty, opisane przez Starlingera w r. 1895, drugie pomysłu Müllera w Monachium z r. 1889. Obydwa te przyrządy są zrobione na wzór dobrze znanych rozszerzadeł, jakich używają rękawicznicy. Różnią się zaś między sobą tem, że rozszerzadło Müllera ma na końcach wewnętrznych wygięcia na kształt dziobów, które nie pozwalają wysuwać się podczas ich użycia, a nadto i tem, że Müller stara się śrubą zastąpić siłę wywartą przez dłoń operującego. Zasada słuszna, lecz nie bez wady. Działając bowiem ręką, jesteśmy wstanie dokładniej mierzyć siłę wywartą na platy rozszerzadła, a pośrednio i na ujście maciczne; rozkład jednak sił nie jest równomierny, gdyż ramię, na które działa dłoń, podlega wpływowi siły większej, aniżeli drugie, na które działają palce ręki, stąd przychodzi do zwichnięcia równowagi sił, a szyjka lub ujście maciczne rozrywają się w miejscu i w kierunku działania siły większej. Przy stosowaniu rozszerzadła Müllera, w którem siłę rąk zastępuje śruba, takiego naruszenia równowagi wprawdzie nie zauważymy, natomiast śrubą często wywieramy bezwiednie ogromną siłę, a nie odczuwając, kiedy przekraczamy granicę rozciągliwości części rozciąganej, wywołujemy częstokroć znaczne naddarcia. W miejscu zaś oparcia obydwóch płatów wywołujemy odleżyny, a co najmniej *locus minoris resistentiae,* które się może łatwo w dalszym przebiegu porodu pod wpływem naparcia części przodującej rozedrzeć, lub wobec pologu stanowić wyborne miejsce dla usadowienia się bakteryi chorobotwórczych. To, co mówimy o dwupłatowych rozszerzadłach odnosi się w całości do trzypłatowych, które przedstawiają zwrot do zarzuconych rozszerzadeł Buscha i dlatego nie nadają się tak jedne jak i drugie do znaczniejszego rozszerzania szyjki lub ujścia macicznego, ale jedynie do wykonania zabiegu wstępnego w celu umożliwienia rozszerzenia późniejszego zapomocą innych narzędzi. (C. d. n.).

IV. Z zakładu Anatomii patologicznej Prof. Dra Browicza w Krakowie.

Przyczynek do poznania zmian anatomo-patologicznych w ostrej białaczce *(Lymphaemia acuta).*

Podał

Dr. Leon Konrad Gliński.

Asystent zakładu.

(Dokończenie).

Przechodzimy wreszcie do znalezionych przez nas zmian białaczkowych w oponach miękkich. Jak wiadomo, zmiany białaczkowe w obrębie układu nerwowego należą wogóle do bardzo rzadkich, co zresztą może być wynikiem niedostatecznych badań w tym kierunku. O ile z dotychczasowych badań wynika, zmiany te dotyczyć mogą zarówno ośrodkowego układu nerwowego (mózgu i rdzenia), jakoteż nerwów, jak wreszcie i opon mózgowych. Zmiany te w obrębie mózgu, rdzenia i nerwów polegają wogóle na wylewach krwi, wytwarzaniu się nacieków białaczkowych, wreszcie na rozmaitych rodzajach zwyrodnienia i zostały w ostatnich czasach obszerniej omówione w pracach Eichhorsta, Blocha i Hirschfelda, oraz Spitza; tam też znajdzie czytelnik zebraną kazuistykę odpowiednich spostrzeżeń. Dla nas przedewszystkiem zajmujące są zmiany w oponach mózgowych, pod tym zaś względem w olbrzymiem stosunkowo piśmiennictwie, dotyczącem białaczki, udało się nam znaleźć tylko bardzo małą ilość spostrzeżeń, a mianowicie: Obrastzow u 17-letniego chłopca z ostrą białaczką znalazł przy badaniu pośmiertnem krwotoczne zapalenie opony twardej. Eisenlohr w swoim przypadku (białaczka przewlekła) opisuje ciemno-czerwone naloty pod oponą twardą, zwłaszcza w obrębie przednich płatów mózgu. W przypadku Oliviera (przewlekła białaczka) istniały śródoponowe wylewy krwi w obrębie mózgu i rdzenia. Westphal w jednym z opisanych przezeń przypadków ostrej białaczki spotkał się z dość licznemi świeżemi wybroczynami na wewnętrznej powierzchni opony twardej. W przypadku Straussa (ostra białaczka) istniał krwotok pod oponą twardą mózgu. Birk znalazł w swoim przypadku zgrubienia na oponie twardej, które składały się z rozrosłych drobnych komórek *(Verdickungen der Dura mater, welche aus gewucherten kleinen Zellen bestanden).* Benda w jednym z 7 badanych przez siebie przypadków ostrej białaczki znalazł *„ausgebreitete Lymphome der Dura mater mit einem massenhaften Bluterguss des Subduralraumes“.* Wreszcie w przypadku Eichhorsta w oponie twardej rdzenia pacierzowego miał istnieć guz białaczkowy, który dał powód do objawów ucis .owego zapalenia rdzenia.

Jak widzimy więc, dotychczasowe spostrzeżenia odnośnie do zmian białaczkowych w oponach mózgowych są bardzo nieliczne, dotyczą prawie wyłącznie opony twardej i dają się podzielić na dwie główne grupy: 1) przypadki z wybroczynami, 2) przypadki z naciekami, względnie guzami białaczkowymi w oponie twardej. Przypadki pierwszej grupy są bez porównania częstsze i są łatwo zrozumiałe wobec częstości wybroczyn w przebiegu białaczki, zwłaszcza ostrej,

w najrozmaitszych narządach. Bez porównania rzadsze są właściwe nacieki, względnie guzy białaczkowe w oponie twardej; w oponach zaś miękkich dotychczas, o ile mi wiadomo, nikt nie wykazał nacieków białaczkowych Tem większej z tego względu wagi nabierają znalezione w naszym przypadku nacieki białaczkowe, zwłaszcza iż zmiany te mogą powodować cały szereg objawów klinicznych ze strony układu nerwowego — objawów, które w braku lepszego tłómaczenia (podobnie jak objawy ze strony narządu krążenia) tłómaczymy sobie dotychczas niedokrewnością mózgu, względnie opon mózgowych. Jak świadczy nasz przypadek, przyczyną tych zaburzeń mogą być rzeczywiste zmiany anatomiczne w oponach miękkich w postaci nacieków białaczkowych; te ostatnie mogą być widoczne już makroskopowo, mogą jednakże również spotykać się w obrębie opon makroskopowo zupełnie prawidłowych.

Jeśli uwzględnimy to wszystko, cośmy wyżej powiedzieli, przyjść musimy do wniosku, iż wiedza nasza zmian anatomicznych w białaczce jest jeszcze wogóle niedostateczną i polega głównie na poznaniu zmian dostrzegalnych już makroskopowo, podczas gdy zmiany mniejsze, mogące jednak również powodować cały szereg objawów klinicznych, dostrzegalne jednakże dopiero przy badaniu mikroskopowem, częstokroć mogą uchodzić naszej uwagi. W naszym przypadku zmiany białaczkowe w otrzewnej, w mięśniach prążkowanych klatki piersiowej, w mięśniach ocznych, w gruczole łzowym, były wykazane dopiero przez badanie mikroskopowe; zmiany białaczkowe w oponach miękkich, w nasierdziu, oraz w mięśniu sercowym okazały się również znacznie rozleglejszemi, niż to można było przypuszczać na podstawie obrazu makroskopowego. Z tego względu konieczne są dalsze badania mikroskopowe w przypadkach białaczki, zwłaszcza zaś tych narządów, ze strony których pospolicie spotykamy się z objawami klinicznymi (objawy mózgowe, objawy ze strony narządu krążenia): nacieki białaczkowe wytwarzać się mogą prawie wszędzie; wytworzenie się zaś tych nacieków nie może pozostać bez wpływu na czynność i sprawność danego narządu, choćby zmiany te nie były widoczne dla gołego oka. Dopiero wszechstronne badanie najrozmaitszych narządów w białaczce dać nam może należyte zrozumienie całokształtu tak różnorodnych objawów chorobowych przy tem dla nas jeszcze wogóle mało znanem cierpieniu.

Na zakończenie słów kilka co do sprawy wytwarzania się t. zw. heteroplastycznych guzów i nacieków białaczkowych. Jak wiadomo, zdania pod tym względem są bardzo podzielone i istnieją najrozmaitsze zapatrywania; wogóle jednakże dają się wyróżnić dwie grupy zapatrywań: jedni autorowie sądzą, iż guzy te wytwarzają się w miejscu z tkanek już poprzednio tutaj istniejących, według innych — wydalone z krwi krążącej limfocyty dają początek tym guzom. Już Virchow twierdził, że t. zw. heteroplastyczne guzy białaczkowe rozwijają się w miejscu z tkanki łącznej, nie są więc złogami, wydalonymi z krwi, lecz rzeczywistymi nowotworami. (*„Allein die directe Beobachtung lehrt, dass die Elemente der metastatischen Lymphome sich in loco aus dem Bindegewebe entwickeln, dass es sich also nicht um Ablagerungen handelt, sondern um ganz unzweifelhafte Neubildungen“*).

*) Jak wiadomo, zdaniem Pappenheima, komórki plazmatyczne są pochodzenia tkankowego. *(Uwaga autora).*

W najnowszych czasach Pappenheim wypowiedział zdanie, zasadniczo niczem się nie różniące od zapatrywań Virchowa, mianowicie twierdzi on, iż omawiane guzy składają się nie z limfocytów, lecz z komórek plazmatycznych *) Unny, nie są to więc *„hyperplastische Lymphome“*, lecz *„heteroplastische, d. h. histiogene Neoplasmen, Granulome, bezw. mit Unna Plasmome nicht entzündlicher Natur“*. Pinkus, opierając się na pracach Arnolda i Ribberta, uważa t. zw. heteroplastyczne guzy białaczkowe, jako wytworzone na miejscu z istniejących tam już prawidłowo drobnych guzków limfatycznych, których obecność n. p. w płucach wykazał Arnold; zdaniem więc Pinkusa guzy te nie są właściwie heteroplastyczne, lecz podobnie jak guzy gruczołów chłonnych polegają na hiperplazyi już prawidłowo po całym ustroju rozrzuconych drobnych guzków limfatycznych.

W przeciwieństwie do powyżej przytoczonych zapatrywań inni autorowie uważają t. zw. heteroplastyczne guzy



Fig. IV. Poprzeczny przekrój drobnej żyłki w ścianie jelita. W ścianie tej żyły (przy *a)* widzimy przeciskające się przez nią limfocyty.

białaczkowe, jako powstałe skutkiem wydostania się limfocytów poza obręb ścian naczyniowych, przyczem jedni sądzą, że guzy te składają się wyłącznie z wydalonych poza obręb naczynia limfocytów, według innych wydalone zostają z naczyń tylko pojedyncze limfocyty; te ostatnie zaś, rozmnażając się już na miejscu (po wydaleniu z naczyń) dają początek guzom i naciekom białaczkowym.

Już ta różnorodność zapatrywań na jedną i tęsamą sprawę świadczy najlepiej, że właściwie nic pewnego dotychczas w tej sprawie nie wiemy. Okoliczność ta skłoniła mnie do baczniejszego zwrócenia uwagi na zachowanie się w moim przypadku nacieków białaczkowych, oraz na stosunek limfocytów do ścian naczyniowych. Rzeczywiście, przy dokładnych poszukiwaniach udało mi się niejednokrotnie spotykać limfocyty w ścianach naczyń krwionośnych. W błonie zewnętrznej zjawisko to jest wcale pospolite, nie możemy mu jednak przypisywać większego znaczenia; spotykałem jednak również limfocyty i w głębszych warstwach ściany naczyniowej, a nawet tuż pod śródbłonkiem naczynia, jak to widzimy na załączonym rysunku (Fig. IV). Takie i tym podobne obrazy zdają się przemawiać za tem, iż mimo braku własnej ruchomości limfocyty nawet bez uszkodzenia ściany

naczynia mogą się przedostawać (biernie) poza jej obręb*. Zresztą zjawisko biernego przedostawania się tworów upostaciowanych, pozbawionych własnej ruchomości, poza obręb naczyń, jest ogólnie znanem; tak n. p. Browicz wykazał i udowodnił, że krwinki czerwone mogą biernie wydostawać się poza obręb ścian naczyniowych i nawet tworzyć nacieki w ścianach naczyń. Wobec znalezionych przezemnie obrazów i wobec udowodnionej przez innych możliwości biernego przedostawania się tworów nieruchomych poza obręb ściany naczyniowej, nie wydaje mi się słusznym zarzut, iż t. zw. heteroplastyczne guzy białaczkowe nie mogą zawdzięczać swego powstania wydalonym z naczyń limfocytom, ponieważ te ostatnie nie posiadają własnych ruchów; przeciwnie znalezione przeze mnie obrazy zdają się przemawiać za tem przypuszczeniem. Z drugiej strony obecność licznych figur karyokinetycznych w znalezionych przezemnie naciekach białaczkowych zdaje się świadczyć, iż wydalone poza obręb ściany naczynia limfocyty mogą się mnożyć i rozmnażając się dawać początek większym skupieniom i naciekom białaczkowym. Jeśli uwzględnimy wreszcie tę okoliczność, iż usadowienie t. zw. heteroplastycznych guzów i nacieków białaczkowych stale zdaje się odpowiadać przebiegowi naczyń krwionośnych, to przypuszczenie możliwości ścisłego związku pomiędzy naczyniami krwionośnemi a heteroplastycznymi guzami białaczkowymi wydaje się nam tembardziej uzasadnionem.

Jednem słowem na podstawie naszych badań nie możemy zaprzeczyć możliwości wytwarzania się t. zw. heteroplastycznych guzów białaczkowych przez rozmnażanie się wydalonych z naczyń limfocytów. Z drugiej strony również i zwolennicy zapatrywań, że heteroplastyczne guzy białaczkowe powstają w miejscu z tkanek już poprzednio tam istniejących, opierają swe twierdzenie na bardzo poważnych dowodach. Wobec tego najprawdopodobniejszem wydaje mi się przypuszczenie, iż prawda co do tej sprawy leży pośrodku, a mianowicie iż pochodzenie t. zw. heteroplastycznych guzów białaczkowych jest dwojakie: jedne z nich powstają z rozmnażających się a wydalonych z naczyń limfocytów, inne — tworzą się z istniejących już prawidłowo w danem miejscu pierwiastków tkankowych; że pierwiastkami tymi mogą być drobne, rozrzucone we wszystkich narządach guzki limfatyczne, obecnie już wobec prac Arnolda i Ribberta wydaje się najprawdopodobniejszem. Co się tyczy stosunku t. zw. heteroplastycznych guzów białaczkowych do komórek plazmatycznych, obecnie nic stanowczego jeszcze w tej sprawie powiedzieć nie można, choćby ze względu na tę okoliczność, iż dotychczas właściwie nie znamy należycie pochodzenia komórek plazmatycznych: podczas gdy jedni autorowie wyprowadzają je z komórek tkanki łącznej, według innych pochodzą one z krwi, a mianowicie mają być identyczne z limfocytami.

Na zakończenie spełniam miły obowiązek, składając na tem miejscu serdeczne podziękowanie czcigodnemu memu szefowi, prof. Browiczowi, za pozwolenie ogłoszenia powyżej przytoczonego przypadku i za zachętę do powyższej pracy.

Piśmiennictwo. 1) Arnold: Untersuchungen über Staubinhalation und Staubmetastase. Leipzig 1885 i Virchow's Archiv Tom 80. 2) Benda: Leukämische Erkrankung des Centralnervensystems. (Berliner klin. Wochenschrift 1898. str. 228—229). 3) Birk: St. Petersb. medic. Wochenschrift 1883, Nr. 47 i 48 (przytoczony podług Blocha i Hirschfelda). 4) Bloch u. Hirschfeld: Zur Kenntniss der Veränderungen am Centralnervensystem bei d. Leukämie. (Zeitschr. für klin. Medic. 39 Tom, 1900). 5) Brandenburg: Ueber die acute lymphatische Leukämie, Charité-Annalen. Rocznik XXV, str. 85 (referat w Virchow-Hirsch Jahresberichte za rok 1901). 6) Browicz: O pochodzeniu substancyi skrobiowatej. (Rozprawy Wydz. Mat.-Przyr. Akad. Umiej. w Krakowie. Tom XLI, Ser. B. 1901). 7) Ehrlich, Lazarus i Pinkus: Leukämie. Nothnagels specielle Pathologie und Therapie Tom VIII, I Część. III Zeszyt. Wiedeń, 1901. 8) Eichhorst: Ueber Erkrankungen des Nervensystems im Verlaufe der Leukämie. (Deutsches Archiv für klin. Medic. 61 Tom, 1898). 9) Eisenlohr: Neuropathologische Beobachtungen (Virch. Archiv Tom 73). 10) Friedreich: Ein neuer Fall von Leukämie. (Virch. Arch. 1857 Tom XII). 11) v. Jaksch: Multiple Periostaffection und an myelogene Leukämie mahnender Blutbefund. (Prager medicin Wochenschr. 1901 i Zeitschr. f. Heilkunde XXII. Tom VIII i IX Zeszyt, 1901). 12) Laache: Virchow-Hirsch Jahresber. za rok 1883. 13) Mosler: Berliner klin. Wochenschr. 1864 i 1876. 14) Obrastzow: 2 Fälle von acuter Leukämie. (Deutsche medic. Wochenschr. 1890, Nr 50). 15) Olivier: (przytoczony podług Eichhorsta). 16) Pappenheim: Wie verhalten sich die Unna'schen Plasmazellen zu Lymphocyten. (Virchow's Archiv, Tom 166) 17) Ribbert: Beiträge zur Entzündung. (Virchows Archiv Tom 150, 1897). 18) Seelig: Ein Fall von acuter Leukämie. (Deutsches Archiv f. klin. Medicin 1895, Tom 54). 19) Spitz: Zur Kenntniss der leukämischen Erkrankungen des Centralnervensystems. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde 1901 XIX Tom, 5 i 6 Zeszyt). 20) Strauss: Ein Fall von acuter Leukämie. (Archiv für Kinderheilkunde Tom XXX). 21) Virchow: Die krankhaften Geschwülste. Berlin 1864—1865 Tom II, str. 573. 22) Westphal: Ueber einen Fall von acuter Leukämie (Münchener medic. Wochenschrift 1890, Nr. 1).

*) Sprawa czynnej ruchomości limfocytów nie jest zresztą dotąd stanowczo rozstrzygnięta. (*Przyp. autora*).

V. Oceny i sprawozdania.

Odporność i leczenie surowicą w durze brzusznym.

Podał

A. Huszcza.

Stosowanie surowicy, posiadającej wobec pewnych zakażeń swoiste własności ochronne, lub lecznicze, musi w swym rozwoju przejść pewne okresy przygotowawcze.

Pierwszym okresem bywa zazwyczaj zbadanie chorobotwórczych własności danego zarazka względem zwierząt, gdyż dopiero wtedy, gdy powiedzie się sztucznie zwierzę zakazić, zdobywamy właściwy grunt, na którym prowadzić możemy nasze doświadczenia w tym, lub innym kierunku. Chcąc tedy przedstawić obraz stopniowego kształtowania się zasad uodpornienia i leczenia surowicą w durze brzusznym, rozpocząć muszę od pierwszych prób wywołania tej sprawy chorobowej u zwierząt.

Jeszcze przed odkryciem prątka durowego pierwszy Murchison w 1867 r., a za nim inni badacze starali się wywołać u zwierząt objawy chorobowe, karmiąc je i zarażając wypróżnieniami i krwią osób, chorych na dur. Wyniki jednak tych badań były zawsze ujemne. W kilka lat po odkryciu prątka Ebertha próbował Gaffky w r. 1884 r. działania. Już czystych hodowli prątka durowego na rozmaitych gatunkach zwierząt, (małpy, króliki, świnki morskie, szczury, myszy, gołębie, pies i cielę). Lecz wszelkie usiłowania zarażenia rozmaitemi drogami — podskórnie, w żyłę, w jamę brzuszną i *per os* — nie doprowadziły do żadnego wyniku. Wkrótce atoli Fränkel i Simmonds ogłosili dodatnie wyniki, uzyskane przez wstrzykiwanie królikom, świnkom morskim i myszom czystych hodowli prątka durowego na ziemniaku. Większość zwierząt ginęła, przeżywszy kilka godzin do 4 dni, często wśród objawów biegunki. Oględziny pośmiertne wykazywały zwykle powiększenie śledziony, obrzęk grudek i kęp limfatycznych w jelitach, jakoteż gruczołów krezkowych, przekrwienie zapalne i wybroczyny w niektórych miejscach jelit, wreszcie zwyrodnienie miąższowe wątroby i nerek. We krwi i we wszystkich niemal narządach wewnętrznych można było znaleźć prątki durowe. Na tej zasadzie badacze ci uważali za do-

wiedzioną możność wywołania u zwierząt sprawy durowej. W istocie długi szereg następujących potem prac, podjętych przez innych autorów, potwierdził możliwość przeniesienia zakażenia durowego na zwierzęta; w poglądach jednak na patogenezę doświadczalnego duru zdania były różne.

Kiedy jedni (C. Fraenkel i Simmonds, Di Vestea, F. Fraenkel, Lopidi-Chioti i de Blasi, Semmer, Cygnaeus, Blackstein) dowodzili, że w durze u zwierząt następuje prawdziwe zakażenie, podczas którego bakterye mogą rozmnażać się we krwi i w narządach, drudzy (Beumer i Peiper, Sirotinin, Baumgarten Wolffowicz, Ali-Cohen) obstawali za intoksykacyą, czyli zatruciem ustroju wydzielanymi przez prątki jadami (Typhotoxin Brieger) przecząc rozwijaniu się zarazków w ustroju. Wreszcie byli i tacy, którzy stali pośrodku, albo nie rozstrzygając sprawy stanowczo (Seitz), lub też przypuszczając współdziałanie zakażenia i intoksykacyi (A. Fränkel, Kilcher, Chantemesse i Vidal), a niekiedy przypisując przeważną rolę toksycznym własnościom prątka (Petruschky). Na panującą w tej dziedzinie różnicę zdań rzucił krytyczne światło dopiero J. Sanarelli w 1892 r. Ze wszystkich prac poprzednich autorów, którzy starali się wyjaśnić, w jaki sposób prątek durowy działa u zwierząt chorobotwórczo, to jedno widać wyraźnie, że siła używanych przez nich hodowli durowych nie była jednakowa, a ztąd i ich właściwości chorobotwórcze były różne. Widząc to, Sanarelli przedewszystkiem postanowił otrzymać hodowle o pewnej stałej jadowitości, któreby mogły wywoływać u zwierząt jednakową sprawę chorobową z wyraźnemi zmianami patologicznemi. W tym celu starał się wzmocnić słabe zazwyczaj hodowle pracowniane, co powiodło się w zupełności za pomocą przeprowadzenia pewnej hodowli przez cały szereg ustrojów zwierzęcych. Aby n. p. uzyskać hodowlę, której kropla, wstrzyknięta do jamy brzusznej morskiej świnki, jest dawką śmiertelną, trzeba przeprowadzić hodowlę przez 30 morskich świnek. Nie jest to oczywiście liczba zawsze stała, lecz jeno przybliżona i zmienna zależnie od tej czysto przypadkowej okoliczności, jak często w danem doświadczeniu napotkamy na ustroje odporniejsze, nie poddające się działaniu dawki, która według naszych przypuszczeń winna być śmiertelną.

Należy też zważyć na okoliczność, na którą wskazali Chantemesse i Widal, że hodowla w ten sposób wzmocniona i nader jadowita dla morskich świnek, może być mało jadowitą dla królików i dopiero w sposób wyżej opisany możemy podnieść jej jadowitość dla tych zwierząt. Tak wzmocnionemi hodowlami zarażał Sanarelli króliki morskie, świnki i myszy, i po wielu próbach doszedł do wniosku, że wszystkie te zwierzęta podatne są dla duru doświadczalnego, wywołanego przez zaszczepienie prątków pod skórę, do żyły, lub do jamy brzusznej. Zakażenie trwa 12 do 48 godzin i znamionuje się krótkotrwałą gorączką z następującym w ślad za tem dłuższym okresem zapadu *(collapsus)*. Pod względem anatomopatologicznym może jad durowy wywołać znamienne zmiany w różnych narządach, lecz narządem, najsilniej dotkniętym bez względu na sposób zarażenia, jest zawsze narząd trawienia wogóle, a jelita cienkie — w szczególności. Co do samej istoty zarazy to oświadcza Sanarelli, że prątka Eberth'a nie można uważać za prawdziwego pasorzyta krwi (jak np. prątek wąglikowy), ani też za sprawcę choroby czysto toksycznej (np błonica). Według niego krew gra tu jeno rolę pośrednika a zostaje zupełnie opanowaną przez bakterye dopiero wówczas, kiedy jad durowy osiągnie *maximum* swojej siły, a organizm dojdzie do *minimum* odporności. „Podnosząc do wysokiego stopnia jadowitość prątka durowego", mówi Chantemesse, „możemy nim wywołać ogólne zakażenie krwi *(septicaemia)*, podobne do sprawy, otrzymywanej w tychże warunkach zapomocą prątka okrężnicy *(bac. coli com.)*, lub przecinkowca cholery". Kleperer wreszcie na podstawie swoich doświadczeń z myszami dochodzi w tej sprawie do wniosku, że śmierć zwierzęcia, wywołana zapomocą prątka durowego, następuje wskutek współdziałania zatrucia i zakażenia, przyczem oba czynniki — wzrastanie ilości jadu i rozmnażanie się bakteryi — grają jednakowo ważną rolę.

Wobec panującej wciąż różnicy zdań w tym przedmiocie podjął Sanarelli dla wyjaśnienia sprawy szereg nowych doświadczeń.

Już podczas pierwszych swych badań zwrócił on uwagę na niestosunek ilości prątków durowych, znajdowanych w tkankach ustroju, do ciężkości wywołanych przez nie objawów chorobowych. Naprowadzało to na myśl o istnieniu jadu, którego zbadanie mogłoby nam wyjaśnić niektóre ciemne strony w biologicznym mechanizmie duru. Pierwsze badania nad jadem durowym podjął już przedtem Brieger jeszcze w 1885 r. Wydzielił on z hodowli prątka pewną zasadę, nazwaną przezeń „tyfotoksyną" i posiadającą jakoby bardzo trujące własności. Późniejsze jednak badania. (Salkowski, Bouvout et Derie) dowiodły, że ptomainy Briegera są produktem rozkładu ciał białkowych, oraz jadów bakteryjnych, pierwotnie znajdujących się w hodowlach. Ponieważ wszelkie dalsze usiłowania zbadania istoty chemicznej jadu durowego były bezskuteczne, Sanarelli używał więc w swoich doświadczeniach płynnych części hodowli na bulionie z gliceryną, trzymanych przez miesiąc w cieplarce (termostacie) i następnie wyjałowionych. Podskórnem wprowadzeniem tego jadu w należytych ilościach wywoływał on śmierć królików, świnek, myszy i małpy, przyczem ciepłota odrazu lub po chwilowem wzniesieniu się szybko opadała i występowały objawy ogólne, podobne do tych, jakie następują po zarażeniu hodowlą żywą. Zmiany anatomiczne tyczyły się przeważnie przewodu pokarmowego, a mianowicie jelit cienkich, w postaci silnych przekrwień błony śluzowej, rozległych nacieków, obrzęku kęp Peyera i t. d. Na zasadzie licznych swoich spostrzeżeń wypowiada autor zdanie, że dur doświadczalny jest głównie zakażeniem układu limfatycznego, a wszystkie zmiany anatomiczne w kiszkach zawdzięczają swoje istnienie wyłącznie działaniu jadu (toksyny), wytwarzanego przez rozwijające się prątki Ebertha. Niemożliwość zaś otrzymania ze zwierząt charakterystycznego dla człowieka przebiegu choroby z typową gorączką objaśnia Sanarelli w ten sposób, że u nich jad durowy rozpowszechnia się i wywiera swoje działanie zbyt gwałtownie, jak na to, aby ustrój miał czas oddziaływać nań gorączką w pierwszych okresach zatrucia. Doświadczalnie otrzymujemy tedy tylko ostatni okres zakażenia durowego w postaci zapadu.

Zwracając się teraz do badań nad uodpornianiem przeciw durowi, widzimy, że już pierwsi niemal badacze duru doświadczalnego próbowali uzyskać odporność czynną u zwierząt. Byli nimi Fraenkel i Simmonds, którym jednak nie udało się otrzymać zadowalniających wyników w tym kierunku. W tym samym niemal czasie Beumer i Peiper uodparniali myszy zapomocą wzrastających dawek żywych hodowli na ziemniaku, poczynając od dawki jak najmniejszej i oświadczyli, że zwierzęta te można uodpornić przeciw śmiertelnym dawkom jadu durowego. Chantemesse i Widal otrzymali wyniki dodatnie (1888 r.), wprowadzając myszom do jamy brzusznej codzień po $^1/_8$—$^1/_2$ ccm. hodowli durowej, wyjałowionej przy 120° w ciągu 10 minut. Po 6—8 dniach takiego postępowania większość myszy stawała się odporna na zakażenie, śmiertelne dla niezakażanych zwierząt. Wreszcie w 1892 r. Wassermann, Brieger i Kitasato w swojej gruntownej pracy „Über Immunität und Giftfestigung", badając uodpornienie na różne zakażenia, robili też doświadczenia z durem i wykazali, że jednorazowe wstrzyknięcie hodowli prątka na bulionie z grasicą *(Thymus — Typhusbouillon)*, nagrzewanej do 60° w ciągu 15 minut, czyni zwierzęta po 10 dniach odpornemi na najjadowitsze hodowle prątków durowych. Otrzymawszy w ten sposób odporność czynną, badacze ci spróbowali wywołać u zdrowych zwierząt odporność bierną zapomocą su-

rowicy uodpornionych. Okazało się, że surowica taka wywiera działanie ochronne i lecznicze względem duru. Niemniej dodatnie wyniki otrzymał w tymże roku Sanarelli, używając do szczepień—bulionowych hodowli prątka, trzymanych 8—10 dni w cieplocie 37°, następnie wyjałowionych w cieplocie 120°. Ogólna ilość zabitej hodowli, potrzebnej dla wywołania odporności u świnki, ważącej 400 gram., wynosiła przeciętnie 16—18 ccm., stosowanych w oddzielnych dawkach co 5 dni. Podczas tych szczepień zwierzęta zwykle tracą na wadze 2%—17%, lecz szybko powracają do stanu prawidłowego po ukończeniu całego postępowania. Surowica ich, wstrzyknięta nowym zwierzętom na pewien czas przed zarażeniem (nawet do 24 godzin), lub jednocześnie z zarazkiem, nie pozwala rozwinąć się zakażeniu durowemu; udaje się też wstrzymać rozwój choroby, wstrzykując surowicę w kilka godzin po jej rozpoczęciu się. Jak morskie świnki, tak też króliki dostarczyły surowicy, posiadającej jednakowe własności ochronne i lecznicze. Wszystkie te wnioski były najzupełniej zgodne z wynikami badań Chantemesse i Widala, dokonanych w tym samym niemal czasie. Zresztą uczeni ci zaznaczają różnicę w trwałości odporności czynnej, uzyskanej zapomocą wstrzykiwań hodowli wyjałowionych i odporności biernej, wywołanej wstrzyknięciem surowicy uodpornionych zwierząt. Gdy czynna odporność trwa w pełnej sile w 2 miesiące jeszcze po ukończeniu uodpornienia; odbywającego się zwykle dość długo, bierna znika w ciągu miesiąca, lecz za to może być nabytą w kilka godzin. Nie ograniczając się do tych doświadczeń, Chantemesse i Vidal zajęli się zbadaniem działania na zarażone zwierzęta surowicy osobników, które przebyły dur brzuszny (od kilku tygodni do 22 lat wcześniej), tudzież u takich, które go nigdy nie miały. Pokazało się, że pierwsza ma własności ochronne i lecznicze, druga zaś ich nie posiada wcale. Wreszcie ciż autorowie pierwsi zastosowali u 2 chorych na dur podskórne wstrzykiwania surowicy uodpornionych zwierząt. W jednym przypadku wstrzyknięto 10 i 15 ccm — bez żadnego skutku, w drugim stosowano tedy większe dawki — ogółem w ilości 180 c. cm. U obu chorych były chwilowe spadki ciepłoty po wstrzykiwaniach, ale pomimo to ogólny przebieg choroby pozostał bez zmiany. Badania te są pierwszem ogniwem długiego łańcucha prac, podejmowanych w celu wyjaśnienia własności dwojakiego rodzaju surowic, t. j. surowic ze zwierząt sztucznie uodpornionych oraz z ludzi po przebyciu duru brzusznego, a więc z ustrojów, posiadających odporność naturalną. Działanie obu tych rodzajów surowic badano tak na zwierzętach, jak i na ludziach. Na zwierzętach Stern badał antytoksyczne, według niego, własności krwi ozdrowieńców po durze, Bitter badał zobojętniające jad działanie surowicy uodpornionych królików, Löffler i Abel całym szeregiem doświadczeń dowiedli swoistości surowic durowych, wreszcie Funck starał się otrzymać nader skuteczną surowicę, uodparniając kozę i konia zapomocą bulionowych hodowli prątka, hodowanych 4—6 tygodni przy 37° i potem zabitych przez dodanie 0,5% kwasu karbolowego. Zabezpieczała ona i leczyła świnki od śmiertelnych dawek, Funck jednak nie uznał za właściwe stosować jej u chorych. W tym też zakresie Beumer i Peiper, pobudzeni pracami Behringa i jego współpracowników nad antytoksycznemi własnościami niektórych surowic, przedsięwzięli szereg doświadczeń nad surowicą 2 baranów, którym w ciągu 4½ miesięcy wstrzykiwano podskórnie co 3—14 dni wzrastające dawki hodowli bulionowych. Hodowle te wyjaławiano ogrzewaniem w przeciągu godziny do 55—60°, gdyż wyższa ciepłota działa szkodliwie na jad durowy. Surowica baranów posiadała nader silne własności ochronne, gdyż 0.4 ctm jej, wstrzyknięte na 24 godziny przed zakażeniem, zabezpieczały morską świnkę przeciw pięciokrotnej śmiertelnej dawce. Wywierała też ona wpływ uzdrawiający, bo przerywała chorobę napewno w 2 godziny po zakażeniu. Przy wstrzykiwaniu ludziom zdrowym okazała się surowica zupełnie nieszkodliwą. Ciekawe są badania Klemperera, ogłoszone jeszcze w roku 1893 i tyczące się ochronnych własności mleka uodpornionych zwierząt. Uodporniał kozę około 7 miesięcy wzrastającemi dawkami żywych hodowli bulionowych, stosowanych najprzód podskórnie, a potem do jamy brzusznej. Siłę ochronną (Schutzwerth) mleka tej kozy próbowano na myszach i okazało się, że 0,01 ctm. takiego mleka zabezpieczało myszy przeciw dawce śmiertelnej; w porównaniu zaś z surowicą krwi tejże kozy — mleko miało 10 razy słabsze własności ochronne. Dalej starał się autor zbadać uodporniające działanie tego mleka przy podawaniu wewnętrznem i wprowadzaniu do odbytnicy, z początku na królikach, a potem na 3 położnicach. U tych ostatnich pojawienie się odporności oznaczano z ochronnej siły ich mleka, wprowadzanego w różnych dawkach myszom do jamy brzusznej na dobę przed zakażeniem. „Trudno z tych pojedynczych doświadczeń wyprowadzać wnioski“, powiada Klemperer, „można jednak twierdzić, że u człowieka, po wprowadzaniu do odbytnicy, uodporniające mleko działa skutecznie i szybko na ustrój, przy podawaniu zaś wewnętrznem działanie jego, zdaje się, jest nader nieznaczne“. — Hammerschlag bodaj pierwszy wstrzykiwał chorym durowym surowicę albo całkowitą krew wyzdrawiających, lub tych, co już przebyli dur brzuszny. Wypuszczał on krew z żyły i stosował ją bądź w całości, bądź tylko jej osocze, zawsze z domieszką szczawianu sodu dla uniknięcia skrzepów. Z 5 leczonych przypadków w 3 nie zaszły żadne zmiany, w 2 zaś po wstrzyknięciu następował gwałtowny spadek ciepłoty do 35°, który równie szybko przechodził i powracała wysoka gorączka. „Bądź co bądź pewnem jest“, powiada autor, „że krew ozdrowieńców nie wywiera żadnego wpływu trwałego na przebieg duru brzusznego“. Dalej Pollak zebrał 18 przypadków duru, leczonych surowicą ozdrowieńców, u których w okresie od 26 do 56-go dnia choroby uzyskiwano krew zapomocą baniek z wszelkiemi aseptycznemi ostrożnościami. Surowicę stosowano podskórnie w dawkach od 2—10 ctm., ogólna zaś jej ilość nie przewyższała 45 ctm. Wyniku leczniczego nie można było wogóle zauważyć; po wstrzyknięciu zawsze następowało wzniesienie się ciepłoty, czasem nader silne. Z objawów miejscowych pojawiła się w 6 wypadkach bolesność, a w jednym utworzył się ropień. Co się tyczy zmian we krwi, to w 5 przypadkach po wstrzyknięciu zauważono dość znaczne pomnożenie ilości ciałek białych.

Równie nie pocieszające wyniki spostrzegał Jeż w 6 przypadkach duru, leczonych surowicą ozdrowieńców, wstrzykiwaną w dawkach wzrastających od 10—30 ctm. Nie można było przy tem zauważyć ani skutku leczniczego, ani też jakiegobądź szkodliwego wpływu. Ujemne wyniki leczenia Jeż przypisuje temu, że surowica ozdrowieńców zawiera w sobie zbyt mało tak zw. niweczników *(Antikörper)*; chociaż znów Stern, badając na myszach i morskich świnkach ochronne własności surowicy ozdrowieńców, wypowiada zdanie, że zawiera ona dość istot ochronnych *(Schutzstoffe)* na to, aby ochronić te zwierzęta od wpływu śmiertelnej dawki hodowli durowej. Jednak doświadczenia Sterna, według zdania Pfeiffera nie wytrzymują krytyki.

Przechodzimy z kolei do najbardziej nas zajmującego szeregu prób stosowania na chorych surowicy zwierząt, w wysokim stopniu uodpornionych przeciwko zakażeniu durowemu. Wkrótce po wspomnianych już próbach Chantemesse i Vidala Klemperer i Levy zajęli się uodpornieniem psów zapomocą wielokrotnych wstrzykiwań w jamę brzuszną wzrastających dawek (od 2—300 ctm.) hodowli prątka durowego na bulionie. Kiedy po wstępnych doświadczeniach okazało się, że surowica psów uodpornionych posiada uodparniające i lecznicze własności dla zwierząt, wówczas autorowie zbadali działanie jej na 5 chorych. Wstrzyknąwszy naprzód sobie po 5 ctm. i przekonawszy się o nieszkodliwości tego środka, wprowadzali go pod skórę chorym po 20 ctm. przez 3 dni z rzędu, rozpoczynając leczenie w końcu pierwszego tygodnia choroby. Wszystkie przypadki odznaczały się dość lekkim przebiegiem, ale ponieważ wstrzyknięcia nie wywo-

lywały żadnych wyraźnych zmian w stanie chorych, więc pewnego sądu o własnościach surowicy wydać niepodobna. Zachęcając jednak do szerszych badań nad stosowaniem surowicy przeciw durowi, Klemperer i Levy pokładają w niej nadzieję w kierunku „złagodzenia i skrócenia“ sprawy chorobowej, ponieważ surowica powinna sprzyjać łatwiejszemu i szybszemu wystąpieniu naturalnie nabytej odporności. Börger leczył 12 chorych na dur surowicą baranią, otrzymaną od Beumera i Peipera; 6 chorych otrzymało po 20—30 ctm. podskórnie, drugich zaś 6 po 55—220 ctm. Wyniki były nadzwyczaj wątpliwe, co autor składa po części na karb spóźnionego rozpoznania, a więc i leczenia choroby. Wnioski autora następujące: 1) Antytoksyczna surowica barania nawet w dużych dawkach jest nieszkodliwa dla ustroju. 2) W niepowikłanych, lżejszych przypadkach duru, należy może oczekiwać dobroczynnego wpływu surowicy na przebieg choroby. W końcu Börger zwraca uwagę na małą, jak mu się zdaje, zawartość antytoksyny w badanej przezeń surowicy. (C. d. n.)

Kazimierz Rogoziński. **O fizyologicznej rezorbcyi bakteryi z jelita.** *(Odbitka z Rozpraw Wydziału matem.-przyrodnicz. Akademii Umiejętności w Krakowie. T. XLII Ser. 13. 1902 str. 57—158).*

Akademia Umiejętności niewiele wydaje prac z obszernej dziedziny medycyny teoretycznej. Ale zato te, które wydaje, posiadają zwykle rzetelną wartość naukową, należąc niejako do prac wyborowych, do których w całej pełni zaliczyć należy obszerną rozprawę dra Kazimierza Rogozińskiego.

Autor zamierzył rozwiązać nader ważne w patologii pytanie, czy w prawidłowych warunkach drobnoustroje zostają wchłaniane w przewodzie pokarmowym? Przed Rogozińskim niewielu autorów (Porcher, Desoubry, Neisser, Opitz) próbowało rozstrzygnąć to zagadnienie, nikt jednak z poprzednich badaczów nie rozwiązał go tak przekonywująco, jak to uczynił Rogoziński. Wykonał on w Zakładzie patologii ogólnej i doświadczalnej Uniw. Jagiellońskiego dwa szeregi doświadczeń: w pierwszym użył do doświadczeń 27 psów i 3 koty. Z zachowaniem wszelkich wymagań badania bakteryologicznego szczepił Rogoziński kawałki gruczołu krezkowego, t. zw. trzustki Aselliego i mlecz, otrzymywany pipetą z naczyń chłonnych krezki, do pożywek bulionowych i żelatynowych. Mlecz szczepił w bardzo małych ilościach, zazwyczaj 5 do 15 kropel. Ogółem badał autor bakteryologicznie mlecz trzynastu zwierząt, zaszczepiony do 33 probówek z bulionem. Tylko trzy razy udało mu się z zaszczepionego mleczu wyhodować ziarniaki i raz laseczník sienny. Natomiast z gruczołów krezkowych otrzymywał Rogoziński bez porównania częściej dodatnie wyniki szczepienia; badając albowiem u 26 zwierząt gruczoły krezkowe, znalazł w tych gruczołach u 21 z nich drobnoustroje, przeważnie należące do grupy *bacterium coli commune*. Autor badał także bakteryologicznie kawałki wątroby, śledziony i krew, zaczerpniętą z żył wrotnej i śledzionowej, ale zawsze z wynikiem ujemnym. Prócz badania bakteryologicznego przeprowadzał Rogoziński również badania drobnowidowe skrawków gruczołów krezkowych i znajdował w nich czasem drobnoustroje. Dodać należy, iż doświadczenia robione były na zwierzętach żywych.

Drugi szereg doświadczeń, bodaj czy nie ważniejszy od pierwszego, wykonał autor na 7 psach, którym w ciągu 3 do 5 dni podawał z tłustem jadłem po 100 do 300 ctm^3 hodowli bulionowych *b. prodigiosi*, *b. kiliense* i *b. mycoides*. W kilka godzin po nakarmieniu, zazwyczaj w 4 lub 5, zwierzę usypiał, szczepił zeń na pożywkach, przeważnie bulionowych, kawałki gruczołów krezkowych, oraz parokrotnie kawałki śledziony i wątroby, a czasem i krew, zaczerpniętą z żył wrotnej, śledzionowej, krezkowej lub szyjnej *(jugularis)*. Wszystkie trzy rodzaje drobnoustrojów, które autor podawał psom z jadłem, wyhodował później z gruczołów krezkowych i tylko z dwóch zwierząt otrzymał wyniki ujemne. *Bact. prodigiosum* podawał z jadłem Rogoziński trzem psom i znalazł go w gruczołach krezkowych wszystkich trzech psów; *b. kiliense* podawał dwom, a znalazł w gruczołach krezkowych jednego; wreszcie *b. mycoides* podawał również dwom psom i znalazł w gruczołach krezkowych jednego.

Ponieważ badania Rogozińskiego pod względem ścisłości nie pozostawiają prawie nic do życzenia, przeto zdaje się, nie ulega wątpliwości, iż w warunkach zupełnie prawidłowych, a więc u zwierząt najzdrowszych, mogą się znachodzić w gruczołach krezkowych drobnoustroje, przebywające stale w przewodzie pokarmowym, albo wprowadzane doń przygodnie. Wyniki te ścisłych badań Rogozińskiego na zasadzie własnych doświadczeń potwierdzić mogę.

Skoro drobnoustroje w warunkach prawidłowych mogą się przedostawać z jelita do gruczołów krezkowych, to czynią to zapewne za pośrednictwem naczyń mleczowych. Wyniki — przeważnie ujemne — bakteryologicznego badania mleczu 13 zwierząt nie obalają tego przypuszczenia, gdyż Rogoziński szczepił nader małe ilości mleczu, przeto nie dziw, że wyników dodatnich stale nie otrzymywał.

Przed Rogozińskim już Dobroklonski wykazał, że laseczniki gruźlicze mogą przechodzić z przewodu pokarmowego do ustroju bez uszkodzenia błony śluzowej jelit, a włoski badacz Manfredi dowiódł, iż gruczoły chłonne są zazwyczaj siedliskiem drobnoustrojów, które przebywają tam w stanie t. zw. utajonego mikrobizmu. Zasługa Rogozińskiego polega przedewszystkiem na tem, że wykazał on ścisłą łączność między drobnoustrojami, przebywającymi w przewodzie pokarmowym, a znajdowanymi w gruczołach krezkowych, ustalając w nauce pojęcie o fizyologicznem wchłanianiu drobnoustrojów z jelita. Doświadczenia Rogozińskiego różnią się od doświadczeń Dobroklonskiego, gdyż ten ostatni karmił zwierzęta hodowlami laseczników gruźliczych, a więc drobnoustrojami chorobowymi, wtedy gdy Rogoziński robił swoje doświadczenia z drobnoustrojami niechorobotwórczymi (roztoczami), które żadnych zmian w przewodzie pokarmowym wywołać nie mogły. Ma on przeto zupełne prawo mówić o fizyologicznem wchłanianiu drobnoustrojów z jelita. Jestto ważne odkrycie, które w przyszłości wpłynąć może na zmianę niejednego poglądu w patologii.

Autor w wyprowadzeniu wniosków ze swej pracy jest bardzo ostrożny; przypuszcza on jednak, choć niezupełnie stanowczo, iż drobnoustroje, wydostawszy się z przewodu pokarmowego, osiadają w gruczołach krezkowych i dalej do krwiobiegu nie przechodzą.

Wspomniawszy wyżej o zaletach rozprawy Rogozińskiego, nadmienię jeszcze w kilku słowach o tych nielicznych i drobnych usterkach, jakie w pracy jego znalazłem. Zwykle tak bywa, iż im praca wzorowsza, tem łatwiej spostrzedz w niej nawet najdrobniejsze uchybienia.

We wnioskach swych doświadczeń twierdzi autor, iż „w gruczołach krezkowych zwierząt normalnych stale znachodzą się bakterye, pochodzące z jelita, głównie mikroby należące do *b. coli*.“ Autor, robiąc swe doświadczenia prawie wyłącznie na psach, bo tylko trzy na kotach, nie ma prawa twierdzić, że wogóle w gruczołach krezkowych zwierząt prawidłowych znajdują się drobnoustroje. A nuż to bywa tylko u zwierząt mięsożernych? Przecież autor z trawożernych zwierząt nie użył ani jednego do doświadczeń, choć np. taki królik nadaje się jaknajlepiej do tego rodzaju doświadczeń, gdyż posiada stosunkowo spore gruczoły krezkowe. Mylnem wydaje mi się twierdzenie Rogozińskiego, iż tylko t. zw. metoda wzbogacania, t. j. szczepienie kawałków gruczołów krezkowych na bulionie, a gdy ten

zmętnieje, przenoszenie ich na pożywki stałe, np. żelatynę, może doprowadzić do wyników pewnych. Nie stosowałem tej metody, a jednak w podobnych — jak Rogozińskiego — doświadczeniach otrzymywałem wyniki pewne.

Język pracy Rogozińskiego bardzo poprawny. Nie jest to wina autora, że wydawca użył wszędzie przestarzałego wyrazu narzędzie w znaczeniu narząd (organ). Zamiast wyrazów aspirować coś, resorbcya; wszak mamy niegorsze polskie: wciągać, wchłaniać. Stanowczo błędnie autor pisze wszędzie resorbcya, zamiast resorbcya, gdyż wyraz ten pochodzi od resorbeo.

Wszystkie te usterki są tak słabe, iż w niczem wartości pracy nie obniżają, pracy prawdziwie wzorowej, daleko wyżej stojącej od traktujących ten sam przedmiot prac francuskich i niemieckich. *Wrzosek.*

VI. Wyciągi.

Sohlern (Kissingen). **O zatwardzeniu kurczowem.** (*Berliner klin. Wochenschrift* 1902, Nr. 39). Kurczowe zaparcie żywota jest nerwicą jelit, której istoty lekarze jeszcze nie znają. Nie jest ono bynajmniej chorobą swoistą, lecz zdarza się jako najważniejszy objaw, szczególnie u neurasteników, histeryków i u osób z opadnięciem trzew nerwowo obciążonych. Dlatego też spotykamy je częściej u wielkomieszczan i u osób umysłowo przepracowanych. Kombinacye z zaparciem atonicznem, kolką błoniastą i t. d. nieraz się zdarzają. Cechującymi są kurcze, występujące napadowo, jako bóle, bądź kłujące, bądź ściągające, podczas których odcinki jelit kurczą się i dają się wyczuć, jeśli tylko powłoki brzuszne nie są za grube, jako twarde powrozy bardzo czułe i bolesne. Kilkakrotnie też podniesiono podobieństwo zatwardzenia kurczowego do kolki ołowiczej. W okresie bólów chorzy oddają skąpy, nadzwyczaj twardy stolec bobkowaty, przedstawiający małe i płaskie kawałki, między którymi znajdują się często białawo-żółte bobki wielkości orzecha laskowego do jaja gołębiego, przypominające stolec psa, które można rozdusić na ziarnisto-piaskową masę, składającą się z istot nieorganicznych, przedewszystkiem z fosforanu wapna. W okresach wolnych od napadów chorzy nie doznają dolegliwości mimo kilkodniowego zaparcia i obfitego żywienia się; wzdęcie brzucha nigdy nie występuje.

Podczas gdy w innych postaciach zatwardzenia wszelkie sposoby ruchów są pożądane, w zaparciu kurczowem zaleca autor ścisły spokój, t. j. leżenie w łóżku przynajmniej przez 14 dni do 4 tygodni, dopóki wypróżnienie nie nastąpi bez wszelkich bólów. Taksamo uważa on mięsienie i elektryzowanie za przeciwwskazane. W dzień stosuje się nieprzerwanie ciepłe okłady na brzuch, a na noc okład wysychający. Dyeta powinna być lekka, miękka, pożywna i nie bogata w błonnik (mleko, miód, masło, rosoły z dodatkami pożywnymi, delikatne mięso pieczone, miękki ryż, makaron, puré z kartofli itp.). Z leków poleca się brom, który według Kerniga w tych przypadkach jest wprost środkiem wypróżniającym (*Kal. bromat. 8·0, Natrii brom., Ammon. brom. aa 4·0, Aq. d. 200·0 Syr. menth. pip. 15·0, D. S.* trzy łyżki dziennie w ciągu 10—12 dni). Ponieważ u tych chorych istnieje podrażnienie mięśni prostnicy i zwieracza, poleca autor z początku wieczorem lewatywy z 35 grm. oliwy z dodatkiem nieco wodnika chloralu, a przeciw kurczom bolesnym nalewkę wilczej jagody. Z początku nie należy wymuszać stolców, by uniknąć wszelkiego pobudzenia kurczów; potem zaś można stosować lekkie środki wypróżniające, wystrzegając się przetworów drastycznych, wód gorzkich i wogóle wód mineralnych. Najstosowniej jest pić na czczo szklankę czystej wody, a jeśli to nie wystarcza — letnie lewatywy z fizyologicznego roztworu soli, stosowane przedpołudniem. Jeśli te nie wystarczają, używa się do lewatyw naparu z rumianku, lub zawiesiny z rumianku i oliwy; a gdyby to wszystko nie pomogło, jak n. p. w powikłaniach atoniczno kurczowych, podaje się najłagodniejsze środki przeczyszczające, jak cukier mleczny, wyciąg płynny kaskary, wieczorem 20—40 kropel, ostatecznie małe lewatywki z gliceryny i czopki glicerynowe. Jeśli wypróżnienia odbywają się już zupełnie bezboleśnie, można powoli podawać jarzyny i potrawy bogatsze w błonnik, przedewszystkiem owoce, jabłka, gruszki, winogrona. *Dr. Feis.*

Schmidt. **Przyczynek do urazowego przedarcia zastawek serca i tętnicy głównej.** (*Münch. med. Woch.* Nr. 38, 1902). Wiadomą jest powszechnie rzeczą, że w przebiegu zapalenia wsierdzia, które już samo przez się ma skłonność do niszczenia tkanki zastawkowej, — może się pojawić przedarcie zastawki, jako następstwo zadziałania jakiejś siły zewnętrznej; autor jednak stara się rozwiązać pytanie, czy w warunkach prawidłowych, a więc czy zupełnie zdrowe zastawki mogą uledz przedarciu, względnie pęknięciu pod wpływem urazu zewnętrznego? Kwestyę tę, — na którą zresztą odpowiada twierdząco, — wyjaśnia na podstawie przypadku, tyczącego się 85-letniego starca, który, wypadłszy z okna II-go piętra, zabił się na miejscu. Sekcya wykazała oprócz 10 połamanych żeber po stronie lewej (na tę stronę i okolicę ciała upadł starzec) i innych w grę nie wchodzących zmian także kątowate przedarcie tylnej zastawki półksiężycowej i jednej części dwudzielnej (*mitralis*) serca, a w sąsiedztwie tych obrażeń można było zauważyć podbiegnięcia krwawe. Jako przyczynę pęknięcia zastawki półksiężycowej przyjmuje autor jedynie mechaniczny ucisk (wstrząśnienie) słupa krwi tętniczej w chwili największego napięcia zamkniętych zastawek, a więc bezpośrednio po rozpoczętym rozkurczu serca. Pęknięcie zaś zastawki dwudzielnej uważać należy za proste następstwo pierwszego uszkodzenia, — po przedarciu bowiem zastawki półksiężycowej wytworzył się nagle wsteczny prąd krwi tętniczej, który mógł uszkodzić zastawkę dwudzielną. Autor nie przypisuje wzmocnionej czynności serca żadnego znaczenia przy tych uszkodzeniach. *Dr. Pisek* (Podgórze).

Kilian (Wormacya). **Ostre zamknięcie światła przełyku u 5-letniego chłopca.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 38, 1902). Do lecznicy powszechnej zgłosiła się matka z dzieckiem, podając, że to ostatnie od dwóch dni żadnych, ani stałych, ani płynnych pokarmów przełknąć nie może. Nadto stwierdzono z wywiadów, że przed dwoma laty napiło się dziecko przez omyłkę nieco ługu żrącego, w następstwie czego wytworzyło się utrudnione połykanie, które jednak z biegiem czasu zupełnie ustąpiło. Badanie wykazało, że w górnej części przełyku tkwi przeszkoda, zamykająca szczelnie jego światło. Zanim jednak przystąpiono do zamierzonej operacyi, zastosował autor, jako *ultimum refugium*, ezafogoskopię. Istotnie udało mu się w uśpieniu usunąć szczypczykami z przełyku zaporę w kształcie kęsa mięsa cielęcego. *Dr. Pisek* (Podgórze).

Strassmann. **Łożysko przodujące.** (*Arch. für Gyn.* Tom 67, Zeszyt 1, 1902). Jajo płodowe zagnieżdża się w macicy tam, gdzie warunki odżywienia są najkorzystniejsze, t. j. na przedniej lub tylnej ścianie i to w górnej połowie. To też tam znajdujemy najczęściej łożysko, rzadziej na ścianach bocznych, a najrzadziej w dnie macicy; również rzadkiem jest położenie łożyska w dolnej połowie macicy, w szczególności nad jej ujściem wewnętrznem. Mówi się wówczas o łożysku przodującem, a zależnie od tego, jaki stan znajdujemy podczas badania, mówi się o łożysku przodującem zupełnem ((*pl. praevia centralis v. totalis*), częściowem (*pl. pr. partialis v. lateralis*) i brzeżnem (*pl. pr. marginalis*). Autor badał 231 przypadków; z tego przypada: 55 na łoż. prz. zupełne, 141 na częściowe, a 35 na brzeżne. Wieloródek było 194, pierwiastek 37; przeciętny wiek tych kobiet między 30—40 r. ż. Przyczyny samoistne, wzgl. usposabiające, do powstania łożyska prz., są: 1) zbyt częste porody, — szczególnie jeżeli one następują po sobie w krótkich odstępach czasu; 2) niestosunek między wiekiem a liczbą porodów — (młode wieloródki, — stare pierwiastki); 3) zmiany chorobowe na błonie śluzowej macicy; 4) ciąże, występujące wkrótce po porodzie, nim macica miała czas dokładnie się zwinąć; 5) przebyte ciąże bliźniacze. Miejsce zagnieżdżenia się jaja płodowego w macicy i miejsce w łożysku, z którego wychodzi pępowina, odpowiadają sobie. To też badając wzajemny stosunek łożyska i pępowiny — w każdym przypadku łoż. prz., będziemy wiedzieli, czy ono jest pierwotne, to znaczy jajo płodowe już *a priori* nisko się zagnieździło i musiało wytworzyć łożysko przodujące, — wtedy i pępowina będzie nizko usadowiona; — czy też ono jest następowe, to znaczy jajo płodowe zagnieździło się wprawdzie wysoko w macicy, nie znalazłszy jednak odpowiedniego podłoża, wytworzyło łożysko rozwijające się ku dołowi, — wtedy pępowina będzie usadowiona wysoko. Omówiwszy angiologię i morfologię łożyska w ogólności, a łożyska przodującego w szczególności, podaje autor historye najciekawszych przypadków rozmaitych rodzajów łożyska przodującego i tłómaczy otrzymane preparaty. Na tem kończy część teoretyczną swej monografii. Przebieg ciąży w tych 231 przypadkach łożyska przodującego był następujący: poronień (5—7 miesięcy ciąży) było 42 = 18·18%; porodów przedwczesnych (8—9 m. c.) 98 = 42·42%; porodów czasowych 91 = 39·4%. Z tego przypada największa ilość poronień przy łożysku przodującem brzeżnem 22·85%; — największa ilość porodów przedwczesnych przy łożysku przodującem częściowem 49·64%, a największa ilość porodów czasowych przy łożysku przod. zupełnem 58·18%. Co się tyczy położeń płodów przy łożysku przod., to przypada przeciętnie na czaszkowe 65—79%, na miednicowe 9—15%, na poprzeczne 12—25%. Ciekawe liczby podaje jedna kli-

nika, gdzie na 30 przypadków było 50% czaszkowych, — 46·66% poprzecznych, a 3·33% pośladkowych. Okres przedporodowy przy łożysku przodującem objawia się krwotokami. Omawiając leczenie tego okresu, Str. odradza używania tamponowania, jako zabiegu, który zupełnie nie pomaga, a może wiele szkody przynieść. Na 63 przypadków, w których użyto tamponowania przeciw krwotokom przedporodowym, gorączkowało w połogu 22 = 35%, — umarło 5 = 8%. Zabieg ten powinno się ograniczyć tylko do ostatecznej potrzeby, n. p. przy przewiezieniu chorej do zakładu. Również radzi autor ograniczyć śródmaciczne stosowanie balonów do tych tylko przypadków, w których rodzice życzą sobie koniecznie mieć żywe dziecko, a płód jest dojrzały. Dlatego też zasadniczo nie powinno się zabiegu tego stosować przed 32-gim tygodniem ciąży, — albowiem mała tylko jest nadzieja utrzymania dziecka przy życiu, a dla matki jest to zabieg nie obojętny. Chcąc bowiem mieć jakiś skutek, trzeba balon odpowiednio wypełnić i użyć odpowiedniej siły ciągnącej go ku dołowi, a nie należy zapominać, że przy łożysku przod. dolny odcinek macicy jest cienki, łatwy do przedarcia i że krwotok z takiego przedarcia jest prawie zawsze śmiertelny (50%). Z początkiem czynności porodowej krwotok nigdy nie jest tak groźny, iżby nie można było czekać. W chwili, kiedy krwotok staje się większy, można już prawie zawsze przystąpić do najracyonalniejszego leczenia porodu przy łożysku przodującem, t. j. do ściągnięcia nóżki. Zabieg ten można wykonać już przy ujściu drożnem dla 1—2 palców, szczególnie jeżeli położenie płodu jest pośladkowe. Przy położeniu główkowem lub poprzecznem należy wykonać obrót, o ile możności zabiegiem zewnętrznym; da się to w bardzo wielu przypadkach uskutecznić, gdyż przy łożysku przodującem utrzymują się wody płodowe długo, a więc i ruchomość samego płodu jest dostateczną. Jeżeli i w uśpieniu nie zdołamy obrócić płodu zabiegiem zewnętrznym, należy natychmiast (korzystając z uśpienia) wykonać obrót skombinowany. Po ściągnięciu nóżki należy ją zapętlić i lekko obciążyć. W ten sposób najpewniej usuniemy krwotok, najszybciej rozszerzymy szyjkę, a matkę najlepiej ochronimy przed przedarciami. Przy łożysku przodującem brzeżnem lub częściowem dochodzi się czasem do celu przez zwykłe przedarcie błon płodowych. Co się tyczy przedarcia błon, to lepiej jest oddzielić jeszcze część łożyska, jeżeli się ma nadzieję dojścia do samych błon, aniżeli przedziurawić łożysko. Nóżkę należy tylko o tyle ściągnąć, o ile na to pozwala ujście macicy, — pamiętając zawsze o możliwych naddarciach szyjki z następowymi groźnymi krwotokami. Zasadniczo nie powinno się robić ekstrakcyi płodu, chyba tylko wtedy, jeżeli rodzice życzą sobie koniecznie mieć żywe dziecko, jeżeli płód na pewno żyje, ale jest w niebezpieczeństwie, i jeżeli ujście macicy jest dostatecznie rozwarte; zresztą należy zawsze czekać aż do ukazania się dolnego kąta łopatek, poczem uwalnia się rączki i wyciąga główkę. Postępowanie to absolutnie wyczekujące ma jeszcze tę korzyść, że w czasie od ściągnięcia nóżki aż do urodzenia się płodu można się zająć matką, zwykle bardzo niedokrowną i osłabioną.

Rokowanie dla płodu zależy przedewszystkiem od rodzaju łożyska przod., najgorsze jest przy łoż. przod zupełnem, — najlepsze przy łoż. przod. brzeżnem. Na 35 przypadków łoż. przod. brzeżnego urodziło się dzieci nieżywych 11 = 31·42%; na 145 łoż. przod. częściowego 85 = 58·62%, a na 55 łoż. przod. zupełnego 48 = 87·27%. Następnie zależy rokowanie od postępowania leczniczego. Najgorsze jest ono przy obrocie skombinowanym: 80% dzieci nieżywych; — najlepsze przy obrocie zabiegiem zewnętrznym 37·5%. Przy śródmacicznem stosowaniu balonów i przy natychmiastowej ekstrakcyi płodu rokowanie dla płodu jest lepsze, dla matek jednak nierównie gorsze; ponieważ zaś życie matki wyżej się stawia, aniżeli życie (i to czasem niepewne) płodu, należy zabiegi te możliwie ograniczyć. Rokowanie dla matek jest przy powyższem leczeniu wcale dobre. Na 231 przypadków umarło kobiet 22 = 9·52%. Z pozostałych przy życiu (209 kobiet) gorączkowało w połogu 34, umarło wskutek zakażenia 9. Ze względu na rodzaj zabiegu, umarło kobiet przy zupełnie wyczekującem zachowaniu się, po obrocie zabiegiem zewnętrznym i ściągnięciu nóżki 1·45%; po wykonaniu obrotu skombinowanego i ściągnięciu nóżki 8·65%, — a po wykonaniu ekstrakcyi płodu 20%. W końcu omawia autor leczenie krwotoków poporodowych. Przy pęknięciu lub tylko naddarciu szyjki radzi Str. nie tracić czasu na tamponowanie, które choćby było najlepiej wykonane, zupełnie nie pomaga, lecz najprzód szyć, a potem dopiero tamponować. Gdyby i to nie pomogło i krwotok trwał dalej, należy bezzwłocznie przystąpić do zupełnego wyjęcia macicy przez pochwę. Tamponować można tylko przy krwotokach atonicznych. Równocześnie należy podać sporysz, ciepłe napoje (mleko, bulion, lekka kawa) i lewatywę z roztworu soli kuchennej. Str. używał łyżkę soli kuchennej na litr wody ogrzanej do 38° C., z dodatkiem szklanki czerwonego wina. Podawania alkoholu należy unikać. *Dr. E. Ehrenpreis.*

S. Meltzer i W. Salant. **Wpływ strychniny na króliki po usunięciu obu nerek.** (*Journal of Exper. Med. — The Lancet*, 12-go kwietnia 1902 r.). Ustalonym ma być faktem w nauce, że strychnina wydziela się z ustroju prawie wyłącznie przez nerki. Dragendorff wykazał, że wprowadzona do ustroju, opuszcza go w całości niezmieniona; Kratterowi zaś udało się wykazać w moczu nawet niewielką dawkę strychniny, wynoszącą dwa miligramy. Następstwem tego faktu jest rozpowszechnione mniemanie, że jeżeli zwierzę pozbawimy nerek, lub jeśli są one nieczynne wskutek schorzenia, to strychnina gromadzi się w ustroju i może wywołać zatrucie po dłuższem przyjmowaniu nawet niewielkich dawek, a to jedynie wskutek braku narządu wydzielniczego.

Meltzer i Salant obalają to twierdzenie: na mocy doświadczeń, wykonanych na królikach, którym ci badacze usuwali obie nerki, doszli oni do następujących wniosków: 1) dla królika, pozbawionego głównego narządu wydzielniczego, t. j. nerek, minimalna trująca i śmiertelna dawka strychniny nie jest mniejsza niż w stanie prawidłowym zwierzęcia. 2) Nawet u królika bez nerek pojedyncza dawka trująca strychniny wywołuje zaledwo jeden lub parę napadów kurczów, poczem zwierzę prędko powraca do zdrowia, nie wykazując dalszego działania strychniny. 3) Jeżeli podawać odpowiednie „subminimalne“ dawki w stosownych odstępach czasu, to pozbawione nawet nerek króliki mogą stopniowo dojść do znoszenia potrójnej dawki śmiertelnej strychniny bez żadnego nań oddziaływania. Nie wchodząc w roztrząsanie przytoczonych przez autorów wyjaśnień, będących tylko przypuszczeniami, redakcya „Lancetu“ uważa za najprawdopodobniejsze, że po usunięciu nerek wydzielanie leków odbywa się drogą innych narządów, n. p. przez przewód pokarmowy.

Przytoczone doświadczenia autorów są niezmiernie zajmujące i dla medycyny klinicznej: jeżeli udowodniono bezpodstawność przypuszczenia o nagromadzaniu się w ustroju strychniny po usunięciu nerek, to i w schorzeniu tych narządów niema podstawy do zbytniej obawy stosowania tego przetworu, gdyż pomimo zmniejszonej energii wydzielniczej nerek niema mowy o działaniu zbiorowem tego leku. Dalej jeżeli rolę wydzielniczą nerek biorą zastępczo na siebie inne narządy i ustrój pozbywa się krążących w nim jadów bez szkody dla siebie, to bardzo być może, że bezpodstawnem okaże się przeciwwskazanie stosowania w schorzeniach nawet nietylko strychniny, lecz i innych leków, n. p. morfiny i t. d. Rzecz prosta, że dalsze jeszcze badania są tu niezbędne. *Dr. St. Rudzki.*

Cytowicz. **Przyczynek do farmakologii pilokarpiny.** (*Bolniczna ja Gazeta Botkina* 1902, Nr. 26—27). Wobec sprzecznych wyników badań Riegela i Czuryłowa, z których pierwszy stwierdził, że pilokarpina pobudza wydzielanie się soku żołądkowego, a drugi, że po użyciu pilokarpiny występuje jedynie wzmożone wydzielanie śluzu, nie zaś soku żołądkowego, Cytowicz powziął zamiar skontrolować raz jeszcze w pracowni prof. Pawłowa te doświadczenia z pilokarpiną. Skontrolowanie było pożądanem, ponieważ Riegel na podstawie badań na psach i ludziach poleca stosować pilokarpinę w przypadkach niedokwaśności, Simon zaś, który otrzymywał po pilokarpinie obniżenie wydzielania soku żołądkowego — odwrotnie, poleca stosować ją w nadkwaśności soku żołądkowego. Przeprowadziwszy szereg doświadczeń na trzech psach z przecietym przełykiem, przyszedł C. do wniosku, że pilokarpina w dawce 0,1—0,2 na kilo podnieca wraz z innemi wydzielinami i sok żołądkowy; w dawkach zaś mniejszych wywołuje wydzielanie śliny i śluzu w żołądku. Doświadczenia te tłomaczą sprzeczność zachodzącą między wynikami doświadczeń Riegela i Czuryłowa. Czuryłow badał działanie dawek małych, które pobudzają przeważnie wydzielanie alkalicznego śluzu, zobojętniającego następowo wydzielający się sok żołądkowy. Ponieważ pilokarpina podnosi u ludzi w znacznym stopniu czynność ślinianek i gruczołów potowych, znaczna zaś utrata przez ustrój płynu obniża wydzielanie się soku żołądkowego, przeto używanie pilokarpiny w razie niedokwaśności jest, zdaniem C., nie racyonalnem, tembardziej, że ślina i wydzielający się śluz zobojętniają sok żołądkowy. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Tikanadze. **W sprawie leczenia tężca wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 35). Jak wiadomo, Wasserman wspólnie z Takaki wykazał, że toksyna tężcowa przez zmieszanie z zawiesiną mózgową (w fizyologicznym roztworze) traci swoje cechy jadowite nawet dla myszy białych, które są nadzwyczaj wrażliwe na jady tężcowe. Zgodnie z tem zawiesina mózgowa, wstrzyknięta na 24 godziny przed zatruciem zwierzęcia jadem tężcowym, chroni je od śmierci; zwierzę pozostaje przy życiu, jeżeli wstrzyknąć zawiesinę nawet w kilka godzin po zatruciu. Tożsamo stwierdzili Krokiewicz, Schramm, Schuster i Rostowcow, stosując zawiesinę w spostrzeganych przez się przypadkach tężca u ludzi. Do tych czterech przypadków dołącza T. spostrzegany przez się przypadek. Chorej w ciągu pięciu dni podawano wodnik chloralu,

salicylan sodowy, ciepłe kąpiele, lecz bez skutku. Wobec tego w 8-mym dniu choroby wstrzyknął T. pod skórę zawiesinę z 10,0 mózgu świni w 30 sz. ctm. roztworu fizyologicznego; wkrótce już po pierwszem wstrzykiwaniu chora poczuła znaczną ulgę, po dwóch zaś następnych wstrzykiwaniach nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

Witold Orłowski. (Ptbg.).

Gebsztein. **Wzmożona bolesność** (*hyperalegesia*) **skóry i jej stosunek do schorzeń narządów wewnętrznych.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 36). Przed trzema laty ogłosił Head badania, w których wykazał, że każdemu schorzałemu narządowi wewnętrznemu odpowiada ściśle ograniczony pas skóry z przeczulicą bolesną; pas taki rozpoczyna się od kręgosłupa i biegnie z każdej strony do mostka; w każdym pasie można wykazać dwa najwięcej bolesne punkty, usadowione zawsze w jednem i temsamem miejscu. Pasy odpowiadają włóknom nerwowym, wychodzącym z pewnych odcinków rdzenia, od których odchodzą również i nerwy korzonków tylnych. Naprzykład w chorobach żołądka wzmożona bolesność skóry zajmuje pas, oznaczony przez Heada D7—D9, więc pas, którego włókna nerwowe wychodzą z odcinka rdzenia, położonego między 7-mym a 9-tym kręgiem piersiowym. Dla sprawdzenia twierdzeń Heada przeprowadził G. badania na 70 chorych; w 45 przypadkach (64%) otrzymał wyniki, zgodne z zapatrywaniami Heada; w 25 zaś innych — tylko wzmożone uczucie łechtania w odpowiednich pasach skóry. Spostrzeżenia G. dotyczyły przeważnie chorób serca, płuc, wątroby i przewodu pokarmowego. Dla oznaczenia pasów wzmożonej bolesności używał G. sposobu Heada, mianowicie ukłócia szpilką, podejmowania fałdu skórnego i działania na skórę ciepła różnego stopnia. Tymi sposobami G. znalazł też same pasy, co i Head, w chorobach jelit i żołądka. W przypadkach gruźlicy płuc i ostrych nieżytów oskrzeli otrzymał on wzmożoną bolesność na grzbiecie wzdłuż kręgosłupa; w niektórych jednak przypadkach ogniska wzmożonej bolesności skóry nie miały kształtu pasa, lub były przecięte ogniskami o zupełnie prawidłowem czuciu skórnem. We wszystkich przypadkach pasy były wyraźnie ograniczone, nigdy nie zachodziły jeden w granicę drugiego i przedstawiały wzmożone odruchy skórne. Pasy wzmożonej bolesności skóry spostrzegał G. zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet nie dotkniętych histeryą lub niemocą nerwową.

Witold Orłowski.

Docent Kuljabko. **Nowe próby ocucenia nieżywego serca. Ocucenie serca ludzkiego.** (Doniesienie tymczasowe) (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 40). Jeszcze w lutym r. b. ogłosił Kuljabko (Petersburg) swoje doświadczenia, zapomocą których udało mu się otrzymać prawidłowe skurcze serca, które w ciągu 44 godzin nie dawało już żadnych znaków życia. W tym celu wprowadzał K. metodą Langendorffa do tętnicy głównej serca, wyciętego z zabitego zdrowego królika, kaniulkę i następnie przepuszczał przez serce ogrzany i nasycony tlenem płyn Locke ($CaCl_2$, KCl, $NaHCo_3$ aa 0,02%, NaCl, 0,9%, cukru gronowego 0,1%). W ostatnich czasach udało mu się ocucić tym sposobem serce nawet po 3—4—5 dobach nieczynnego jego stanu. Obecnie dokonał K. szeregu doświadczeń z sercami zwierząt, które zostały nie zabite, lecz zginęły z jakiejkolwiek choroby. I w tych doświadczeniach otrzymał on prawidłowe dość energiczne skurcze serca, nawet po upływie 2—3—4 dób po zgonie zwierzęcia. Po tych wynikach zrobił K. próbę ocucenia serca ludzkiego. Wkrótce w istocie udało mu się otrzymać skurcze serca, wyciętego z trupa dziecka 3-miesięcznego na drugi dzień po śmierci z zapalenia płuc; przepuszczając przez to serce płyn Locke, otrzymał on po 20' z początku słabe, rzadkie i powolne skurcze przedsionków, które następnie rozszerzyły się na komórkę prawą, a wreszcie i na całe serce; bicie serca trwało przeszło godzinę. Skurcz przedsionków i uszek serca wywołał K. w następnych doświadczeniach niejednokrotnie, nawet po upływie 30 i więcej godzin po śmierci. Doświadczenia te pouczają, że serce odznacza się zadziwiającą żywotnością; wskazują również, że przynajmniej w niektórych przypadkach śmierci ustanie czynności serca następuje nie wskutek wyczerpania się jego, lecz jako następstwo nagromadzenia się w nim pochodnych przemiany materyi, po wydaleniu bowiem tych ostatnich przez przepłókanie naczyń sercowych roztworem fizyologicznym, można ożywić serce na długi czas.

Witold Orłowski (Ptbg.).

Icard. **Nowy sposób odróżniania rzeczywistej śmierci od pozornej.** (*Philad. Med. Journal* 5 kwietnia, 1902 r.). Dr. Icard z Marsylii przedstawił paryskiej Akademii Umiejętności nowy sposób odróżniania rzeczywistej śmierci od pozornej: zastrzykuje on do żył fluorescynę, przetwór bardzo silnie barwiący, a nie trujący.

Jeden gram fluorescyny zabarwia 45.000 litrów wody. Jeżeli obieg krwi jeszcze istnieje, to po zastrzyknięciu fluorescyny ciało nabiera po dwóch minutach trawiasto-zielonej barwy. Po upływie dwóch godzin zabarwienie znika, nie pozostawiając żadnych szkodliwych następstw.

Dr. St. Rudzki.

Jones W. **Przypadek przebicia jelita w durze brzusznym, operacya, wyzdrowienie.** (*Annals of Surgery — Philad. Med. Journ.*, 18 stycznia, 1902). U kobiety 20-letniej w piątym tygodniu duru brzusznego stwierdzono objawy przebicia jelita. Do operacyi przystąpiono w 16 godzin po wystąpieniu pierwszych objawów przedziurawienia: znaleziono rozlane ropne zapalenie otrzewnej, lecz miejsca przebicia nie wykryto. Operator przepłókał jamę brzuszną gorącym roztworem soli kuchennej i założył sączek, po dwóch dniach powstała przetoka kałowa. Pomimo że chora uległa nawrotowi duru, wyzdrowienie nastąpiło szybko i ostatecznie. Przypadek ten zasługuje na uwagę z powodu pomyślnego wyniku operacyi przy przebiciu durowem jelita, pomimo bardzo złego stanu ogólnego i ciężkich powikłań.

Dr. St. Rudzki (Lublin).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo dermatologiczne krakowskie.

Protokół ze zwyczajnego posiedzenia z dnia 15 lipca 1902.

I. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia, na wniosek kol. przewodniczącego przyjęto jednomyślnie prof. Trzebickyego na zwyczajnego członka Towarzystwa

II. Następnie kol. Steuermark przedstawił chorego po zgorzeli napletka w następstwie załupka. Przed 3 laty wystąpiły u pacyenta w 6 dni po spółkowaniu dwa wrzody na żołędzi, w następstwie których przyszło do wytworzenia się załupka, wreszcie zgorzeli i odpadnięcia napletka, skutkiem czego cały członek uległ znacznemu zniekształtnieniu. Powiększenie dwóch gruczołów karkowych po stronie lewej, oraz gruczołu łokciowego po str. prawej wzbudza podejrzenie, że wrzody mogły być przyrody kiłowej. W dyskusyi kol. Mayzel i Borzęcki nie sądzą, aby z 2 gruczołów karkowych a 1. łokciowego można było wnosić o przyrodzie kiłowej wspomnianych wrzodów, na co kol. Steuermark w odpowiedzi zaznacza, że specyalnie obrzęk gruczołów uważany bywa przez wielu syfilidologów jako szczególnie patognomoniczny dla kiły; w przedstawionym przypadku może wzbudzić tylko pewne podejrzenie, o twierdzeniu stanowczem niema mowy.

Dalej przedstawia kol. Steuermark przypadek *syphilis tertiaria tubero-serpiginosa exulcerans cutis*, obejmującą całe plecy i lewy bok.

Pacyentka o przebyciu kiły nic nie wie, natomiast podaje, że przed 7 laty 5 razy z rzędu roniła, potem urodziła jeszcze 3 dzieci donoszonych, nie zdradzających w chwili obecnej objawów kiły wrodzonej. W dyskusyi zabierali głos kol. Reiss i Borzęcki.

Wreszcie przedstawia kol. Steuermark przypadek *Xeroderma pigmentosum* u pacyentki 73-letniej. Na całem ciele rozsiane plamy barwikowe, jużto żółte, podobne do piegów, już też więcej brunatne, wielkości główki od szpilki do wielkości soczewicy, pomiędzy niemi tu i owdzie kilka wystających ponad poziom skóry w kształcie brodawek. Obok tych plam barwikowych, w okolicy obydwu łopatek rozrzucone plamy białe, okrągłe, podobne do blizn. Takież białe plamy znajdują się na bł. śluz. wargi dolnej w sąsiedztwie plam barwikowych. Na obydwóch skrzydełkach nosa, oraz na policzkach wybitne rozszerzenie naczyń włosowatych (teleangiektazye). Na lewym policzku dwa raki skórne w okresie rozpadu, na czole dwa, oraz na prawym policzku jeden guz brodawkowaty o budowie zbitej, wielkości fasoli. W rodzinie pacyentki podobnej choroby nie było, guzy na twarzy trwać mają od roku, plamy barwikowe od lat najmłodszych. Pacyentka, jako przekupka, całe życie spędziła na ulicy.

W dyskusyi kol. Reiss zgadza się na rozpoznanie, podnosi jednak, że na szczególną uwagę zasługuje w tym przypadku późny wiek pacyentki. Przypadki opisane przez Kaposiego odnosiły się wyłącznie do chorych młodych. Kol. Borzęcki sprzeciwia się rozpoznaniu ze względu, że *Xeroderma pigmentosum* jest przedewszystkiem chorobą wieku młodego, oraz że w danym przypadku plamy białe, atroficzne, nie są tak typowe, przyczem powołuje się na Neissera, który plamy białe uważa za główny objaw choroby i dlatego proponuje nazwę *Liodermia essentialis cum teleangiectasia et melanosi*. Kol. Krzyształowicz również podnosi, że *Xeroderma pigmentosum* jest chorobą wieku młodego, plamy barwikowe podobne do piegów spotyka się często u osób starszych, również i twory brodawkowate, a co do rozstrzeni naczyń włosowatych w *Xeroderma pigmentosum*, to uważa je za znamię macierzyste (*naevi*). W odpowiedzi stwierdza kol. Steuermark, że wprawdzie Kaposi opisał chorobę tę, jako chorobę wyłącznie wieku młodego,

rozpoczynającą się często w 2 lub 3 roku życia, jednakowoż opisywano także przypadki po 40 roku życia, a nawet jeden w 63. W danym przypadku zwraca przedewszystkiem uwagę na wielokrotność raków skórnych na twarzy, których jest aż 5, z tych 2 w okresie rozpadu, a 3 w kształcie guzów brodawkowatych, a także na plamy barwikowe rozsiane na całem ciele. Co do uważania rozstrzeni naczyń włosowatych za znamię macierzyste, to stanowczo się temu sprzeciwia; przeczyłoby to bowiem danym anatomicznym. Według Unny oraz wielu innych autorów rozstrzenie te pozostają w związku z powstaniem plam białych. Cały proces patologiczny w plamach białych zaczyna się od bujania tkanki łącznej, oraz śródbłonków naczyniowych w zakresie warstwy brodawkowej skóry, w następstwie czego w drugim okresie skutkiem kurczenia się tkanki łącznej przychodzi do zupełnego zaniku tej warstwy, a badanie mikroskopowe wykazuje zupełny jej brak; skutkiem zaś równoczesnej zagłady światła naczyń w tej warstwie, w najbliższem sąsiedztwie wytwarza się przekrwienie poboczne, które daje powód do powstania rozstrzeni żylnych, których nie należy uważać za znamię macierzyste, które przedewszystkiem są zmianami wrodzonemi, a nie nabytemi. Również Unna nie spostrzegał w rozstrzeniach naczyń wytworzenia się nowych naczyń.

III. Kol. Sokołowski przedstawia prywatnego pacyenta z zanikiem ograniczonym skóry. N. N., lat 39 liczący, urzędnik. Rodzice pomarli w wieku późnym; matka na chorobę (według twierdzenia lekarzy) mózgową. W dzieciństwie przebywał pacyent odrę, błonicę, ospę wietrzną, dur brzuszny i zimnicę. W 21 roku życia zapalenie egipskie oczów i rzeżączkę. Obecna choroba rozpoczęła się przed 13 laty małą czerwoną plamką w okolicy stawu skokowego prawego, która powoli rozszerzała się ku kostkom i na grzbiet stopy. Przed 5. laty wystąpiło podobne zaczerwienienie w pachwinie prawej, potem lewej, oraz na przedniej stronie obu stawów nadgarstkowych, a wśród tego pojawiały się bóle rwące, szerzące się od krzyżów ku przodowi uda, a więc w zakresie nerwów krzyżowych. Przed zmianami w skórze miały być obfite poty kończyn dolnych. Arszeniku przed chorobą nie używał, a w czasie choroby tylko przez czas krótki. Leczenie dotychczasowe odbywało się przeważnie maściami obojętnemi, celem zmiękczenia skóry. Stan obecny: osobnik dobrze zbudowany i odżywiony, narządy wewnętrzne zdrowe. Cała kończyna dolna prawa nieco sino-czerwona, zaczerwienienie sięga od przodu do okolicy pachwinowej prawej, a z tyłu zajmuje również okolicę pośladkową prawą z granicą ostrą od skóry sąsiedniej. Ściślejsze badanie wykazuje, iż podudzie prawe ma w obwodzie objętość większą od lewego o dwa centymetry, skóra jego przedniej zewnętrznej i wewnętrznej powierzchni jaśniej zabarwiona na czerwono, naczynia jej miejscami pasemkowato rozszerzone, jest gładka, lśniąca, nie daje się ująć w fałd, przy ucisku trudniej ustępująca lecz nie deskowato twarda, cienka. W okolicy stawu skokowego znachodzimy skórę na przestrzeni dłoni brunatno białą, szorstką, suchą, w dotyku przypominającą pergamin. Tęż samą zmianę spotykamy w dołku kolanowym prawym, w obu pachwinach i na przedniej stronie obu stawów nadgarstkowych. Badanie czucia dotyku, ciepłoty i t. d. wykonane przez Dra Flisa w klinice wewnętrznej, do której się chory zgłosił, nie wykazuje ważnych zboczeń. Opisane zmiany są zanikiem skóry samoistnym, nie są bowiem następstwem jakiejś znanej choroby skórnej prowadzącej do jej zaniku. Wykluczyć można zanik skóry starczy, jakoteż typ Kaposiego *Xeroderma pigmentosum i simplex* ze względu na powstanie choroby w wieku późniejszym, brak nadto zmian barwikowych w postaci plam ciemnobrunatnych, charakterystycznych dla *Xeroderma pigmentosum*. Po wykluczeniu tych postaci chorobowych pozostaje jako jedyne rozpoznanie: *atrophia cutis idiopathica diffusa progressiva* (Buchwald, Tonton, Pospelow).

W dyskusyi podnosi kol. Borzęcki, że w przedstawionym przypadku mamy do czynienia niewątpliwie z zanikiem skóry, w którego etyologii główną rolę odgrywa schorzenie nerwów. Kol. Reiss zwraca uwagę na wybitny wał graniczny, zwrócony ku obszarom zdrowym i nadmienia, że w jednym przypadku, leczonym w klinice, również spostrzegał taki sam wał charakterystyczny. Kol. Boczar widział 6 przypadków zaniku skóry, a jeden zupełnie do przedstawionego podobny i zgadza się zupełnie z rozpoznaniem kol. Sokołowskiego. Co do nazwy samej chętnie przyjąłby tu nazwę podaną przez Jadassohna „*anetoderma*“ której odpowiadałaby nazwa polska »wiotczyca skóry«. Kol. Krzyształowicz nazwy »wiotczyca« nie uważałby w tym przypadku bezwarunkowo za stosowną. Słowo »wiotczyca« oznacza coś wiotkiego, coś, co nie ma prawidłowej zbitości, ale od niej niższą; tu zaś istnieje naciek zapalny, który dopiero dzięki powstającemu zapaleniu bł. wewn. tętnic prowadzi do zaniku, którego znów za zwiotczenie żadną miarą uważać nie można. Kol. Reiss dodaje, że jeżeli o nazwę chodzi, to jego zdaniem najlepszą byłaby tu „*dermatitis atrophicans*“, jako uwzględniająca również pierwotny okres sprawy zapalnej. W sprawie leczenia zabierają głos wszyscy, przemawiając głównie za metodą objawową, z uwzględnieniem tła chorobowego w poszczególnych przypadkach.

Po wyczerpaniu porządku dziennego zarządza kol. przewodniczący posiedzenie administracyjne, zaznaczając, że następne posiedzenie ze względu na wyjazd wielu kolegów odbędzie się dopiero w październiku. Na tem posiedzenie zamknięto. *Dr. Pacyna*, sekretarz.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 13. listopada.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. Dr. Spira miał wykład „O zasadach zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego i ich lokalizacyi“.

* Dr. Michalina Stefanowska rozpoczęła w charakterze docenta Uniwersytetu genewskiego wykłady z zakresu fizyologii ogólnej. Pierwsze dwa wykłady, poświęcone »Charakterystyce życia«, miały wielkie powodzenie.

Zatem, oprócz zaszczytnie znanej w nauce Dr. Józefy Joteyko w Brukseli, Dr. Michalina Stefanowska jest drugą polką, poświęcającą się z korzyścią dla wiedzy i z rzetelnym zaszczytem dla imienia polskiego badaniu i nauczaniu fizyologii za granicą.

* Wydział lekarski Uniw. lwowskiego zamianował asystentami: Dr. Alfreda Burzyńskiego przy katedrze okulistyki; Dr. Józ. Markowskiego przy katedrze anatomii opisowej i Dr. Teofila Hołobuta przy katedrze patologii ogólnej; demonstratorem przy tej ostatniej katedrze mianowany został Józef Rosenberg.

* Dr. Adam Bednarski miał we Lwowie wykład habilitacyjny na temat: »O przyczynach powstania krótkiego wzroku«. Wydział lekarski lwowski mianował go docentem okulistyki i przesłał akta ministerstwu do zatwierdzenia.

* Dr. Stanisław Kamieński pozostaje na dalsze trzechlecie redaktorem »Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego.

* Warszawskie Towarzystwo higieniczne zarządza w kwietniu 1903 r. specyalne obrady nad uzdrowotnieniem mniejszych miast i wsi w Królestwie polskiem. W obradach wezmą udział i członkowie prowincyonalni. Szczegółowy program zostanie ogłoszony.

* Dr. Wszebor wybrany został na kuratora szpitala św. Stanisława w Warszawie.

* Dr. Chrostowski mian. został 2 gim pomocnikiem naczelnego lekarza szpitala Dzieciątka Jezus.

* Dr. Tymowski donosi, że do czasu zupełnego wyzdrowienia zastępować go będzie w Nizzy Dr. Bohdanowicz z Biarritz

* Otrzymaliśmy drugie sprawozdanie Towarzystwa uczącej się młodzieży polskiej »Pomoc bratnia« w Zakopanem. Szczupłe grono ludzi, natchnionych szlachetną myślą niesienia pomocy młodzieży szkolnej, szukającej w górach ratunku dla podkopanego zdrowia, założyło w Zakopanem Towarzystwo »Pomoc bratnia«. Pierwszy rok przeszedł na udzielaniu zapomóg pieniężnych; w r. zaś sprawozdawczym Towarzystwo wynajmowało domki, w których pomieszczało uboższą młodzież szkolną, chorą na płuca; domków takich było, w miarę potrzeby, od 2 do 4, które mogły na raz pomieścić do 20 osób.

Nie wchodzimy w szczegóły »Sprawozdania«: na razie chcemy tylko wskazać na fakt istnienia Towarzystwa »Pomoc bratnia« i na ciężką walkę o byt, którą, jak to wynika ze »Sprawozdania«, staczać musi. Dla lekarzy wiadomość o założeniu takiego Towarzystwa jest wielkiego znaczenia, ze względu na opłakane często położenie młodych ich pacyentów. Bo jeśli słuszne były słowa nie żyjącego już arcyksięcia, że »dla państwa najkosztowniejszym przedmiotem pozostanie zawsze człowiek«, to cóż powiedzieć o dotkliwej stracie, którą przez śmierć szkolnego młodzieńca ponosi społeczeństwo, ze względu na niedający się umorzyć kapitał, wyłożony na jego wykształcenie. Miłość bliźniego i dobrze zrozumiany interes społeczeństwa więcej zalecają szczodrobliwej opiece ogółu to, pożyteczne Towarzystwo, aniżeli najwymowniejsze słowa.

Prezesem Towarzystwa i naczelnym jego lekarzem jest Dr. Józef Zychoń.

* Wiec społeczno-lekarski delegatów wszystkich związków lekarskich w Austryi odbędzie się w Wiedniu podczas Wielkiejnocy 1903 roku. Prócz spraw bieżących, wiec ma położyć kamień węgielny pod organizacyę państwową stanu lekarskiego w Austryi. Komitet złożony z 10 członków, na czele którego stoi Dr. Adolf Klein, ma się zająć zarządzeniami przygotowawczemi do tego wiecu.

* Austryacki Komitet egipskiego Kongresu podaje do wiadomości, że cholera w Egipcie wygasa, a miasto Kair jest od niej zupełnie wolne. Przeto nic nie stoi na przeszkodzie odbyciu się Kongresu, a wielka liczba zgłaszających się członków zapowiada jego świetność. Na czele austryackiego komitetu stoi prof. Nothnagel; zgłoszenia przyjmuje prof. Winternitz (Wien I., Wipplingerstrasse, 28) i prof. Frankl-Hochwart (Wien I., Volksgartenstrasse, 5).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XLIII. (19—25—X). Ludność średnia roczna wynosi 94.057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 19, urodziło się dzieci 50, zmarło osób 49, mianowicie: z gruźlicy 9 (1 zam.), z zapalenia płuc 5 (2 zam.), z błonicy 2, z płonicy 5 (1 zam.), z duru osutkowego 2 (2 zam.), z cholery dziecięcej 1.

* Między 29—X a 4—XI doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gmina), horodeńskim (2 gm.), kamioneckim (1 gm.), tłumackim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Doc. okulistyki Braunschweig i Doc. higieny Sobernheim otrzymali tytuł profesorski w Halli.

Nekrologia. Zmarli: Dr Ferd. Fuhr, profesor chirurgii, — w Giessen. Dr Eug. Hahn, prof. chirurgii, — w Berlinie.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 45. Brudziński: Najnowsze teorye krzywicy i najnowsze próby jej leczenia. Flaum: Chemia fizykalna w medycynie. Halpern: O własnościach hemolitycznych surowicy ludzkiej. (c. d.).

— *Zdrowie* Nr. 11. Lenartowicz: Higiena w rzeźniach i w handlu mięsem w Warszawie. A. Majewski: Kilka słów w sprawie pomocy lekarskiej w fabrykach. Wojdecki: Szczawnica.

— *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* Z. III. A. Landau: Ciśnienie osmotyczne krwi i moczu u ludzi zdrowych i chorych. Schleifstein: Ankylostomiasis et ankylostomum duodenale. Kijewski: O wycinaniu płuc. Surzycki: O środkach nasercowych na podstawie własnych i obcych doświadczeń (dok.). Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce (c. d.).

— *Nowiny lekarskie* Nr. 11. H Cybulski: O zmianie położenia serca w przebiegu przewlekłej gruźlicy płucnej. Stasiński: Krytyczny pogląd na stan obecny nauki o zezie i osobiste zapatrywania na przyczyny jego.

— *Krytyka lekarska* Nr. 11. Giedroyć: Polacy w służbie lekarskiej carów moskiewskich. Z. Kramsztyk: 1) Operacye i operatorzy. 2) Pokoje dla pensyonarzy w szpitalach.

— *Medycyna* Nr. 45. Bikeles i Franke: O lokalizacyi w rdzeniu pacierzowym, dotyczącej włókien czuciowych i ruchowych najważniejszych nerwów splotu barkowego. Mintz: O uchyłkach w dolnej części przełyku. (dok.). Ołtuszewski: Ósmy przyczynek do nauki o zboczeniach mowy (dok.).

— *Postęp okulistyczny* (październik) Noiszewski: Ruptura retinae i retinitis proliferans. Rymowicz: Własności bakteryobójcze łez i cieczy wodnej.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 45. Maixner: Jan Bohumil Eiselt. Krátká historie Pražské lekařské fakulty. Hippokratismus ve vnitřni medicině. (c. d.) Pitha: O aetiologii a diagnose mimoděložního těhotenstwi. (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 88. Cuneo i Veau: Patogeneza żabki (podjęzykowej) pospolitej.

Nr. 89. Desnos: Wskazania do operacyi Bottiniego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 44. Mitulescu: Przyczynek do badań przemiany materyi w gruźlicy przewlekłej. Koziczkowski: Kliniczna wartość Ehrlichowskiego dimetylamidobenzaldehydowego odczynu. Storch: Nowoczesna nauka o lokalizacyi w świetle psychologii.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 45. Köhler: Stan nauki o przenośności gruźlicy bydlęcej na ludzi. Schütze: Dalsze zastosowanie precypityny. Kuckein: Dwa przypadki raka przełyku, przebiegające z pozorami tętniaka aorty. Hecker: Poznanie przymiotu płodowego. Penkert: Stosunek przerostu grasicy do nagłej śmierci.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 44. Jad komórkowy i narząd samoobrony w ciele zwierzęcem. Schanzenbach: Przyczynek do wiedzy o hemolitycznem działaniu saponiny. Esser: O wysięku opłucnowym przy chorobach serca. Moser: O miąższowym krwotoku żołądkowym. Strubell: Przyczynek do patologii i terapii kiłowych zwężeń tchawicy. Cybulski: Przyczynek do rozpoznawania jam płucnych. Katzenstein: Przypadek zatrucia morfiną w wczesnym okresie życia dziecięcego. Graeser: Bezkrwawe odprowadzenie stulejki.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 45. Clairmont i Haberer: O zachowaniu się zwierzęcej otrzewnej w stanie zdrowia i choroby. Hamburger: W sprawie odporności przeciw białku. Matzenauer: Przycewkowe nacieczenie i ropień u kobiety; przewlekłe rzeżączkowe stwardnienie żeńskiej cewki. Lindner: Całkowite jednostronne porażenie nerwu ruchowego oka. Schrötter: Wydobycie ciała obcego z płuca prawego przy pomocy bronchoskopii.

Redakcya otrzymała. Męczkowski: O udawaniu objawów nerwowych, oraz kilka uwag o badaniu i świadectwach lekarskich w przypadkach cierpień urazowych. Bychowski: Ein Fall von recidivirender doppelseitiger Stose mit myasthenischen Erscheinungen in den oberen Extremitäten. Kucharzewski: O wpływie jadów (toksyn) błoniczego i tężcowego na zmiany morfologiczne, hemoglobinę i ciężar gatunkowy krwi. 2) Przypadek ropnia zrazu czołowego mózgu. Kopczyński: 1) Udział niektórych instytucyj publicznych w sprawie wychowania higienicznego. 2) Kasuistische Beiträge zur Kenntniss der Geschwülste und Abscesse des Gehirns.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 19 listopada, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne, na którem po odbytych demonstracyach kol. doc. Bochenek będzie miał wykład: 1) „O drogach nerwowych odruchów wywołanych wrażeniami wzrokowemi“ i 2) „O nowych poglądach na znaczenie przysadki mózgowej *(hypophysis cerebri)*“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków 22 Listopada 1902. Nr. 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Prof. Dra Marsa we Lwowie.

Czy istnieje fizyologiczne zwolnienie tętna w połogu?

Zestawił
Dr. Stanisław Lewicki,
Demonstrator kliniki.

Zmiany w tętnie, jakie zauważyć możemy u położnic w tym okresie, kiedy się znajdują w naszej obserwacyi, a więc w kilku lub kilkunastu pierwszych dniach połogu, nie należą wcale do objawów dotychczas nieznanych. Już Chińczycy, ci praojcowie medycyny, potrafili je spostrzegać i umieli wyciągać z nich wnioski, tyczące się dalszego więcej lub mniej korzystnego przebiegu połogu. Tschang-Ki[1]) w swej „Nauce o tętnie“ mówi, że tętno wolne i małe każe się spodziewać dobrego przebiegu połogu; tętno szybkie, silne, „zapowiada nieszczęście“.

W roku 1765 wspomina Whytt o zwolnieniu tętna w połogu; później Levret (1766); klinicznie opracowywali ten temat Cirello (1802), Capuron (1811), Montgomery (1857), Mac Clintock (1861), który u matki trojaków spostrzegał najniższą dotychczas znaną liczbę tętna, bo 30 uderzeń na minutę; dalej Levy (1862), Pastorello (1863) i wielu innych.

Od czasu wystąpienia Blota w r. 1864[2]) sądzono powszechnie, że sprawa ta jest już zupełnie rozwiązaną i zwolnienie tętna uważano za jeden z cechujących objawów w połogu. Zasady głoszone przez Blota, a uważane po r. 1864 za niezbite, są następujące:

1. U położnic zdrowych spotyka się z reguły mniej lub więcej wybitne zwolnienie tętna.

2. Jestto objaw ogólny, stwierdzany u wszystkich położnic, nie zaś objaw wyjątkowy, spotykany tylko u położnic, które już przed ciążą odznaczają się wolnem tętnem.

3. Stopień zwolnienia tętna jest rozmaity. Trzy razy spostrzegał Blot zwolnienie do 35 uderzeń, lecz zwykle wahało się ono między 44 a 60 uderzeń na minutę.

4. Częściej spotyka się ten objaw u wieloródek, niż u pierwiastek.

5. Czas trwania zwolnienia waha się między kilku godzinami (do 10) a trwać może nawet 12 dni. Jest on o tyle dłuższy, o ile wybitniejszem jest zwolnienie.

6. Krzywa zwolnienia przedstawia zwykle jeden i ten sam przebieg. Zaczyna się obniżać 24 godzin po porodzie, dochodzi zwolna do *minimum*, jakiś czas utrzymuje się stale w tej samej najniższej wysokości i następnie zwolna się podnosi.

7. a) Czas trwania porodu nie zdaje się wywierać wpływu na zwolnienie tętna.

b) Można je spostrzegać tak po poronieniu, porodzie przedwczesnym, jak i po porodzie czasowym.

8. Zmiana pozycyi położnicy wywiera nań znaczny wpływ.

9. Zwolnienie tętna jest objawem prognostycznym dobrym. Znajduje się je tylko u położnic zdrowych.

10. Przyczyny tego objawu nie należy dopatrywać w rodzaju wyczerpania nerwowego, jak sobie początkowo Blot tłómaczył. Doświadczenia, wykonywane wraz z Mareyem wykazują, że jest on w związku ze zwiększeniem się parcia tętniczego po porodzie.

Od czasu publikacyi Blota wszyscy się zgadzają w ogólnych zarysach, że fizyologiczne zwolnienie tętna u położnic jest objawem ogólnym i usiłują tylko wytłómaczyć naukowo to, bądź co bądź ciekawe zjawisko. I tak mamy prace Hémeya[3]), Pajota, Stoltza, Leforta, Baumfeldera[4]) Loraina, Falaschiego, Lougego, Meyburga[5]), Olshausena[6]), Löhleina[7]), Fritscha[8]) [9]), Schrödera[10]), Vejasa[11]), Neumanna[12]), Riegla[13]) i t. d. Różnice zdań zaznaczają się tylko w tłómaczeniu tego zjawiska; posiadamy mnóstwo teoryj, które więcej lub mniej szczęśliwie usiłują sprawę wyjaśnić. Wszystkie te teorye dadzą się zebrać w następujące grupy:

1. Zwiększone parcie tętnicze, a mianowicie: a) przez wyłączenie znacznej liczby naczyń macicy (Marey, Blot, Hémey, Lorain); b) przez większą energię działania przerosłej lewej komory serca.

[1]) Sprawozdania z posiedzeń wiedeńskiej Akademii Umiejętności, 1866. T. L II. Müller, Podręcznik T. I. Str. 531.

[2]) Blot. Du ralentissement du pouls dans l'etat puerpéral. Archives générales de médecine. Paryż 1864. Serya VI. Tom III.

[3]) Hémey. Recherches sur le pouls pendant les quinze jours, qui précèdent et qui suivent l'accouchement. (Archives générales d. méd. Paryż 1868.

[4]) Baumfelder: Diss. inaug. Lipsk 1867.

[5]) Meyburg: Über die Pulse der Wöchnerinnen. Archiv f. Gynäkol. Tom XII.

[6]) Olshausen: Über d. Pulsverlangsamung im Wochenbett. (Centralblatt f. Gynäk. 1881).

[7]) Löhlein, cf. Meyburg l. c.

[8]) Fritsch: Centralblatt der med. Wissenschaften 1875.

[9]) Tenże: Bemerkungen zur Pathologie u. Physiologie des Circulationsapparates bei Schwangeren u. Wöchnerinnen. (Archiv f. Gynäkol. T. VIII).

[10]) Schröder: Lehrbuch der Geburtsh.

[11]) Vejas: Mittheilungen über den Puls u. die vitale Lungencapacität. (Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge Nr. 269).

[12]) Neumann: Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gynekol. (Tom II. Zesz. IV).

[13]) Riegel: Zeitschrift f. klinische Medicin T. XVII. Zesz. 3 i 4.

2. Teorya wprost przeciwna pierwszej: zwiotczenie ścian naczyń i obniżenie parcia tętniczego (Fritsch, Meyburg, Lébédeff, Porochjakow).

Przeciwko tej teoryi przemawiałby charakter krzywej tętna, oznaczonej stigmografem (Marey, Meyburg), a mianowicie brak wybitnej dwubitności (dykrotyzmu).

3. Długotrwałe leżenie położnicy, brak jakiejkolwiek czynności mięśniowej, spokój fizyczny i umysłowy („*Hindämmern*" Fritsch).

Zwolnienie tętna występuje jednak zaraz po porodzie, kiedy nie może być jeszcze mowy o wpływie dłuższego leżenia

4. Ścisła dyeta, skąpa w połączenia azotowe. Mięso a szczególnie jaja mają tętno przyspieszać (Meyburg, Klemmer).

5. Obfite odchody, karmienie, zwiększenie wszystkich wydzielin ustroju (Löhlein).

6. Wchłanianie tłuszczu, powstającego z powodu tłuszczowego rozpadu mięśnia macicy. (Olshausen).

Zmiany jednak w mięśniu macicy występują dopiero w kilka dni po porodzie i trwają przez czas dłuższy, podczas gdy zwolnienie tętna występuje zaraz po porodzie i trwa do 10—12 dnia połogu.

7. Zmniejszona praca serca (Schröder).

8. Zwiększona pojemność życiowa płuc. (Vejas, v. Winckel).

9. Podrażnienie włókien hamujących nerwu błędnego (Neumann, Löhlein, Meyburg).

Obecnie największa liczba autorów, o ile naturalnie zgadzają się na istnienie fizyologicznego zwolnienia tętna, skłania się ku teoryi Frischa, lub teoryi podrażnienia nerwu błędnego.

Ciekawem także będzie podanie najniższej liczby uderzeń tętna, jakie znaleźć można w piśmiennictwie. Jako najmniejszą liczbę, spostrzeganą przez siebie, podaje Vejas 54 uderzeń na minutę, Hemey 44, Lorain 42, Löhlein 40, Falaschi 38, Meyburg 36, Blot 35, Olshausen 34, Mac Clintock 30. W klinice lwowskiej spostrzegane najniższe tętno uderzało 32 razy na minutę.

Tak zapatrywano się na ten objaw do r. 1898, w którym wystąpił po raz pierwszy Karol Heil, były asystent kliniki chorób kobiecych Prof. Kehrera w Heidelbergu, najpierw na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Darmstadzie, a następnie w pracy ogłoszonej w *Archiv f. Gynäkologie* [14]) przeciwko dotychczasowemu powszechnemu przekonaniu o fizyologicznem zwolnieniu tętna u położnic. Przeglądając całe piśmiennictwo tego objawu zauważył on, że każdy z autorów podaje zupełnie inny odsetek zwolnienia tętna u położnic. I tak: Blot u 246 położnic znalazł tętno poniżej 65 w 90 przypadkach, czyli 36·5%. Hémey na 400 położnic spostrzegał tętno poniżej 60 u 65, czyli $16^1/_4$%. Löhlein $6^1/_2$%, Falaschi u $^1/_4$ położnic. Louge znalazł zwolnienie u jednej na 4 pierwiastki, a na 3 wieloródki. Vejas w 50 spostrzeganych przypadkach wykazał zwolnienie 30 razy, t. j. 60%; z tego było 13 pierwiastek, 17 wieloródek. Olshausen otrzymał największy odsetek, bo 63% zwolnienia tętna. Spostrzegał on 348 położnic: z tych 220 miało tętno poniżej 60 uderzeń na minutę. Następnie podnosi Heil zupełnie słuszny zarzut, że spostrzeganie tętna nie było robione z prawdziwą ścisłością naukową, bo osobno u ciężarnych i osobno u położnic, a nie u jednej i tej samej osoby w ciąży i w połogu. Liczba tętna u każdego osobnika jest liczbą indywidualną, naturalnie w pewnych granicach. Są osoby o tętnie wolnem, inne znów bez widocznej przyczyny mają tętno szybsze. Dlatego i fizyologowie nie podają jakiejś stałej liczby tętna u człowieka prawidłowego, lecz dają jako granicę 65 do 85 uderzeń na minutę. Nie można więc mówić o zwolnieniu tętna u położnicy, nie znając jej tętna w czasie ciąży, gdyż tętno to mogło być już pierwotnie podczas ciąży wolne. Dlatego Heil sądzi, że tylko te spostrzeżenia są należycie ściśle przeprowadzone, w których badano tętno przez czas dłuższy, tak w ciąży, jak i następnie w połogu. Ten błąd popełnili prawie wszyscy autorowie, uniknęli go tylko Hémey i Vejas.

Blot i Mac Clintock zwrócili również na ten szczegół uwagę, że tętno u położnic ulega bardzo łatwo wahaniu z powodu nieraz bardzo błahej przyczyny. Zmiana pozycyi w czasie karmienia, przybycie nagłe lekarza, wzruszenia umysłowe, podnoszenie się chorej w łóżku, przyspiesza jej tętno nieraz o 10 do 20 uderzeń na minutę. Można to spostrzegać bardzo często; w naszej klinice zauważyliśmy, że jeżeli położnicy tylko coś dolega, ma jakąś prośbę do lekarza, n. p. jeżeli chce prosić o wypuszczenie do domu, tętno jej przyspiesza się nadzwyczajnie, bo powyżej 100, a nawet do 120. Za chwilę jednak, gdy położnica się uspokoi, lub uzyska to, co otrzymać chciała, tętno opada do pierwotnej liczby. Dlatego słusznie Fritsch poleca, aby, o ile to jest możliwem, liczyć tętno u położnic w czasie snu, co jest jednakże bardzo trudnem do przeprowadzenia. I dlatego też te spostrzeżenia są bardzo żmudne, bo musi się nieraz liczyć tętno przez dwie, trzy, nawet cztery minuty, aby otrzymać tętno danej chwili odpowiadające. Wreszcie sądzi Heil, że choćby nawet i istniało zwolnienie tętna i to w $6^1/_2$, 16 a nawet choćby 60% przypadków, to nie jest jednakże regułą, gdzie istnieje 40% wyjątków. Dlatego nie można mówić o stałem, ogólnem, fizyologicznem zwolnieniu tętna i nie można przyjmować tego objawu za jakąś charakterystyczną cechę połogu, lecz tylko za jeden z często przytrafiających się objawów.

Na poparcie swego przypuszczenia i na stwierdzenie, o ile do jego czasów przyjęte prawie za pewnik twierdzenie o zwolnieniu tętna u położnic jest uzasadnionem, przytacza on szereg spostrzeżeń, wykonanych w klinice Heidelberskiej. Spostrzegał on 100 ciężarnych, a następnie te same osoby jako położnice, starając się o to, aby je obserwować tak w ciąży jak i w połogu w tych samych warunkach. A więc spostrzegał on ciężarne rano, każąc im przedtem przez $^1/_2$ godziny leżeć w łóżku i to spostrzegał je w seryach czterodniowych w 1, 2 i 3 tygodniowych odstępach. Takie serye przypadały na każdą ciężarną raz, dwa, do trzech razy, odpowiednio do czasu, jaki pozostawała jako ciężarna na klinice. U położnic badał tętno w następne rano po odbytym porodzie, a więc najdalej w przeciągu 24 godzin. Jako miarodajne uważa tętno tylko do czasu, kiedy położnica zaczyna wstawać, a więc w klinice Heidelberskiej 8—9 dnia połogu. Między spostrzeganymi kobietami było 58 pierwiastek a 42 wieloródek

Na podstawie tych spostrzeżeń dochodzi Heil do następujących wniosków:

[14]) Heil: Giebt es eine physiologische Pulsverlangsamung im Wochenbett? (Archiv f. Gynäkologie T. L VI. Str. 265).

1. U ciężarnych spotykamy tętno poniżej 60 w 11·45% przypadków; poniżej 65, 24·45%; poniżej 75 nawet 60·8%. *Minimum* spostrzegane wynosiło 48.

2. Liczbę 65 i poniżej można częściej spostrzegać w ciąży, aniżeli w jakimkolwiek dniu połogu. Liczbę 75 i poniżej spotykamy częściej w 4 dniu po połogu, niż w ciąży. Zresztą znacznie częściej spotykamy ją w ciąży. (60·8% przeciw 25 9%).

3. Zwolnienie tętna w połogu o 10 uderzeń na minutę stwierdził Heil w 12%. Licząc również przypadki, gdzie było zwolnienie o 5—10 uderzeń na minutę, otrzymał zaledwie 34%. Dlatego zwolnienia tętna nie możemy nazywać regułą, lecz musimy uważać je za rzecz wyjątkową. Możemy mówić tylko „przydarza się“.

4. Krzywa, wykreślona dla pojedynczych dni połogu, wykazuje największe zwolnienie tętna drugiego dnia połogu. Dzień piąty odpowiada szybkością tętna pierwszemu; 6 i 7 dnia podnosi się. Od 1 dnia do 8 przeciętna liczba tętna wynosi 71 do 75.

Zwolnienie tętna 2 i 3 dnia tłómaczy Heil uspokojeniem się położnicy po odbytym porodzie Podwyższenie 4 i 5 dnia odpowiadałoby szybszej przemianie materyi po przyjęciu obfitszego pokarmu; 9 i 10 dnia występuje znaczne przyspieszenie tętna z powodu, że położnica zaczyna wstawać.

Na podstawie tych danych dochodzi Heil do przekonania, że o zwolnieniu fizyologicznem tętna u położnic w tej mierze, jak dotychczas sądzono, mówić nie możemy. Istnieje wprawdzie często tętno wolne w połogu, które bez wątpienia jest znakiem dobrze rokującym, nie przedstawia ono jednak cechy charakterystycznej, wyjątkowej dla połogu, spotyka się je również często także i w ciąży.

Pomimo przekonywującej pracy Heila i jego możliwie najściślej naukowo przeprowadzonych spostrzeżeń, sprawy tej nie uważano jeszcze za ostatecznie rozstrzygniętą. Varnier[15]) w klinice Baudelocqua przeprowadził szereg spostrzeżeń i to w dwóch seryach: w pierwszej — w warunkach, podanych przez Blota — badał tętno u 32 ciężarnych i u 35 położnic. Ostatecznym wnioskiem jego jest że: krzywa tętna w 35 badanych położnic jest wybitnie niższą od krzywej u 32 ciężarnych. W drugiej seryi spostrzegał 36 kobiet w czasie ciąży i następnie w połogu; dochodzi do wniosku, że w 72·22% występuje w połogu wybitne zwolnienie tętna. Ostatecznie zgadza się w zupełności ze zdaniem Blota, że zwolnienie tętna w połogu istnieje, i że jest objawem ogólnym *(un fait général)*.

W „Centralblatt für Gynäkologie“ z r. 1901 znajdujemy wreszcie małą pracę Aichla[16]), który staje na tem samem stanowisku, co Heil i zaprzecza jakoby istniało fizyologiczne zwolnienie tętna w połogu. Badanie tętna robił u 79 ciężarnych, a następnie położnic, znajdujących się w zakładzie położniczym w Erlangen. Jako nowy objaw podaje, że szczególnie u pierwiastek w kilku ostatnich dniach ciąży liczba tętna podnosi się tak, że z tego objawu można nieraz przepowiedzieć zbliżający się poród. (Dok. nast.).

[15]) H. Varnier. Du ralentissement du pouls pendant les suites de couches. (Annales de gynécologie). Styczeń 1899.

[16]) Otto Aichel: Über die sogenannte physiologische Pulsverlangsamung im Wochenbett. (Centralblatt für Gynäkologie, 1901. Nr. 42).

II. Obecny stan nauki o t. zw. „tuberkulidach skóry“.

Studyum krytyczne oraz przyczynek do kazuistyki: *„folliclis“*.

Podał

Dr. Zygmunt Steuermark

kierownik oddz. dermatologicznego szpitala izr. w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Przechodzę obecnie do opisu klinicznego tej postaci chorobowej; posługiwać się będę nazwą *folliclis* lub *lupus erythematodes disseminatus Boeck*, te dwie nazwy bowiem najbardziej się przyjęły.

Choroba cechuje się obecnością guzków małych, wielkości główki od szpilki — do ziarnka prosa, twardych, zaokrąglonych, ze skórą poruszalnych, niebolesnych; rozwój tych guzków jest powolny; w miarę jak rosną, wystają ponad poziom skóry, dochodzą do wielkości soczewki, przyczem naskórek stopniowo podnosi się na ich szczycie i wytwarza się pęcherzyk o treści przezroczystej; dookoła guzka występuje obwódka zapalna różowej barwy, znikająca pod naciskiem palca. Stopniowo treść pęcherzyka mętnieje, staje się ropna, barwy żółtej, a środek jego zapada się, tworząc dołek *(ombilication du centre* francuskich autorów); guzek i obwódka zapalna rośnie, wreszcie dochodzi do wielkości groszku, na szczycie zaś jego sterczy krostka z zagłębieniem w środku. Jeżeli krostkę przebije się igiełką, można z niej wydostać przez ugniatanie z boków kroplę bardzo gęstej ropy, po usunięciu której przedstawi się zagłębienie, drążące w głąb skóry właściwej, odpowiadające rozpadowemu ropiejącemu ognisku. Jeżeli zaś krostka ulegnie samoistnemu przeobrażeniu, to na szczycie jej po kilku dniach tworzy się mały strupek, rosnący w miarę zasychania krostki i przedstawia się jak gdyby był utworzony z kół spółśrodkowych. Strupek ten silnie przylega do guzka i z trudnością daje się usunąć; po usunięciu zaś jego widać głęboko drążący wrzodzik. W miarę jak guzek ulega przemianie wstecznej, obwódka zapalna zmniejsza się i zapada. Wreszcie w ostatnim okresie strupek odpada, a na miejscu jego pozostaje blizna okrągła lub owalna, zagłębiona w środku, wielkości ziarnka prosa do wielkości soczewki, barwy różowo-brunatnej, otoczona obwódką zabarwioną. Wejrzenie blizny przypomina blizny kiłowe.

Wreszcie zabarwienie z czasem, n. p. po upływie kilkunastu miesięcy, znika i pozostają blizny białe, zawsze jednak w środku zagłębione i nieco ciemniej zabarwione, obraz świadczący po latach o przebytej *folliclis.* Każdy guzek rozwija się powoli, około 4—6 tygodni; gdy jedne guzki świeżo występują, inne już się zabliźniają; nie sprawiają ani świądu, ani pieczenia, ani bólu, jedynie w okresie ropienia za uciskiem są nieco bolesne. Każdy guzek przechodzi wszystkie okresy rozwoju, wyjątkowo tylko niektóre ulegają wessaniu przed ropieniem. W okresie ropienia skutkiem zakażenia wtórnego powstać mogą z krost pojedynczych ropnie; powikłanie to jednak należy do rzadkich. Guzki zwykle bywają ułożone symetrycznie na powierzchniach wyprostnych kończyn w okolicy stawów, szczególnie na brzegu wewnętrznym przedramienia lub na wysokości stawu nadgarstkowego; twarz zwykle bywa wolna, z wyjątkiem małżowin usznych, których brzegi w następstwie wytworzenia

się blizn stają się jak gdyby zazębione. W gromadach rozróżnić można pojedyncze guzki w rozmaitych okresach rozwoju.

Badania bakteryologiczne ropy z krostek nie wykazały żadnych drobnoustrojów, w szczególności zaś brak wszelkich drobnoustrojów ropnych i prątków Kocha. (Hallopeau).

W przypadkach opisanych przez Boecka, obok równoczesnej, a przytem stałej obecności gruźlicy narządów wewnętrznych i różnych postaci gruźlicy skóry, wreszcie *lichen scrophulosorum* i *lupus erythematodes discoides*, spostrzegał ten badacz w jednym przypadku *erysipelas perstans*, który to objaw, polegający na obrzęku ciastowatym, podobnym do róży, występuje zwykle nagle w przebiegu *lupus erythematodes disseminatus forma Kaposi* i utrzymuje się zazwyczaj bardzo długo (w jednym przypadku do trzech lat). W innym przypadku spostrzegał Boeck tak znaczną martwicę (nekrozę) w zakresie guzków pojedynczych, że wypadały kawałki skóry o średnicy 2 ctm., obejmujące całą przytem grubość skóry; w innych zaś przypadkach sprawa toczyła się tylko powierzchownie, do głębokiego rozpadu wcale nie przychodziło, a obraz odpowiadał postaci opisanej przez Hallopeau pod nazwą *tuberculides acneiformes et necrotiques (l. c.)*

Przypadek opisany przez Delbanco odpowiada typowemu obrazowi *folliclis*. Przy tej sposobności pozwolę sobie przytoczyć dwa przypadki, które miałem sposobność spostrzegać w ostatnich miesiącach.

1) I. S., liczący lat 5, pochodzi z rodziny obciążonej dziedzicznie gruźlicą: ojciec chorego cierpi na gruźlicę płuc w okresie rozpadowym, matka zaś ma nacieki szczytowe po obu stronach; sam chory dobrze rozwinięty i odżywiony; narządy wewnętrzne prawidłowe; gruczoły karkowe, podszczękowe i pachwinowe powiększone; na grzbiecie stopy nogi lewej obrzęk twardy, zbity, sięgający od kości śródstopowej drugiej do kości śródstopowej czwartej włącznie; skóra na nim nieporuszalna, nacieknła, blada, z dwoma przetokami o ścianach pokrytych ziarniną, z których wydobywa się wydzielina surowiczo-krwawa, badanie zaś zgłębnikiem doprowadza do kości, pozbawionej okostnej, bolesność nieznaczna. Dalsze badanie wykazuje obustronne nieżytowe zapalenie spojówek, na rogówce oka lewego wrzód; na twarzy wyprysk łojotokowy. Na skórze klatki piersiowej z przodu i z tyłu, głównie jednak z tyłu i po bokach, drobne guzki wielkości główki od szpilki, barwy żółto-różowej, wznoszące się w kształcie małych stożków ponad poziom skóry, twarde; tam, gdzie się usadawiają w gromadkach, wywołują uczucie, jak gdyby się dotykało powierzchni tarła; przeważnie usadawiają się dookoła torebek włosowych, w następstwie czego przez większą ich liczbę przechodzi włos.

Obok tej wysypki (*lichen scrophulosorum*) spotykamy na powierzchniach wyprostnych kończyn górnych i dolnych, na pośladkach i na małżowinach usznych wysypkę odmienną, której pojedyncze elementy, znajdujące się w tej samej gromadzie, różnie się przedstawiają pod względem morfotycznym; obok guzków wielkości ziarnka prosa, barwy sino-czerwonej, twardych, poruszalnych ze skórą, niebolesnych, otoczonych obwódką zapalną, guzki większe, dochodzące do wielkości soczewicy, na szczycie których sterczą krostki, nieco zagłębione w środku, o zawartości gęstej, ropiastej. Po usunięciu krostki ze szczytu guzka zapomocą ostrej igiełki widać wrzodzik drążący w głąb. Wreszcie w gromadkach tych tu i owdzie guzki o wymienionych cechach pokryte już strupkami, a także rozsiane drobne blizny okrągłe lub nieco owalne, w środku zagłębione, wielkości ziarnka prosa, barwy różowo-brunatnej. Na przedramieniu, a mianowicie na jego brzegu wewnętrznym, blizny zupełnie białe, w środku jak gdyby nieco zapadnięte. Takież blizny znajdują się na brzegu lewej małżowiny usznej. Na tylnej powierzchni podudzia prawego poniżej przegubu kolanowego wypukla się ku tyłowi i ku zewnątrz guz wielkości i kształtu jaja kurzego, zbitości twardej, usadowiony wyraźnie pod skórą, z nią zrośnięty i przesuwalny, niebolesny, skóra na nim w częściach środkowych ścieńczała, sinawa, zresztą prawidłowa. Objawów zapalnych dookoła guza brak; według twierdzenia rodziców guz ten ma trwać od dwu miesięcy (*scrophuloderma v. gomme scrophulo-tuberculeux*). Staw kolanowy oraz kości uda i podudzia zmianom chorobowym nie uległy.

W przypadku tym, u osobnika dziedzicznie obciążonego, okazującego przytem wybitne objawy zołzów i gruźlicy, mianowicie: obrzęki gruczołów chłonnych, nieżytowe zapalenie spojówki na obu oczach z wrzodem rogówkowym oka lewego, liszaj zołzowy (*lichen scrophulosorum*), gruźlicę kości stopy i *scrophuloderma (gomme tuberculeux)* na podudziu prawem — przyszło do wybuchu wysypki o cechach klinicznych: *folliclis;* jeżeli więc uwzględnimy tło, na którem choroba ta się rozwinęła, to nasuwa się przypuszczenie, że według wszelkiego prawdopodobieństwa istnieje ścisły związek między rzeczoną *folliclis* a ogólnem schorzeniem ustroju, wywołanem przez zakażenie gruźlicze.

2) L. D., liczący 3 lat, dziedzicznie nieobciążony, prócz płonicy którą przebył przed trzema miesiącami, innych chorób nie przechodził; badanie narządów wewnętrznych nie wykazuje zmian chorobowych, badaniem skóry stwierdza się na brzuchu, z boków klatki piersiowej i grzbiecie poniżej łopatek obecność guzków wielkości ziarnka prosa, barwy żółtej, nieznacznie tylko wystających ponad poziom skóry, pokrytych na szczycie drobnymi łuszczkami, przytem niektóre z nich posiadają na szczycie drobne dołeczki, przez które przechodzi włos (*lichen scrophul.*). W okolicy kości krzyżowej głównie, a także na powierzchniach wyprostnych kończyn górnych i dolnych, znajdują się symetrycznie ułożone guzki sino-czerwone, niebolesne, na szczycie ich krostki o treści zielonej, ropiastej, niektóre guzki pokryte są strupkami; obok tych wykwitów guzkowych i guzkowo-krostkowych są jeszcze drobne blizny wielkości ziarnka prosa, w środku nieco zapadnięte, tu i owdzie rozsiane śród zmian guzkowych. Po usunięciu strupka pokrywającego guzki widać wrzodzik, drążący głęboko w skórę właściwą.

W przypadku tym, obok typowego liszaja zołzowego istnieje wysypka o cechach *folliclis*. Według obecnie panujących w dermatologii zapatrywań *lichen scrophulosorum* należy do chorób skórnych, których związek z gruźlicą ogólnie uznany został jako pewnik, o czem zresztą niżej we właściwem miejscu będzie mowa, jednoczesność zaś tych dwóch chorób daje pewne podstawy do przypuszczenia, że rozwinęły się one na tem samem tle, t. j. na tle gruźliczego zakażenia ustroju, zakażenia, znajdującego się w danej chwili w okresie utajonym. Przypadek ten nasuwa pewne uwagi, jeżeli porówna się go z przypadkiem Boecka *(l. c.)*, w którym również obok *lichen scrophulosorum* i *folliclis* nie można było wykazać nigdzie objawów gruźlicy, — badanie zaś w dwa lata później stwierdziło gruźlicę gruczołów na szyi. Boeck więc twierdzi, że już w chwili wystąpienia rzeczonych dwóch chorób skórnych chory pozostawał w okresie utajonym zakażenia gruźliczego. Przypuszczenie tego rodzaju, jak to już wyżej wspomniałem, może mieć ważne znaczenie zarówno dla rozpoznania gruźlicy w jej pierwszych początkach, jakoteż profilaktyki i terapii; tam bowiem, gdzie objawy chorobowe nie są tak wybitne, co zresztą we wczesnych okresach gruźlicy bardzo często się zdarza, obecność *folliclis* obok liszaja zołzowego, a także i bez niego, stanowić może cenną wskazówkę dla ustanowienia rozpoznania a także i leczenia. Wiadomo dalej, że u osobników, u których gruźlica do pewnego czasu pozostawała w okresie utajonym, częstokroć wybucha ona po ostrych chorobach zakaźnych, a fakt ten, odnośnie do będącego w mowie przypadku nabiera szczególnego znaczenia, jeżeli uwzględni się, że dziecko to przed trzema miesiącami przebyło właśnie płonicę. Niewinna ta napozór choroba

skórna zwraca uwagę naszą na daleko poważniejszą sprawę chorobową, to jest na sprawę zakażenia gruźliczego, którego w danej chwili z innych objawów odgadnąć w żaden sposób nie bylibyśmy w stanie.

Badania mikroskopowe według Boecka wykazały zupełną analogię między zmianami w *folliclis* a w *lupus erythematodes discoides* z tą różnicą, że w *folliclis* przychodzi często śród tkanki zapalnej do wytworzenia się ognisk martwiczych.

Punkt wyjścia zmian chorobowych stanowią naczynia krwionośne, a jeżeli cały proces chorobowyześrodkowuje się głównie dookoła torebek włosowych i gruczołów potnych, to jest to wynikiem tej okoliczności, że naczynia krwionośne najobficiej tam się znajdują, a zarówno Boeck jakoteż i Tenneson *(l. c.)* nie mogli przekonać się, aby ten lub inny narząd skóry specyalnie uległ zapaleniu; częstokroć w tym samym guzku zarówno torebka włosowa jak i gruczoł potny stanowią środek ogniska zapalnego. Niektóre guzki, usadowione głęboko w skórze, zostały wywołane przez naciek wzdłuż naczyń, oplatających gruczoł potny, co dało powód Dubrenilhowi i innym do nadania nazwy *hydrosadenite*.

Zmiany, jakim podlegają naczynia krwionośne, są następujące: 1) nadmierne rozszerzenie światła; 2) bujanie śródbłonków naczyniowych, które stają się większe i liczniejsze, podczas, gdy jądra ich bledną i nie barwią się tak łatwo zasadowymi barwikami anilinowymi. Bujanie komórek śródbłonka jest często tak znaczne, że światło naczynia ulega zaczopowaniu; 3) wzdłuż naczyń i zewnątrz nich ciągną się długie pasma zbitych mas komórkowych, obraz spostrzegany i w innych zapaleniach skóry, ale szczególnie wyraźny w wilku rumieniowym. Bardzo liczne t. zw. „komórki tuczne“ znajdują się zarówno pośród mas komórkowych, jak i w reszcie tkanki skóry uległej zapaleniu. Czem bliżej środka ogniska zapalnego, tem więcej leukocytów pośród innych komórek. Komórek olbrzymich ani prątków Kocha Boeck nie znajdował. Ogniska martwicze można było wykazać mikroskopem w tych nawet guzkach, które makroskopowo martwicy nie zdawały się ulegać.

Zmiany w warstwie naskórnej mają również podobieństwo do zmian w *lupus erythematodes discoides:* komórki sieci Malpiphiego w kierunku ku środkowi ogniska chorobowego stają się coraz większe, również jak i ich jądra, które barwią się coraz trudniej; w niektórych komórkach dookoła jądra tworzą się jamki (wakuole), w najniższych warstwach zaś widoczne bywają częstokroć mitozy; pomiędzy komórkami sieci Malpighiego liczne komórki wędrujące, a tam, gdzie proces zapalny bardzo jest nasilony, ilość komórek wędrujących jest tak znaczna, że granica między warstwą brodawkową skóry a naskórkiem zaciera się. Pokład ziarnkowy *(stratum granulosum)* grubszy, składa się z 2 i 3 warstw; w samym środku guzka ponad najbardziej wybitnemi zmianami w zakresie sieci śluzowej znika zupełnie pokład ziarnkowy, a równocześnie w grubej i szerokiej warstwie rogowej jądra zamiast zniknąć, jak to bywa w stanie fizyologicznym, są widoczne, proces więc zrogowacenia staje się atypowym.

Warstwa rogowa znacznie grubsza od prawidłowej; tam, gdzie zaburzenia odżywcze są bardzo znaczne, przychodzi do wytwarzania się jam w naskórku w ogólności, głównie zaś w zakresie warstwy rogowej; wreszcie na uwagę zasługuje nagromadzenie się w warstwie rogowej aż do najpowierzchowniejszych jej warstw obfitej ilości komórek wędrujących, co sprowadza owo znaczne zgrubienie tej warstwy skóry. To nagromadzenie zaś komórek wędrujących jest wynikiem rozpoczynającej się martwicy naskórka i częściowo także wywołanego przez to bujania paciorkowców. Taki jest obraz mikroskopowy *folliclis* według opisu Boecka, który pozwoliłem sobie przytoczyć tutaj w całości dla zrozumienia pojedynczych objawów klinicznych.

Jakże Boeck przedstawia sobie sposób działania toksyn gruźliczych na skórę i powstanie właściwych zmian anatomicznych?

Pierwszym objawem, dającym się zauważyć przy badaniu mikroskopowem, jest rozszerzenie naczyń krwionośnych, które Boeck uważa za skutek działania toksyu gruźliczych na ośrodki naczynio-ruchowe; w następstwie tego prąd krwi zostaje zwolniony, śródbłonki naczyniowe dostają się w odmienne warunki odżywcze, a krążące we krwi toksyny tem wybitniejszy wpływ wywrzeć są w stanie na komórki śródbłonkowe; ztąd biorą początek zmiany w zakresie śródbłonka, o których wyżej była mowa.

Zmienione ściany naczyniowe łatwiej przepuszczają toksyny, które, przedostając się do tkanek, wywołują zmiany odżywcze w tkankach, bujanie komórek dookoła naczyń a także i wśród tkanek wszędzie tam, gdzie się przedostają. W ten też sposób tłómaczy Boeck bujanie stałych komórek łącznotkankowych, a zarazem jasnem się staje, że przez zmienione ściany naczyniowe łatwo przychodzi do wywędrowania leukocytów. W następstwie skutkiem zagłady światła naczyń, oraz działania toksyn, przychodzi do martwicy tkanki, co jeszcze bardziej działa chemotaktycznie na leukocyty. Tak więc według tłómaczenia Boecka, zarówuo zmiany anatomiczne jakoteż i obraz kliniczny usprawiedliwiają nazwę *„toxidermitis“*. (Dokończenie nastąpi).

III. W sprawie szybkiego rozszerzania szyjki macicznej podczas porodu.

Na podstawie własnych doświadczeń.

Napisał
Dr. Jan Lachs w Krakowie.

(Ciąg dalszy.)

Tych następstw stosowania rozszerzadeł, niebezpiecznych dla matki, a przykrych dla lekarza, możemy uniknąć dzięki zastąpieniu ich balonami. Najpierwotniejszy balon, za pomocą którego możemy osiągnąć dosyć znaczne rozszerzenie, jest dobrze znany kolpeurynter Brauna. Przy zastosowaniu tego balonu, wprowadzonego do pochwy, osiągnął w r. 1861 Madurowicz, w klinice wiedeńskiej całkiem przypadkowo tak znaczne i szybkie rozszerzenie ujścia macicznego, że można było z łatwością przystąpić do rozwiązania rodzącej z łożyskiem przodującem. Przypadek ten, opisany przez St. Brauna, poszedł w zapomnienie, a jednak było to jedno z najwcześniejszych, prawda, że tylko przypadkowe, rozszerzenie ujścia zapomocą balonu od strony jamy macicy. Zachęcony tem powodzeniem, zastosował St. Braun kolpeurynter po raz drugi w r. 1888 w celu wzniecenia przedwcze-

snego porodu, również z dobrym skutkiem, jak i w pierwszym przypadku. Po zaznaczeniu tego faktu, o którym nie wspomina nawet Wertheim, broniący pod tym względem praw pierwszeństwa Schauty, nie będziemy się dalej wdawali w ocenę, w jakim porządku po sobie rozmaici autorowie zalecali rozmaite balony, lecz zastanowimy się nad głównymi ich rodzajami.

Wychodząc z zapatrywania, że oddzielenie dolnego bieguna jaja płodowego wystarcza zupełnie do wzniecenia lub do wzmożenia bólów porodowych i do przyspieszenia w ten sposób rozwarcia się ujścia, zalecił Tarnier balonik elastyczny *(dilatateur intrautérin)*, połączony z wężem kauczukowym, który, wprowadzony ponad ujście wewnętrzne szyjki, napełnia się wodą, a balonik, powiększając się w ten sposób, odkleja część jaja płodowego, znajdującą się w okolicy ujścia wewnętrznego. Ten pierwowzór zmieniali różni autorowie tak co do wielkości, jak i co do kształtu i materyału, z którego go wyrabiano. Pod tym względem rozróżniamy też balony kształtu gruszkowatego lub kulistego, mniejsze lub większe, elastyczne lub też bardzo nieznacznie tylko rozciągliwe.

Najbardziej popularnym przez długi czas był kolpeurynter śródmaciczny Barnesa. Był to balon elastyczny, na przekroju podłużnym kształtu ósemki, połączony z wężem elastycznym, którego używano w ten sposób, że górną część ósemki wprowadzano ponad ujście wewnętrzne, dolna zaś pozostawała poniżej ujścia zewnętrznego w pochwie, a część przewężona w szyjce. Balon ten, wypełniony wodą, rozszerzał szyjkę, a górną swoją częścią, znajdującą się w jamie macicy, wywoływał bóle porodowe. Jednak ta okoliczność, że znaczna jego część znajdowała się poza jamą macicy, przyczyniała się do łatwego jego wypierania bólami jeszcze nawet przed znaczniejszem rozszerzeniem szyjki. Temu wypieraniu nie było w stanie zapobiedz nawet wytamponowanie pochwy. Korzyści jednak, jakie obok tych słabych stron dawał balon Barnesa, były zanadto wpadające w oko, żeby od tego sposobu łatwo miano odstąpić.

Główną wadą tego balonu była, jak wspomnieliśmy, łatwość wypadania przy parciu. Dlatego radził Maurer postępować tak, jak to zrządził przypadek w klinice wiedeńskiej, mianowicie wprowadzać wprost kolpeurynter elastyczny ponad ujście wewnętrzne, a pozostawiwszy go tam, wypełnić *ad maximum* wodą i lekko pociągać, by wywoływać przez to częstsze bóle i rozszerzać tem szybciej szyjkę. Jakkolwiek balon ten nie posiadał wszystkich wad balonu Barnesa, to przecież w całości nie był od nich wolny. Z powodu swej elastyczności, jak to wyżej nadmieniliśmy, wypadał łatwo do pochwy podczas bólów lub pociągania, jeszcze przed całkowitem rozwarciem ujścia, a wypełniony *ad maximum* powiększał znacznie pojemność macicy, usuwał na bok część przodującą, nie pozwalając jej się wstawić i łatwo pękał. Ta ostatnia wada nie przedstawia więcej obecnie wielkiego niebezpieczeństwa, od czasu, jak zaprzestano wypełniać balony powietrzem, lecz i dzisiaj jeszcze potrzeba powtórnego wprowadzenia balonu nie może być obojętną, zwłaszcza, jeżeli powodem tego zabiegu są drgawki lub krwawienie z powodu łożyska przodującego i t. d. Usuwania części przodującej, znajdującej się nad wchodem, zwłaszcza, jeżeli nią jest główka, nie należy uważać zawsze za wadę metody. Jeżeli bowiem wskazaniem do zabiegu było niebezpieczeństwo grożące matce z powodu jakiejś wady organicznej, jak n. p. z powodu niewyrównanej wady serca, choroby nerek w późnym bardzo okresie, lub drgawek porodowych, albo wreszcie znacznej utraty krwi przy łożysku przodującem, tak, że nam zależy na jak najszybszem rozwiązaniu rodzącej, wtenczas odsunięcie główki na bok nie będzie dla nas wadą metody, gdyż w tych ciężkich przypadkach będziemy przecież uważali obrót na nóżkę za zabieg dla matki łagodniejszy, aniżeli rozwiązanie zapomocą kleszczy, zwłaszcza wysokich. Wypadanie balonu przed całkowitem rozwarciem ujścia jest ujemną stroną tego narzędzia, którą kolpeurynter podziela z balonem Barnesa; nie mniej wadą jest i ta okoliczność, że tak jeden jak i drugi z tych przyrządów jest trudny do odkażenia; zaletą zaś ich jest rzadkość naddarć szyjki, gdyż jako elastyczne dobrze się przystosowują, a nadto łatwe są do wprowadzenia.

Usterki balonów miękkich, elastycznych, miał usunąć balon, nie będący elastycznym, którego wzór podał Champetier de Ribes. W tym celu Champetier de Ribes zrobił balon kształtu gruszkowatego, o podstawie 10 cm szerokiej, którego ściany składają się z trzech warstw: wewnętrznej i zewnętrznej kauczukowej, a środkowej pomiędzy niemi jedwabnej. Te składowe części ścian balonu są dla niego najważniejszą cechą, gdyż przez nie staje się on nieelastycznym i sprowadza całkowite lub prawie całkowite rozwarcie ujścia macicznego. Sposób użycia tego balonu jest zupełnie identyczny z innymi. Zwinięty w rulonik wprowadza się szczypczykami ponad ujście wewnętrzne i wypełnia się wodą sterylizowaną lub płynem antyseptycznym. Napełniania tego dokonywa A. Müller zapomocą drugiego balonu o tej samej pojemności, z którym się pierwszy łączy za pośrednictwem odpowiedniego zamku. Naciskając balon drugi, przelewa się treść jego do balonu pierwszego, znajdującego się w jamie macicznej. Kto jednak chociażby tylko raz użył do napełniania balonu strzykawki, ten z pewnością drugi raz nie będzie posługiwać się balonem w tym celu. Prawda że do strzykawki trzeba kilka razy naciągać płynu; lecz i przy napełnianiu balonem wraca często płyn z balonu wewnętrznego napowrót do zewnętrznego, jeżeli się tylko na chwilę ucisk przerwie, a nadto siła potrzebna do wypełnienia balonem musi być bez porównania większą, aniżeli przy powolnem napełnianiu strzykawką. Tak napełniony balon wewnętrzny łączy się z ciężarkami, ważącymi $^1/_2$—2 kilogramów, które zastępują stałe pociąganie ręką operatora.

Co się tyczy pierwszeństwa twardego balonu przed elastycznym, to polega ono przedewszystkiem na znacznie łatwiejszem odkażeniu. Z tego bowiem powodu, że ściana jego nie jest jednolicie kauczukową, można go wygotować nawet kilka razy, a ponieważ nie jest zbyt drogim, wyrzucić po kilkorazowem użyciu. Wprowadzony do jamy macicy nie wypada tak łatwo, jak kolpeurynter lub balon Barnesa, a nie będąc elastycznym nie łatwo ulega przewężaniu i wyrwaniu podczas pociągania, jak to się zdarza z elastycznym. Ponieważ pojemność jego jest ograniczoną, przeto nie rozszerza się tak znacznie, jak kolpeurynter, a tem samem nie powiększa w takim stopniu zawartości jamy macicy; również nie pęka tak łatwo i częściej wywołuje całkowity zanik ujścia macicznego, a działaniem swojem jest najbardziej zbliżony do działania fizyologicznego główki przodującej. Wadą zaś jego jest to, że się znacznie

trudniej wprowadza i wymaga większego rozwarcia ujścia, będąc zaś twardym, łatwiej wywołuje naddarcia brzegów ujścia i podobnie jak balony elastyczne usuwa część przodującą płodu.

Co się tyczy trudniejszego wprowadzenia, to niektórzy zapobiegają temu w ten sposób, że przygotowują trzy balony rozmaitej średnicy i postępując przy rozszerzaniu stopniowo, począwszy od najmniejszego, dochodzą do największego, lub też rozszerzają poprzednio szyjkę lub ujście zapomocą rozszerzadeł, aż do pewnego stopnia. Co do tego ostatniego sposobu, to nie jesteśmy jego zwolennikami, jak wogóle używania wielkiej ilości narzędzi w przebiegu porodu. Wprawdzie i stopniowego wprowadzania balonów różnej średnicy nie możemy uważać za idealne; jeżeli jednak zważymy, jak często balony elastyczne wypadają przed dostatecznem, już nie mówię całkowitem, rozwarciem ujścia macicznego i jak często okazuje się potrzeba ponownego ich wprowadzania, to przyznać musimy, że to ponowne wprowadzanie ich nie jest lepszem od wprowadzania balonów rozmaitej średnicy, dokładnie odkażonych.

Naddarcia szyjki, wywołane użyciem balonu twardego, rzadko bywają głębsze, a myśmy nie spotkali się z niemi przy sześciu porodach, przy których tej metody użyliśmy. Jest to zresztą rzeczą całkiem naturalną. Balon nasz miał w średnicy 11 cm., a ponieważ działanie jego na szyjkę maciczną jest najbardziej zbliżone do fizyologicznego działania główki, przeto można powiedzieć o naddarciach, spowodowanych tym balonem, że byłyby one najprawdopodobniej spowodowane przez samą główkę płodu. Co się tyczy usuwania części przodującej płodu, to pod tym względem i działanie obu rodzajów balonów, elastycznego i nieelastycznego nie różni się. Nie uważając jednakowoż tego usuwania za wadę, a dając wśród odpowiednich warunków pierwszeństwo obrotowi na nóżkę przed założeniem kleszczy na nieustalonej główce, nie uważamy tego usuwania, jak to wyżej wyjaśniliśmy, za wadę metody wogóle.

Zalety tej metody są wprost wpadające w oko. O łatwości odkażenia już wspomnieliśmy wyżej: tu dodamy tylko, że ktoby nie chciał balonów niszczyć przez gotowanie, ten może sobie przysposobić dwa egzemplarze balonów i stale je przechowywać w roztworze antyseptycznym, a bezpośrednio przed użyciem jeszcze je w dodatku wymyć szczotką. Ten sposób nadaje się przedewszystkiem dla zakładów publicznych, które muszą każdej chwili być przygotowane do rozszerzania szyjki. Ta okoliczność, że balon ten nie wypada tak łatwo, jest wielkiej wagi, zwłaszcza tam, gdzie wskazaniem do jego wprowadzenia jest łożysko przodujące ze znaczniejszem krwawieniem lub bardzo nieznacznie rozwarte ujście maciczne, które stanowiło dosyć znaczną trudność dla pierwszego wprowadzenia balonu.

Obydwa rodzaje balonów mają pewne wspólne zalety. Wprowadzone do macicy, pobudzają ją do silnych skurczów, wstrzymują całkowity odpływ wody, jeśli pęcherz już pękł, a przez to ułatwiają dokonanie zabiegu; prócz tego przeszkadzają wypadaniu drobnych części, a odpowiednio użyte przy łożysku przodującem, zapobiegają krwawieniu. Już samo wprowadzenie balonu ponad ujście wewnętrzne, działając jako ciało obce, drażni macicę i wywołuje bóle, które się powiększają, jeżeli pociągamy balon zapomocą ciężarków przyczepionych do węża. Siła wywarta nie powinna przekraczać 2 klg., by nie wyrywać balonu. Działanie ciężarków za pośrednictwem węża na balon można zwiększyć lub zmniejszyć zależnie od materyału, z jakiego wąż został sporządzony. Jeżeli on jest bardzo rozciągliwy, to pod wpływem ciężarków wyciąga się, a na sam balon przenosi się zaledwie nieznaczna cząstka tej siły, jaką wywrzeć zamierzyliśmy. Inaczej rzecz się ma, jeżeli wąż, do którego przyczepiamy ciężarki, jest niepodatny, lub też tylko w bardzo nieznacznym stopniu podatny; tu przenosi się prawie cała siła wywarta także i na balon. Podczas gdy przy użyciu węża elastycznego nie możemy nigdy skontrolować stopnia wywartej siły, to w tym drugim razie jest ona nam zawsze dokładnie znaną. Ta własność balonów może być tam wyzyskaną, gdzie nam zależy na łagodnem i szybkiem rozwiązaniu rodzącej, jak n. p. w drgawkach porodowych. Na trzy przypadki drgawek wśród porodu osiągnęliśmy w ciągu $^3/_4$ godz. do 2 godz. raz całkowite rozwarcie ujścia u pierwiastki tak, że z łatwością po przebiciu pęcherza mogliśmy dokonać obrotu na nóżkę i ekstrakcyi płodu żywego, u dwóch wieloródek raz mogliśmy przy zupełnem rozwarciu ujścia, gdy się wstawiła główka po usunięciu balonu, założyć wysokie kleszcze z dobrym dla matki i dziecka skutkiem, a drugi raz dokonaliśmy przy niezupełnem rozwarciu ujścia, gdy się obok główki dała po przebiciu pęcherza wyczuć pępowina, obrotu i ekstrakcyi płodu, również z dobrym wynikiem. Naddarć nie zauważyliśmy w tych przypadkach nie tylko nieznacznych, ale wogóle żadnych. (Dok. nast.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Odporność i leczenie surowicą w durze brzusznym.

Podał

A. Huszcza.

(Dokończenie).

W r. 1896 podał Chantemesse w Towarzystwie biologicznem do wiadomości trzy przypadki duru, w których stosował surowicę koni, uodpornionych przeciw jadowi durowemu takiej siły, że 12-godzinna hodowla w ilości 0,01 sz. ctm. zabijała świnkę morską w 6 godzin. Siła ochronna surowicy była tak znaczna, że $^1/_5$ kropli, wstrzyknięta śwince morskiej na dobę przed zakażeniem, napewno zabezpieczała ją przeciw dawce śmiertelnej. Pierwsze dwa leczone przypadki były średnio ciężkie, trzeci zaś był nader ciężki, połączony z bredzeniem, które jednak ustało odrazu po pierwszem wstrzyknięciu. U wszystkich trzech chorych surowica stopniowo obniżała ciepłotę, choroba przybierała postać poronną, a w tydzień po rozpoczęciu leczenia gorączka spadała i następował powrót do zdrowia.

W dwa lata później na Zjeździe hygienicznym w Madrycie tenże badacz podał sposób otrzymania jadu durowego rozpuszczalnego („toxine typhoide soluble“) i rozmaite jego własności. Próby, dokonane przedtem w celu wydzielenia jadu durowego, nie były pomyślne: płynne hodowle okazywały się po odsączeniu bakteryi niejadowitemi, lub posiadającemi własność toksyczną w nader słabym stopniu, nie można więc było rachować na uodpornienie niemi dla otrzymania antytoksyny. A przecież antytoksyczna właśnie siła surowicy była nadzwyczaj ważną dla skutecznego jej działania, gdyż, jak wiadomo, prątek durowy szkodzi ustrojowi przeważnie swoim jadem. Mając to na względzie, Chantemesse już oddawna starał się uzyskać taki jad (toksynę) durowy, który mógłby służyć do uzyskiwania surowicy anty-

toksycznej. Ponieważ prątki durowe w zwykłych środowiskach nie wydzielają swego jadu do roztworu, autor więc spróbował je hodować najpierw w wyciągach ze śledziony i ze szpiku kostnego z dodaniem niewielkiej ilości odwłóknionej krwi ludzkiej. W tej mieszaninie prątki rozwijały się doskonale i wydzielały jad, który dochodził największej siły na 5—6 dzień i znikał około 12—15-go dnia. Potem autor przeszedł do używania wyciągu z peptonizowanej śledziony, na którym zasiewał nadzwyczaj jadowite prątki durowe, pochodzące z ciała zwierzęcego; pod mianem jadu rozpuszczalnego rozumie on przecedzoną płynną część takiej hodowli. Zapomocą rozmaitych środków chemicznych nie udało się wydzielić z płynu jadu w zupełności, lecz osad, utworzony przez dodanie chlorku wapnia, zawierał w sobie znaczną część jadu. Z czynników fizycznych szkodliwy bardzo wpływ wywiera na ten jad światło i dostęp powietrza, a także ogrzewanie do 100°; przy 58 zaś stopniach jad zachowuje jeszcze swą siłę.

Ze zwierząt kura i gołąb okazały się wytrzymałemi na jad, inne zaś, jak żaba, mysz. morska świnka, królik, baran, pies i zwłaszcza koń podlegają działaniu jadu w mniejszym, lub większym stopniu Wstrzyknięcie, n. p. w jamę brzuszną lub pod skórę śwince morskiej pociąga za sobą spadek ciepłoty, niżej 35° i śmierć następuje szybko. Na oględzinach pośmiertnych widzimy silne zaczerwienienie otrzewnej i kiszek, tudzież przekrwienie wątroby, śledziony i nadnerczy. Doświadczenia na żabach i psach dowiodły szkodliwego wpływu jadu na ośrodki nerwowe.

Dla otrzymania surowicy antytoksycznej uodparniał Chantemesse konie w ciągu 2 i 3 lat, wstrzykując im jad (toksynę) co 1 lub 2 tygodnie. Odporność zdobywa się z wielką trudnością, ponieważ zwierzęta te są ogromnie wrażliwe na jad durowy i stan ich zdrowia wymaga często dużych przerw w uodparnianiu. Surowica, z którą autor wykonywał doświadczenia na zwierzętach, pochodziła z konia uodpornianego 2 lata przy użyciu ogółem przeszło 6 litrów jadu, wprowadzonego pod skórę i do żył. Posiadała ona, jak się okazało, własności ochronne i lecznicze tak względem durowego zakażenia, jak i zatrucia. Skutek leczniczy w durze doświadczalnym dawał się tem łatwiej osiągnąć, im rychlej po zakażeniu wprowadzono surowicę do ustroju; ale nawet w 4 i 5 godzin po intoksykacyi, która sprowadza zwykle śmierć w 20 godzin, można było uratować świnkę, wstrzyknąwszy jej $^{1}/_{4}$ ctm. surowicy.

Po tak pomyślnych doświadczeniach wstępnych przeszedł Chantemesse do leczenia surowicą chorych durowych, nie chcąc jednak na podstawie kilku przypadków sądzić o jej działaniu, ogłosił wyniki swych badań nie wcześniej, aż zebrał materyał pokaźny, składający się ze 100 chorych. W sprawozdaniu swojem, ogłoszonem dopiero w 1901 r. zaznacza autor przedewszystkiem, że śmiertelność z duru wynosiła w szpitalach paryskich w latach 1899 i 1900 u dorosłych 29%, u dzieci zaś 10% przeciętnie 18.5%, wówczas gdy z setki jego chorych umarło 6, mianowicie 3 z przedziurawienia kiszek z następowem zapaleniem otrzewnej, 1 ze zgorzeli w okolicy kości krzyżowej, 2 zaś zapewne wskutek leczenia zbyt spóźnionego, bo rozpoczętego dopiero w 21 i 25-tym dniu choroby. Wszyscy, którym wstrzyknięto surowicę przed 10-tym dniem, wyzdrowieli. Z krzywych ciepłoty i tętna widać, jak szybko po zastrzyknięciu następuje spadek ciepłoty i uderzeń tętna u osób młodych i tęgich. Dur niezbyt ciężki można przerwać w kilka dni. Przy leczeniu surowicą zdarzają się i nawroty, które w samym początku należy leczyć ponownem wstrzyknięciem surowicy. Wogóle pod wpływem surowicy zmniejsza się czas trwania duru, ogólny stan polepsza się, biegunka przechodzi w 3—4 dni, działalność nerek pobudza się, czasem aż do poliuryi, wreszcie we krwi pojawia się wyraźna hyperleukocytoza. Bezpośrednio po wstrzyknięciu następuje zwykle w lekkich przypadkach nieznaczny i krótkotrwały odczyn gorączkowy, poczem ciepłota spada niżej od pierwotnego poziomu. W cięższych przypadkach odczyn jest silniejszy i dłuższy; należy z nim walczyć energicznie zapomocą chłodnych kąpieli. Powikłania przy leczeniu surowicą zdarzają się rzadko Same wstrzykiwania podskórne nie są ani bolesne, ani rozdrażniające; stosuje się je w dawkach od 12 do 14 ctm.; jeśli potem w ciągu 10 dni gorączka nie ustąpi, należy wstrzyknąć znowu 5—10 ctm. Na ogół rzec można, że działanie surowicy jest tem wyraźniejsze, im wcześniej ją zastosowano. Dwaj chorzy, u których leczenie rozpoczęto w 6-tym i 7-mym dniu choroby, powrócili do zdrowia po trzech dniach leczenia. Oprócz surowicy ważnemi są dwa czynniki dla zapewnienia pomyślnego skutku: chłodne wanny i obfite odżywianie chorego.

W końcu Chantemesse nadmienia, że aby módz wyrokować o skuteczności surowicy, należy opierać się na statystyce kilku setek przypadków i porównać z pomocą równie obfitej statystyki wyniki stosowania surowicy obok kąpieli z wynikami leczenia tylko samemi kąpielami. Stosując tymczasem wanny, autor nie chciał pozbawiać chorych dobroczynnego wpływu tego tak powszechnie uznanego środka.

Na tem kończy się jak na teraz szereg mniej lub więcej udatnych prób seroterapii duru brzusznego. O próbach leczenia tej choroby zapomocą wstrzykiwań chorym osłabionych hodowli prątka Ebertha (E. Fränkel), lub też hodowli prątka ropy błękitnej (Rumpf) — mówić tu nie będę, gdyż nie w chodzi to w zakres niniejszego zarysu. Z tego też względu pominiemy obszerny dział szczepień ochronnych w durze, który został dość szczegółowo opracowany w tym roku przez Piewnickiego w „Russkiem archiwum patologii, klinicznej medycyny i bakteryologii“.

Przejdźmy natomiast do nader zajmującego zagadnienia o istocie tego wpływu na ustrój, jaki wywiera surowica swoista. Jak w nauce o odporności wogóle, tak i w tej jej gałęzi, panowała różnica poglądów już od samego początku jej istnienia. Tak tedy w 1892 r. Chantemesse i Vidal przyznawali tylko bakteryobójcze własności uzyskanej przez nich surowicy przeciwdurowej, kiedy w tym samym czasie Bitter uznawał ją za antytoksyczną, a Stern oświadczał się również za antytoksycznością krwi ozdrowieńców po durze. W rok potem Sanarelli w swej pracy o uodpornieniu zapomocą krętka *(vibrio)* Miecznikowa badał *in vitro* własności uzyskanej surowicy pod względem bakteryobójczym, osłabiającym bakterye i antytoksycznym. Okazało się, że taka surowica nie posiadała poza ustrojem zwierzęcym żadnej z tych trzech własności, zbawienne zaś działanie jej na ustrój należy tłómaczyć w ten sposób, że pobudza ona działalność komórek ciała i wywołuje gromadzenie się we krwi leukocytów, które pochłaniają i niszczą drobnoustroje. Wnioski te, wypływające z doświadczeń autora, były zgodne z fagocytarną teoryą Miecznikowa. Dalej w 1896 r. Pfeiffer i Kolle zajęli się zbadaniem surowicy ozdrowieńców po durze, tudzież kóz uodpornionych przeciwko durowi i przyznając tym surowicom swoiste własności bakteryobójcze, przypuszczali jednakże, że te własności istnieją w surowicy w postaci nieczynnej i dopiero wewnątrz ustroju przy pomocy jego odczynu przechodzą w stan czynny, działając wówczas niszcząco na bakterye. Wassermann również kładzie nacisk na czynną rolę ustroju w sprawie rozwijania przez surowicę własności bakteryobójczych lub antytoksycznych, powstawanie zaś w niej tych lub innych własności stawia w związku ze sposobem uodpornienia. Szeregiem doświadczeń z prątkiem ropy błękitnej dowiódł on, że uodporniając wyłącznie jadem tego prątka otrzymujemy w surowicy właściwości antytoksyczne i bakteryobójcze, uodporniając zaś zapomocą ciał bakteryi — możemy stwierdzić we krwi tylko własności bakteryobójcze bez antytoksycznych. W tymże czasie Gruber i Durham ogłaszają wyniki swych prac nad aglutynacyą, czyli zlepianiem się bakteryi, nadając temu zjawisku właściwe znaczenie i zastosowując je do rozpoznawania drobnoustrojów (cholery i duru). Według Grubera wielka zdolność aglutynacyi jest jedyną swoistą

właściwością uodporniającej surowicy i ma decydujące znaczenie w wywoływaniu odporności. Ta ostatnia zależy, według niego, od współdziałania dwóch czynników, którymi są: 1) aleksyny Buchnera, bakteryobójcze ciała, znajdujące się zawsze w sokach ustroju prawidłowego i 2) powstające przy czynnem uodpornieniu swoiste niweczniki (Antikörper), aglutyniny, czyli glabryficyny, które przez unieruchomienie, napęcznienie i zlepienie bakteryi — obniżają znacznie ich wytrzymałość na zabójczy wpływ aleksyn. W dwa lata później Trumpp, potwierdzając wnioski Grubera, z wymienionych własności aglutyninów przypisuje pierwszorzędne znaczenie w sprawie uodpornienia napęcznieniu i prawdopodobnemu rozmiękczeniu powłoki ciał drobnoustrojów. Pewne podobieństwa z teoryą Grubera mają poglądy J. Bordeta, który również w swoistej surowicy odróżnia dwa ciała — nieswoistą bakteryobójczą substancyę, znajdującą się prawidłowo u zwierząt w leukocytach (aleksyny) i ulegającą zniszczeniu już przy 56° C., oraz substancyę swoistą („substance préventive specifique"), która na mocy dodatniej chemotaksis przechodzi do leukocytów i łączy się tam z substancyą bakteryobójczą, wywierając wówczas wspólnie z nią niszczący wpływ na bakterye. Tę swoistą substancyę, wytrzymującą ogrzewanie do 56° i wyżej i powstającą w surowicy zwierząt uodpornionych, nazwał Bordet w późniejszych swych pracach „substance sensibilitatrice", nadając jej znaczenie czynnika, usposabiającego drobnoustroje do pochłonięcia niszczącej je aleksyny. Jak widzimy, badacz ten przypisuje ważne znaczenie sokom ustroju w walce z zarazkami; rola ich jednak według niego jest drugorzędną, pomocniczą tylko, punkt ciężkości leży zaś w fagocytarnych własnościach ustroju. „Odporność tedy bierną", powiada on, „należy objaśniać, przynajmniej w części, biernem powiększeniem się bakteryobójczej własności fagocytów". Również gorący wyznawca teoryi Miecznikowa Deutsch, mówiąc o własnościach surowic uodporniających, przypisuje im aglutynujące działanie z jednej strony i uczulające (sensibilizujące) na aleksyny — z drugiej; zastanawiając się zaś nad sposobem działania swoistych surowic, wypowiada on myśl, że taka surowica zawiera w sobie ciała, które wiążą i zobojętniają wytwory bakteryi, działające ujemnie chemotaktycznie. Należy też wspomnieć o poglądach Wassermanna, wypowiedzianych niedawno w tym przedmiocie. Starając się wyjaśnić przyczynę małej skuteczności bakteryobójczych surowic, dochodzi autor do wniosku, że wszystkim tym surowicom brak dostatecznej ilości aleksyny. Wszak podczas okresu uodpornienia w surowicy zwierzęcia nagromadza się jeno ciało uczulające, „substance sensibilitatrice" (Bordet), czy też „Immunkörper" (Ehrlich), podczas gdy ilość aleksyny (cytazy) nie zmienia się. Oczywiście więc, że dopiero po dodaniu aleksyn, a raczej normalnej surowicy, w której się one znajdują, możemy otrzymać surowicę leczniczą, działającą skutecznie. Takie wnioski nasuwała teorya, lecz doświadczenia wykazały, że nie każda surowica prawidłowa nadaje się do tego celu i że w każdym przypadku należy dobrać odpowiednią aleksynę. Wassermann przyznaje, że wybór tej ostatniej, to zadanie niełatwe, lecz za to może mieć ogromne znaczenie dla bakteryologii stosowanej. Oto pobieżny przegląd teoryi, wyjaśniających w ten lub inny sposób ochronny wpływ swoistych surowic na zagrożony ustrój. Wszystkie one wskazują na istnienie w tych surowicach pewnych swoistych niweczników, ciał zgubnie działających na bakterye i jady.

Należało tedy przypuszczać, że te niweczniki („Antikörper", „Schutzstoffe", „anticorps", „corps préventifs") wytwarzane są przez pewne narządy, lub tkanki ustroju zwierzęcego podczas okresu uodpornienia. Zagadnienie to po raz pierwszy znalazło wyjaśnienie ze strony Ehrlicha w jego teoryi łańcuchów bocznych (Seitenkettenimmunität), wedle której niweczniki surowicy są składowemi częściami pewnych komórek, odznaczających się szczególnem usposobieniem do łączenia się z wprowadzonym jadem. Otóż te „jadonośne łańcuchy boczne („toxophore Seitenketten"), powstając podczas uodpornienia, przechodzą z narządów do krwi i tworzą t. zw. niweczniki. Hypotezę Ehrlicha potwierdził Wassermann, który w swoich doświadczeniach, dokonanych wspólnie z Takaki, wykazał, że u zwierząt w kilka dni po wstrzyknięciu prątków durowych, żywych lub martwych, zjawiają się ciała ochronne „Schutzstoffe" w szpiku kostnym, oraz śledzionie, gruczołach chłonnych i grasicy. Inne zaś narządy nie posiadały działania uodporniającego. Do takich samych wniosków doszli Pfeiffer i Marx w swoich badaniach nad miejscem powstawania ochronnych ciał w cholerze („Choleraschutzstoffe"), a porównywając śledzionę z surowicą, dowiedli, że w dwa dni po wstrzyknięciu przecinkowca można już znaleźć w śledzionie znaczną ilość niweczników, kiedy jeszcze we krwi niema ich ani śladu. M. Wassermann ze swych badań nad uodpornieniem przeciw dwoince zapalenia płuc *(pneumococcus)* wnosi, że miejscem wytwarzania się swoistych niweczników („Pneumokokkenschutzstoffe") jest szpik kostny, a miejscem ich przechowywania śledziona i grasica.

Wanters, badając bakteryobójcze własności różnych narządów i tkanek zwierząt prawidłowych, znalazł najwięcej substancyj bakteryobójczych w szpiku kostnym, natomiast Deutsch utrzymuje, że narządy prawidłowych zwierząt, nawet w dawce 1.0 grm. nie wywierają żadnego ochronnego lub aglutynacyjnego działania względem prątka durowego. Dalej, badając powstawanie niweczników durowych u zwierząt uodpornionych, badacz ten doszedł do przekonania, że szpik kostny i śledziona należą do tych narządów, w których tworzą się niweczniki; chcąc zaś wyświetlić rolę śledziony w tej sprawie, wycinał ją zwierzętom na 4—5-ty dzień uodpornienia, t. j. w czasie, kiedy w surowicy zjawiają się przeciwdurowe własności. Doświadczenia te wykazały, że takie wycięcie śledziony wywołuje w pewnej części przypadków zmniejszenie się ochronnych własności surowicy, co dowodzi, że na 5-ty dzień część wytworów, stwarzających odporność („substances immunogènes ou antigènes") już usadawia się w śledzionie. Wogóle jednak Deutsch wyraża zdanie, że niema wytwarzających narządów, lecz są jeno miejsca wytwarzania się niweczników, które prawdopodobnie powstają w leukocytach, emigrujących z miejsca zakażenia do krwi i narządów limfatycznych. Ciekawe też są badania tego autora nad związkiem pomiędzy niwecznikami i aglutyninami. Te ostatnie, według Deutscha, podobnie jak niweczniki, zjawiają się we krwi na 3—4-ty dzień, wzrastają do 10—13-go dnia i następnie ilość ich stopniowo się zmniejsza. Z podobieństwa tego wszakże nie należy wnosić o tożsamości tych dwóch ciał, gdyż surowica może posiadać słabe własności aglutynujące i zarazem zawierać znaczną ilość niweczników. Zdanie to potwierdzili i inni autorowie; z nich wspomnę Goldberga, który we wnioskach ze swych badań mówi między innemi, że między bakteryobójczą i aglutynującą własnością krwi niema żadnego związku, dalej zaś, że aglutynacyjne własności krwi nie zawsze odpowiadają stopniowi odporności zwierzęcia. Cały ten nowy kierunek nauki o odporności wywołał już znaczną ilość prac, dążących do wyświetlenia tej sprawy i naukowego jej uzasadnienia; dał też on pewne wyniki praktyczne w swoistej organoterapii, czyli stosowaniu u ludzi w celach leczniczych wyciągów z narządów zwierząt uodpornionych. Jednym z pierwszych badaczy na tem polu był Jeż, który ogłosił cały szereg prac w tym przedmiocie. Jeszcze w 1897 r. pracował on nad wyciągami z rozmaitych narządów zwierząt prawidłowych, badając ich lecznicze działanie na zakażonych królikach, otrzymał jednak wyniki ujemne. Wtedy przeszedł Jeż do badania własności rozmaitych narządów, wziętych z królika po wstrzyknięciu mu poprzednio żywych prątków duru brzusznego. Narządami, w których wytwarzały się wówczas substancye, zabezpieczające inne zwierzęta przed zakażeniem durowem, okazały się: grasica, śledziona, szpik kostny, mózg i rdzeń.

kręgowy. Autor zaczął więc poddawać króliki dłuższemu uodpornieniu zapomocą powtarzających się wstrzykiwań hodowli durowych do jamy brzusznej i zabijał je dopiero po osiągnięciu wysokiego stopnia odporności. Następnie wyliczone narządy takich zwierząt rozcierał na miazgę z roztworem soli kuchennej, do którego dodawał wyskoku, gliceryny i niewielkiej ilości kwasu karbolowego, w późniejszych zaś badaniach dodawano jeszcze do tego pepsyny. Otrzymywano w ten sposób przeźroczysty, cokolwiek czerwonawy płyn, nazwany wyciągiem przeciwdurowym (Antityphusextract), który nie dawał odczynu Widala i nie wstrzymywał rozwoju prątków durowych, lecz „posiadał własności w wysokim stopniu zobojętniające jad durowy.

Wyciąg ten stosowano na chorych z początku podskórnie, a potem wewnętrznie, gdyż ostatni sposób okazał się dogodniejszym, wywierającym szybsze działanie. Chorzy zażywali go łyżeczkami od kawy, lub łyżkami stołowemi co dwie godziny, a po spadku ciepłoty po trzy łyżki od kawy dziennie. Ogólna ilość wyciągu, przypadającego na jednego chorego, wynosiła średnio 300—400 gramów. W 18 leczonych przez autora przypadkach duru wynik miał być nader pomyślny. Pod wpływem wyciągu krzywa ciepłoty traci zupełnie swój znamienny przebieg. Gorączka ciągła (febris continua) od samego początku leczenia staje się zwalniającą i w krótkim czasie zupełnie ustępuje, przy przerwie zaś w leczeniu znów występuje na nowo gorączka ciągła. Odpowiednio do ciepłoty zmienia się krzywa tętna, a drobne, przyspieszone i dwubitne tętno staje się zazwyczaj silnem, pełnem i rytmicznem. Prócz tego zawsze można było spostrzegać wyraźne polepszenie samopoczucia, znikał stan odrętwienia, senność i bredzenie. Biegunka ustępowała, a ilość moczu z dnia na dzień się zwiększała. Jakiegobądź ubocznego działania tego środka w żadnym przypadku nie zauważono. W końcu zaznacza Jeż, że obok wyciągu winny być ściśle przestrzegane wszystkie warunki hygieniczno-dyetetyczne.

Przytoczony sposób leczenia stósował prof. Eichhorst w 12-tu przypadkach duru, wyjątkowo ciężkich, i ani jeden z chorych nie umarł. U jednego z nich ciepłota spadła do poziomu prawidłowego po 7-miu dniach stosowania wyciągu przeciwdurowego (Jeża), u reszty zaś spadała przez 4—5 dni, pozostając nadal już wciąż prawidłową. W dwóch wypadkach były krótkie powroty choroby, które również skutecznie leczono wyciągiem. „Niestety", powiada Eichhorst, „leczenie to nie jest taniem, gdyż zwykle jeden chory zużywa za 40—50 marek wyciągu". Ciekawem jest, że jednocześnie niemal autor ten próbował leczyć swoich chorych surowicą przeciwdurową końską, przygotowaną w berneńskim zakładzie i wydaje jej zgoła nie zachęcające świadectwo, twierdząc, że oprócz przejściowego podniesienia się ciepłoty nie wywoływała żadnych zmian w samopoczuciu, ani w przedmiotowym stanie chorych.

W roku ubiegłym Jeż wspólnie z Kluk-Kluczyckim zamieścił znów wzmiankę o stosowaniu wyciągu przeciwdurowego na całym szeregu chorych. Wyniki tych badań są również pomyślne, jak poprzednie, i sprowadzają się do następujących wniosków: Wyciąg przeciwdurowy Jeża działa swoiście i korzystnie tylko w durze brzusznym; nawet w dużych dawkach jest środkiem zupełnie nieszkodliwym; w rozpoznaniu różniczkowem jest środkiem pomocniczym, a nawet rozstrzygającym. Prócz tego zaznaczają autorowie, że najskuteczniejsze i najsilniejsze wyciągi otrzymywano ze zwierząt, zabitych w 2, lub 3 dni po wprowadzeniu jadu, — co, mówiąc nawiasem, niezupełnie zgadza się z wynikami prac innych badaczy (Deutsch).

Nieco później w tymże roku znajdujemy artykuł Dra Pometta, który zastrzega się wprawdzie, że mała ilość spostrzeganych przypadków duru nie pozwala mu wydać ostatecznego sądu o podawanym przezeń wyciągu Jeża, zawsze jednak można było zauważyć, że działa on nader skutecznie, obniżając ciepłotę ciała i wzmacniając tętno. Na zakończenie dodam dla zajmujących się tą sprawą, że wyciąg Jeża wytwarzają obecnie w dużych ilościach w berneńskim „Serum- und Impfinstitut", zkąd wedle słów autora, znajduje znaczny odbyt*).

Tak się przedstawiają w głównych zarysach postępy, osiągnięte dotychczas na drodze stosowania w durze brzusznym surowicy, jakoteż wyciągu z narządów zwierząt uodpornionych. Oceniając je, trzeba przyznać, że pozostawiają one jeszcze wiele do życzenia tak pod względem teoretycznego opracowania stron mało dotąd wyjaśnionych, jak też co do zdobytych korzyści praktycznych, — i trudno przewidzieć, która z tych dwóch gałęzi swoistego leczenia duru: seroterapia czy organoterapia wyda lepsze wyniki w przyszłości.

Piśmiennictwo. Ali-Cohen: Baumgarten's Jahresbericht 1897 r. referat. Baumgarten: Ibidem, 1886 r Beumer u Peiper. Bakteriolog. Studien über d ätiolog. Bedeutung der Typhusbacillen Zeitschrift f Hyg. u. Inf. T. I i II. Ciż: Ueber d. immunisirende u. heilende Wirkung antitoxischen Hammelserums geg. d Typhusgift. Zeitschrift f. klin. Medicin 1895 r T. XXVIII Bitter: Ueber Festigung v. Versuchsthieren geg. die Toxine der Typhusbacillen. Zeitschrift für Hyg u. Infek. T. XII 1892 Blackstein: Baumgarten's Jahresbericht 1891 r. refer. Bordet J.: Sur le mode d'action des sérum préventifs. Annales de l'inst Pasteur 1896 r T. X. Börger: Zur Behandlung des Typhus abdom. mit antitox. Hammelserum. Centralblatt f. Bakteriologie 1896 r. T. XIX. autoreferat. Brouardel et Thoinot: Tyfus brzuszny (w ros tłum.) 1898 r. Brieger, Kitasato u Wassermann. Ueber Immunität und Giftfestigung Zeit. f. Hyg. u. Inf 1892 T. XII. Chantemesse: 1) Comptes rendues de Soc. de biologie 1896. 2) Toxine typhoide soluble et sérum antitox de la fièvre typh Le progrès medical 1899 r 3) Sérotherapie de la fièvre typh. La Semaine med. 1901 r. Nr. 47. Chantemese et Vidal: De l'immunité contre le virus de la fièvre typh. Annales de l'inst. Past. 1888 r. Ciż: 1) Étude experim. sur l'exaltation, l'immunisation et la thérapeut. de l'inf. typh. Annales de l'inst P. 1892 r. VII 2) La Semaine med. 1893 r. Cygnaeus: Baumg Jahresbericht 1890 r. ref. Deutsch L.: 1) Contribution á l'étude de l'origine des anticorps typh. Annales de l'inst. Past. 1899 r. 2) Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der bakter. Immunität. Wiener med. Presse 1899 r 3) Zur Frage der Agglutininbildung. Centralbl. f Bakt 1900. T. XXVIII. Eichhorst prof : Ueber die Diät bei Abdominaltyphus. Therapeut Monatshefte 1900 r Nr 10. Fränkel A.: Baumgarten's Jahresb. 1887 ref. Fränkel E.: Ueber specif. Behandlung des Abdominaltyphus Deutsche med. Wochenschrift 1893 r Fränkel E. u Simmonds: Baumgart. Jahresber. 1886 r. ref. Fränkel F. Ibidem. Funck — przytoczony według Landouzy. Gaffky: Zur Aetiologie des Abdom. Typhus. Mittheilungen aus d. kaiserlich. Gesundheitsamte 1884 r. T. Goldberg S.: Къ вопросу о судьбѣ бактерій въ организмѣ животныхъ. Dyssertacya 1900 r. Petersburg. Gruber: Ueber active u pass. Immunisirung geg Cholera und Typhus. Wiener klin Wochenschrift 1896 r. Hammerschlag: przytoczony według Brouardel et Thoinet. Jeż P.: 1) Der Abdominaltyphus 1897. Wien. 2) Ueber die antitox. u. therapeut Wirkung des menschlich. Blutes nach überstand Abdominaltyphus. Wien med. Woch. 1898. 3) Ueber Typhusbehandlung mit einem Antityphusextract Wiener med. Wochenschrift 1899. Jeż i Kluk-Kluczycki: Zur Therapie des Abdom Typhus mit einem Antityphusextract. Wiener klin. Woch. 1901 r. Kitcher: Baumgart Jahresbericht 1887 r. ref. Klemperer F. Ueber natürl. Immunität u. ihre Verwerthung f. die Immunisirungstherapien. Archiv f exper. Pathol. u. Pharm. 1893. T 31 Klemperer u. Levy: Ueber Typhusheilserum. Berlin. klin. Woch. 1895 r. Landouzy: Seroterapia (w ros tłum. 1900 r.) Lepidi-Chioti u de-Blasi: Baumg. Jahresbericht 1887 r. ref. Löffler u. Abel: Ueber die specif. Eigenschaften der Schutzkörper im Blute Typhus u. Coliimmuner Thiere. Centralbl f Bakt. T. XIX. Metschnikoff E.: Immunität. Jena 1897 Murchison: — przytoczony według Jeża (Abdominaltyphus). Petruschky: Baumg Jahresb. 1892 r. ref. Pfeiffer u Kolle: Ueber die specif. Immunitätsreaction der Typhusbacillen. Zeitschrift f Hyg. u. Inf. 1896. T. XXI. Pfeiffer u. Marx: Die Bildungsstätte der Choleraschutzstoffe. Zeitschrift für Hyg. u. Inf. 1898. T. XXVII. Piewnickij: Современное состояніе вопроса о предложен. прививкахъ противъ др тифа Rus. archiwum patologii, klin. medycyny i bakter. 1901 r. T. XI. zesz. 4. Pollak Gottlieb: Ueber die Behandlung des Typhus abdom. mit Blutserum der Typhusreconvalescenten. Zeitschr. f Heilkunde 1896. T. XVII. Pometta: Zur Behandlung des Abdom. Typhus mit d. Antityphusextract von Jeż. Wien. med. Woch. 1901 r. Nr. 28. Rumpf: — przytoczony według Landouzy. Sanarelli J.: Études sur la fièvre typh experim Annales de l'inst. P. 1892. T. VI Sanarelli J.: 1) Moyens de défense de l'organisme contre les microbes. Annales de l'inst. Past. 1893 T. VII Sanarelli J.: 2) Études sur la fièvre typh. exp. Annales de l'inst. P. 1894. T. VIII. Seitz: Baumgarten's Jahresbericht 1886 ref. Semmer: Ibidem 1888 r. ref. Sirotini: Die Uebertragung von Typhusbacillen auf Versuchsthiere. Zeitschrift f. Hyg. u. Inf. 1886. T. I. Stern: Ueber Immunität geg. Abdo-

*) Nie brakło jednak i głosów. odmawiających wyciągowi Jeża donioślejszego znaczenia. *(Przypisek Redakcyi).*

minaltyphus. Deutsche med. Woch. 1892 r. 2) Ueber die Wirkung des menschlichen Blutserums auf die Typhusinfection. Zeitschrift f. Hyg. und Inf. 1894. T. XVI. Trumpp J.: Das Phänomen der Agglutination und seine Beziehungen zur Immunität. Archiv f. Hygiene 1898. T. 33. Wassermann A.: 1) Experim. Untersuchungen über einige theoret. Punkte der Immunitätslehre. Zeitschr. f. Hyg. und Inf. 1896. T. XXII. 2) Ueber eine neue Art von künstlicher Immunität. Berliner klin. Wochenschrift 1898. 3) Weitere Mittheilungen über „Seitenkettenimmunität" Ibidem. 4) Nowe badania nad seroterapią. Refer. w. „Больн. газ. Боткина" 1900 r. 5) Wassermann u Takaki: Ueber tetanustox Eigenschaften des normalen Centralnervensystems. Berlin. klin. Woch. 1898. Wassermann M.: Pneumokokkenschutzstoffe. Deut. med. Woch. 1899. Wanters G.: Sur la répartition des substances bactericides dans les organes. Archives de med. exper. d'anat. path. 1898. T. X. Vestea di Baumgarten's Jahresbericht 1886 ref.

V. Wyciągi.

Baisch. **O niebezpieczeństwie podskórnych wstrzykiwań płynu Tavela (rozczynu soli kuchennej z węglanem sodowym).** (*Deutsche med. Wochs.* 1902, Nr. 35 i 36). W r. 1892 polecił Tavel rozczyn soli kuchennej 7·50 z wyprażonym węglanem sodowym 2·50 na 1000,00 wody, jako płyn do odkażania i przepłókiwania w chirurgii. Wartość jego ma polegać na wzmocnieniu alkaliczności krwi, która rzekomo działa zabójczo na różne drobnoustroje. Później zalecał Tavel ten płyn do podskórnych wstrzykiwań, mających powstrzymywać rozwój istniejącego już w ustroju zakażenia, zwłaszcza, że rozczyn ten nie miał wywierać ujemnego wpływu na tkankę zwierzęcą, a natomiast przyczyniać się silnie do wytwarzania się białych ciałek krwi. Pragnąłby zatem T. widzieć zastosowanie swego płynu w odkażaniu opatrunków, materyału do szycia, narzędzi, z dodatkiem lysolu lub kwasu karbolowego i do spłókiwania ran operacyjnych, szczególnie przy laparotomii, gdzie rozczyn ten ma zapobiegać zrastaniu się narządów brzusznych. Na gorące polecenie T. używano jego rozczynu przez dłuższy czas w tybingskiej klinice gin. do podskórnych wstrzykiwań po znacznej utracie krwi, czy to wśród porodu, czy też zabiegów operacyjnych. Tymczasem doświadczenia skończyły się smutno, bo aż śmiercią w jednym przypadku wskutek zaczopowania żył skrzepami z następowem ogólnem zakażeniem i zmusiły do porzucenia tego rozczynu, a pozostania przy wypróbowanym fizyologicznym roztworze soli kuchennej. Po wielu próbach doświadczalnych i kontrolnych na zwierzętach różnego gatunku i różnej wagi, którym Baisch wstrzykiwał to jeden, to drugi z tych rozczynów, po ścisłej a żmudnej obserwacyi, przyszedł do przekonania, że w działaniu ich zachodzą bardzo wybitne różnice, albowiem rozczyn fizyologiczny jest jak zawsze dzielnym środkiem, podczas gdy płyn Tavela, wstrzyknięty podskórnie, wywołuje znaczne zniszczenia. Zrazu powstaje obrzęk zajętego miejsca, potem zgorzel skóry na wielkiej przestrzeni, ropny rozpad — wśród bólów i małej skłonności do gojenia, które niekiedy trwa kilka miesięcy, a kończy się ostatecznie szerokiemi bliznami i przykurczeniami. Wreszcie zdarza się i śmierć, jak to miało miejsce w przytoczonym powyżej przypadku. *Grzybowski.*

Krönig. **Obustronne podwiązanie tętnicy biodrowej wewnętrznej i jajnikowej w celu łagodzącego leczenia raka macicy.** (*Centr. f. Gyn.* 1902, zesz. 41). W przypadkach raka macicy, nie nadającego się do operowania, wyłyżeczkowanie lub przypalenie mas rakowatych w celu powstrzymania krwotoków, lub ograniczenia gnilnego rozpadu nie zawsze odnosi skutek, a nieraz jest niebezpiecznem z powodu bliskiego sąsiedztwa pęcherza moczowego, odbytnicy i jamy otrzewnowej, dokąd łyżeczka łatwo wpaść może przez otwór zrobiony niepostrzeżenie w kruchej ścianie. W tych rozpaczliwych przypadkach zaleca Kr. obustronne podwiązanie tętnicy biodrowej wewnętrznej i jajnikowej. Pierwszą z nich podwiązuje jedwabiem tuż po odejściu jej od tętnicy biodrowej wspólnej, a jajnikową przed wstąpieniem jej do więzadła szerokiego. Dodatkowo podwiązuje Kr. tętnicę więzadła okrągłego, by zapobiedz utworzeniu się bocznego krążenia z tętnicy biodrowej zewnętrznej przez tętnicę nasienną wewnętrzną. Otwór w powłokach brzusznych ma być mały, nadaje się do tego poprzeczne przecięcie powięzi podług Pfannenstiela, nie tuż nad spojeniem łon., lecz w pewnej odległości między niem, a pępkiem. Cięcie w powięzi zaszywa się potem jedwabiem. Po 8—9 dniach chora może już wstawać. W przypadkach stosownych zaleca Kr. spróbować jeszcze dodatkowo wyskrobania tkanki rakowatej; dotychczas tego nie czynił, gdyż chciał przekonać się o wartości samego podwiązania tętnic. Gorąco poleca uskuteczniać podwiązanie wspomnianych tętnic w przypadkach raka macicy, operowanego drogą brzuszną, gdzie po otwarciu powłok przekonujemy się, że rozrost nowotworu jest za daleko posunięty i nie nadaje się do wycięcia doszczętnego. *Grzybowski.*

O. Kaiser. **Przyczynek do szybkiego rozwarcia ujścia macicznego sposobem Bossiego.** (*Centr. für Gynäkol.* 1902, Nr. 41). W miejsce nierozkładalnego i z czterech ramion złożonego przyrządu Bossiego poleca autor zmodyfikowany przez siebie przyrząd do rozszerzania ujścia macicznego. Zalety jego mają polegać na tem, że posiada 8 ramion (zamiast 4), które można rozłożyć w celach odkażenia i dokładnego oczyszczenia. Zapomocą korbki wykonuje się co minutę pół obrotu tak, iż w przeciągu 25 minut rozwiera się ujście maciczne w obwodzie na 34 ctm. Po dziesięciu pół obrotach należy nałożyć na końce ramion czapeczki Bossiego. Rozwarte tak ujście ma kształt ośmioboku, zbliża się więc postacią swą bardziej do koła, przez co ramiona przyrządu nie wrzynają się tak mocno w tkankę i nie narażają szyjki macicznej na znaczniejsze rozdarcia. Przyrząd ten znajduje zastosowanie w drgawkach porodowych, gdzie chodzi o szybkie rozwarcie ujścia dla ukończenia porodu. *Grzybowski.*

Bezold. **O leczeniu ostrego zapalenia ucha środkowego.** (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde* Tom 41, 1902). Odróżniamy dwie postacie ostrego zapalenia ucha środkowego: zwyczajne i ropne. Ściśle biorąc, te dwa rodzaje zapalenia nie dadzą się odgraniczyć od siebie, trzeba je raczej uważać za dwa stopnie jednej i tejsamej sprawy chorobowej. Zwykle mówimy o ciężkiej postaci wtedy, jeżeli wydzielina jest obfita; wtedy rychło przychodzi do samoistnego przebicia na zewnątrz, jeżeli ucho środkowe nie zostanie opróżnione przez nacięcie bębenka.

Czas trwania ostrego zapalenia ucha środkowego przy zupełnie prawidłowym przebiegu jest nadzwyczaj rozmaity: zapalenie może trwać parę dni i przeszło nawet rok; nawet w tym ostatnim razie słuch może wrócić do stanu prawidłowego. W tych przypadkach, gdzie zapalenie pomimo leczenia przeciąga się ponad 2 miesiące, B. przyjmuje zajęcie komórek wyrostka sutkowego. W tych przypadkach istnieje dla B. wskazanie do trepanacyi wyrostka, choćby ze strony wyrostka nie było zresztą żadnych objawów. W tych przypadkach, gdzie w uchu środkowem nagromadziła się większa ilość wydzieliny, B. jest za jak najszybszem nacięciem bębenka. Co do przedmuchiwania ucha w przebiegu zapalenia, to uważa B. obawy, wypowiadane przez rozmaitych autorów, za niesłuszne. Przedmuchiwanie ucha czy to przez cewnik, czy sposobem Politzera, uważa B. za zabieg, który nie da się niczem zastąpić i który B. stosuje we wszystkich okresach zapalenia. W przypadkach, gdzie w nosie lub w jamie nosowo-gardłowej istnieje zapalenie, robi B. przedmuchiwanie przez przewód zewnętrzny. B. podnosi dobre wyniki, jakie otrzymał przy stosowaniu kwasu borowego w proszku do zasypywania i w płynie do wystrzykiwania ucha. W końcu zwraca się przeciwko przepłókiwaniu ucha przez cewnik i przeciwko używaniu tamponowania przewodu usznego gazą w przebiegu ostrego zapalenia ucha srodkowego. B. dziwi się, że przepłókiwanie przez cewnik figuruje jeszcze w podręcznikach jako zabieg, polecony przy zapaleniu ucha środkowego, choć szkodliwość jego nie ulega najmniejszej wątpliwości. B. przepłókiwania nie stosował ani razu. *Dr. Teofil Zalewski.*

Knapp. **Przypadek autofonii.** (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde*, Tom 41, 1902). K. opisuje napad autofonii, jaki sam przebył przy ostrem zapaleniu gardła. Przy oddychaniu powietrze wchodziło bez żadnej przeszkody do jamy bębenkowej, wywołując niemiłe uczucie. Mowa własna, jakoteż i cudza, wydawała mu się głośniejsze. Początkowo objawy autofonii występowały tylko w jednem uchu, później w obydwóch. Rano dolegliwości były mniejsze; w ciągu dnia, a szczególnie wieczorem, stawały się dokuczliwemi. W pozycyi poziomej objawy autofonii znikały zupełnie taksamo, jeżeli K. nachylił się silnie ku przodowi. Objawy znikały też, jeżeli K. przy zamkniętym nosie i zamkniętych ustach wciągał powietrze (ujemny Valsalva). K. dodaje, że przedtem z powodu długotrwałej biegunki znacznie schudł. Powstanie autofonii objaśnia sobie w ten sposób, że trąbki Eustachiusza nie zamykały się z powodu wychudnięcia i utraty elastyczności przez zapalenie gardła, które przeszło na trąbki. Objawy autofonii znikły po ustąpieniu sprawy zapalnej z gardła.

Dr. Teofil Zalewski.

Prof. Dr. W. J. Razumowsky. **W sprawie trepanacyi przy padaczce korowej.** (*Archiv Langenbecka* T. 67, Zeszyt I, 1902). R. wykonał w 7-miu przypadkach padaczki Jacksonowskiej trepanacyę wedle zasad Horsleya. Po odsłonięciu mózgu na znacznej przestrzeni, prądem stałym wyszukiwał miejsce, którego zadrażnienie spowodowało skurcz pewnej grupy mięśni, charakterystyczny dla danego przypadku. Miejsce to istoty korowej wycinał. Żaden z tych chorych nie umarł skutkiem operacyi. Porażenia spostrzegane po operacyi (a zależne częściowo od zniszczenia pewnej

okolicy mózgu, częściowo od zmian odżywczych w nim) szybko minęły. W dwóch przypadkach osiągnął R. trwałe wyleczenie (spostrzeganie trwało najmniej trzy lata): u jednego chorego nastąpiła znaczna poprawa, u dwóch innych wynik wątpliwy i u dwóch zupełnie ujemny. Wreszcie w 1 przypadku padaczki urazowej z załamaniem kości — osiągnięto dzięki trepanacyi wynik pomyślny. W końcu w 1 przypadku porencefalii, w którym drenowano komórkę, śmierć nastąpiła wskutek zakażenia. *Herman.*

Prof. Tauber. **Leczenie zwężeń przełyku gastrostomią czasową.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 18). Tauber opisuje spostrzegane przez się trzy przypadki zwężeń bliznowatych przełyku po oparzeniu płynami żrącymi. Pierwszy chory napił się ługu żrącego: wychudł on nadzwyczajnie i ważył zaledwie 39 kilo: przełyk przepuszczał cewnik Nr. 18 Po gastrostomii chory szybko poprawiał się; już na 10-ty dzień połykał nawet pokarmy twarde; gruby zgłębnik przechodził z łatwością. W drugim przypadku T. operował chorą 21-letnią, która przed dwu laty połknęła mineralny kwas; przełyk przepuszczał zaledwie najmniejszą oliwkę zgłębnika Trousseau; chora mogła połykać wyłącznie tylko płyny, lecz i to z wielką trudnością; w tydzień po operacyi chora mogła przełykać już wszystkie pokarmy, jakkolwiek zbadania przełyku zgłębnikiem nie zastosowywano. Podobny dodatni wpływ gastrostomii na przebieg zwężeń przełyku tłómaczy T. tem, że gastrostomia sprowadza obniżenie żołądka ku dołowi, wskutek tego przełyk rozciąga się, poprzeczne jego fałdy wygładzają się i stają się podłużnemi. O tem przekonał się T. w trzecim przypadku. Do kliniki wstąpił chory w bardzo groźnym stanie wskutek wypadnięcia żołądka przez przetokę żołądkową, założoną przed niedawnym czasem w celu usunięcia zwężenia przełyku; istotnie już na 10-ty dzień po rękoczynie chory mógł połykać pokarmy twarde; zamknięciu przetoki chory sprzeciwił się. Pomimo dokonanej operacyi chory umarł na drugi dzień po wypadnięciu żołądka. Sekcya wykazała zgorzel żołądka na całej jego przestrzeni; co się tyczy zwężenia przełyku, to pozostały tylko jego nieznaczne ślady. Według prof. Taubera nietylko gastrostomia, lecz i gastropeksya ma dodatni wpływ leczniczy na drożność przełyku zwężonego. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Prof. Lewaszow. **Choroba Werlhofa ze szczególnem uwzględnieniem jej postaci przebiegającej z ostrym charakterem, bardzo obfitymi krwotokami i cechującemi zmianami następowemi we krwi.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 36 do 37). Prof. Lewaszow (Kazań) opisuje spostrzegany przez siebie nadzwyczaj złośliwy przypadek choroby Werlhofa. Cechowały go silna gorączka i obfite krwotoki skórne, z dziąseł, języka, języczka i z narządów moczowych. Skład krwi nie przedstawiał w początku choroby osobliwych zmian oprócz nieznacznego zmniejszenia liczby krwinek czerwonych. Wkrótce jednak po bardzo obfitych krwotokach z języka i dziąseł liczba krwinek czerwonych spadła do 1,900.000, a białych podniosła się do 80.000; stosunek więc wzajemny wynosił 20: 1. W dwa dni po tym krwotoku liczba krwinek czerwonych wynosiła 1,800.000, białych zaś 22.500, stosunek więc był 80: 1. W następnych dwóch dniach krwotok powtórzył się i przystąpiły nowe liczne wybroczyny podskórne i krwawienie z narządu moczowego. Badane krwi wykazało: krwinek czerwonych 1,100.000, białych 130.000, stosunek więc między niemi wynosił 1: 8. Następnego dnia chory umarł wśród ogólnego zapadu i silnego osłabienia czynności serca. Na sekcyi zmian, cechujących białaczkę, nie wykryto.

Leukocytoza w chorobie Werlhofa była stwierdzoną już przed 30-tu laty przez Penzoldta, a następnie przez nowszych badaczy. W wyjątkowych jednak tylko razach dochodziła ona do tak znacznego stopnia, że skład krwi przybierał cechy właściwe białaczce, jak to było w przypadku L. We wszystkich tych przypadkach ogromne zwiększenie liczby krwinek białych występowało w następstwie obfitych krwotoków. Ponieważ krwotok zwykle sprowadza następową leukocytozę, to L., zgodnie z Penzoldtem, Immermanem, Wagnerem, Riessem tłómaczy spostrzegane w swoim przypadku zmiany we krwi również utratą krwi, jakkolwiek nie odrzuca możliwości i wzmożonego wytwarzania się krwinek białych. *Witold Orłowski.*

W. Gordon. **Stosunek szmerów sercowych do położenia ciała chorego.** (*Brit. Med. Journal — Philad Med. Journal,* 5 kwietnia 1902 r.). Badając wpływ położenia ciała chorego na szmery sercowe, doszedł G. do następujących wniosków: w położeniu leżącem wzmagają się szmery w niedomykalności zastawek dwudzielnej i trójdzielnej, zwężeniu tętnicy głównej, a także szmery, wywołane przez niedokrwewność w okolicy tętnicy płucnej, tętnicy głównej i na koniuszku serca. Natomiast słabnie szmer w położeniu leżącem przy zwężeniu ujścia żylnego lewego, oraz szmer żylny (*bruit de diable*) w niedokrewności. Wreszcie szmer pozostaje bez zmiany w różnych położeniach w niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Różnica w natężeniu szmerów zależy prawdopodobnie od tego, że w położeniu leżącem głębokość jamy piersiowej powiększa się, a serce, opadając własnym ciężarem, zmienia swe położenie. *Dr. St. Rudzki.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Schuler. **Wyniki leczenia 450 przypadków duru brzusznego laktofeniną.** (*Berliner klinische Wochenschrift* 1902, Nr. 41). W późnej jesieni wybuchła nagle w miasteczku Gelsenkirchen bardzo gwałtowna epidemia duru brzusznego tak, że zaskoczeni tem lekarze w szpitalu już z samego braku wody absolutnie nie mogli podołać leczeniu kąpielami, uznanemu dziś powszechnie za sposób najlepszy leczenia duru. Musiano się zatem uciec do środków wewnętrznych, z których wybrano laktofeninę. Wypróbowano najpierw skuteczność tego leku w 25 przypadkach, podając w południe po 1 grm. laktofeniny i przekonano się, że w godzinę potem gorączka zaczyna powoli spadać, by po czterech godzinach dojść do *maximum* zwolnienia, t. j. obniżyć się o 2°—2·5° C., poczem, wzmagając się znowu, dochodzi po 6—7 godzinach do stanu pierwotnego. Prawie w połowie przypadków spadek ciepłoty był połączony z poceniem się, z którego chorzy wcale nie doświadczali żadnej przykrości. Tętno i oddech nie doznały żadnego ujemnego wpływu, a w przypadkach, w których tętno już z góry było nieprawidłowe, połączono laktofeninę z naparstnicą, kamforą i eterem, i ani razu nie spostrzeżono zapadu. Próby sprawdzające z antypiryną, fenacetyną i chininą nie odniosły tak znacznego i trwałego zwolnienia ciepłoty. Podawano laktofeninę 3 razy dziennie, o 8-mej rano, o 3-ciej popołudniu i o 8-mej wieczór po 1 grm.; ostatni proszek ze skutkiem nasennym. Dzieciom podawano 3 razy dziennie po 0·5; dawka ta u dorosłych nie wpływała na gorączkę. Jeśli po kilku dniach ciepłota wynosiła tylko 37°—37·8°, próbowano nie podawać laktofeniny, poczem powoli zmniejszano ten środek, podając dziennie tylko dwa proszki, potem jeden po 1 grm. Pokazało się przytem także, że laktofenina działa uspokajająco we wszystkich przypadkach podniecenia nerwowego i skutek uspokajający można było stwierdzić nawet w przypadkach, w których wyjątkowo (3%) ciepłota w pierwszych dniach się nie zmniejszyła. Na bóle nerwowe obwodowe laktofenina nie miała wpływu; jest to więc środek uspokajający (przynajmniej w dawce 1 grm.), lecz nie uśmierzający ból. Laktofenina działała również dodatnio na przewód pokarmowy, zmniejszając sprawy gnilne w jelitach. Chorzy chętnie zażywali laktofeninę, łaknienie wystąpiło wcześniej i zauważono też skutek wypróżniający. Nieprzyjemnych następstw ubocznych nigdy nie zauważono, tylko w dwóch przypadkach, w których w przeciągu paru godzin gorączka spadła o 4°, wystąpił silny dreszcz przy ponownem wzmaganiu się ciepłoty. W stosunkach więc, gdzie leczenie kąpielami nie da się przeprowadzić, w pierwszym rzędzie nadaje się laktofenina do leczenia duru brzusznego. *Dr. Fels.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 20 czerwca 1902.

Przewodniczący: kol. Sołowij, obecnych członków 43.

1. Kol. Obrzut: »Zserowacenie gruzełka i pochodzenie mas serowatych w tkankach gruźliczych«. Gruzełek jest jednym z częstych charakterystycznych objawów zakażenia gruźliczego; kładę nacisk na wyraz »częstych« bo nie jest on ani jedynym, ani koniecznym składnikiem sprawy gruźliczej. Pochodzenie pojedynczych komórek nabłonkowatych (epitelioidowych) gruzełka nie jest ściśle udowodnionem; mogą one być wytworem komórek stałych, powstałym wśród mitotycznego dzielenia się tych ostatnich, ale z tem samem prawdopodobieństwem można je uważać za wyżej zorganizowane komórki pochodzenia limfatycznego.

Gruzełek w środku zserowaciały nie musi być koniecznie wyrazem w środku rozpoczętego, a ku obwodowi szerzącego się obumarcia, albowiem może on przedstawiać tylko pewien okres zapalenia produktywnie odczynowego naokoło prosowatego (miliarnego) ogniska wypocinowego, często leukocytarno-włóknikowego, niekiedy tylko włóknikowego. Dowodem tego są gruzełki, najczęściej w wątrobie, złożone ze środka z takiego samego grubobeleczkowego włóknika, jak n. p. we wrzekomej błonie błoniczej, a na obwodzie z dosyć wysoko nieraz zorganizowanej tkanki ziarninowej.

Gruzełek prócz swej postaci zewnętrznej nie ma nic wspólnego z właściwymi nowotworami, jest on tylko guzkowatą wypociną zapalną z mniej lub więcej wybitnym odczynem na obwodzie. Jeżeli prątki stracą swą jadowitość (wirulencyę), gruzełek przemienia się w ognisko łączno-tkankowe. W naturze jednak procesu gruźliczego leży rozsianie (dyseminacya) prątków do otoczenia, dyfuzya ich jadów i wywoływanie coraz nowych ognisk zapalnych, coraz cięższych zaburzeń w krążeniu, które są ostateczną przyczyną obumierania (nekrobiozy) i ostatecznej martwicy całej tkanki gruźliczonaciekłej.

Tak jak nieraz obfite złogi serowate pomiędzy zlepionemi blaszkami osierdzia nie muszą być konglomeratem zserowaciałych gruzełków, ale są po prostu zgęszczoną wypociną zapalną, tak i gruzełek zserowaciały w środku może być tylko guzkowatym odczynem zapalnym (produktywnym) naokoło prosowatego ogniska wypocinowego (często włóknikowego).

Uzasadnienie szczegółowe tego zapatrywania na pewne objawy sprawy gruźliczej zabrałoby nam za wiele czasu. Uczynię to w osobnej publikacyi.

II. Kol. Kučera przedstawia szereg rzadkich okazów anatomopatologicznych i omawia je szczegółowo.

W dyskusyi nad oboma wykładami zabierali głos koll. Gluziński, Rydygier, Szulisławski, Kadyi, Barącz i prelegenci.

Dr. Ruff, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 29 października 1902.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kolega Bujwid i Gertler wyłożyli rzecz: »O surowicy przeciwpłoniczej, wytworzonej w Zakładzie higieny w latach 1895 do 1897 i o wynikach leczenia płonicy na podstawie doświadczeń, poczynionych w oddziale chorób zakaźnych szpitala św. Ludwika«. (Rzecz przeznaczona do druku.)

W dyskusyi kolega Jakubowski zaznacza, że surowica ta prawdopodobnie miała wpływ na obniżenie śmiertelności; podana jednak przez autorów statystyka nie jest równorzędna ze statystyką innych lat, gdyż obejmuje tylko dziesięć miesięcy, a nie wliczono listopada i grudnia. Odsetek więc śmiertelności nie wynosi 17%, jak podają prelegenci, lecz 27%. Statystyka podana obejmuje zbyt mało przypadków, bo tylko 46, ażeby módz wydać ostateczny sąd. Wreszcie kol. prof. Jakubowski podaje do wiadomości, że czynił starania, o surowicę Mosera dla szpitala św. Ludwika, lecz bez skutku, gdyż ilość surowicy, otrzymywana obecnie tylko z jednego konia, wystarcza zaledwie do prowadzenia doświadczeń w szpitalu św. Anny w Wiedniu. Innym zaś szpitalom surowica przeciwpłonicza najwcześniej dopiero po upływie sześciu miesięcy może być oddaną do użytku.

Kol. Lewkowicz omawia sprawę stosowania surowicy przeciwpaciorkowcowej w płonicy z punktu widzenia teoretycznego. Przeciw surowicy przemawia to, że nawet w cierpieniach ściśle paciorkowcowych, np. róży, jest ono mało skuteczną, lub bezskuteczna. I to łatwo się tłómaczy. Widzimy, że przebycie cierpienia nie uodpornia ustroju przeciw powtórnemu zapadnięciu, a chociaż sztucznie można uodpornić zwierzęta i otrzymać surowicę skuteczną, to jest ona bardzo słabą. Twierdzenie prelegentów, że toksyna paciorkowcowa nie jest znaną, nie da się utrzymać i właśnie przez porównanie działania antytoksycznego surowicy przeciwpaciorkowcowej z surowicą przeciwbłoniczą, w odniesieniu do tego samego ciężaru zwierząt użytych, okazuje się, że pierwsza jest 6000 razy słabszą i trzebaby jej wstrzyknąć 60 l., aby otrzymać tosamo działanie antytoksyczne, które przy błonicy dają 1000 jednostek Behringa w 1—10 cm³. Przytem trzeba jeszcze wziąć pod uwagę, że surowicę tę (Marmorka) otrzymano zapomocą paciorkowców o jadowitości ogromnie wzmożonej przez ustawiczne przeprowadzanie przez króliki, wiadomo zaś, że prowadzi to do wytworzenia odmian biologicznych, a taka odmiana może się stać równocześnie mało chorobotwórczą dla gatunku, dla którego pierwotnie była bardzo chorobotwórczą np. dla człowieka. To też i surowica wytworzona z pomocą tej odmiany może być stosunkowo skuteczną u królika, bezskuteczną u człowieka.

Płonica nie jest cierpieniem paciorkowcowem, gdyż jest cierpieniem o obrazie klinicznym ściśle określonym, pozostawiającem swoistą odporność z reguły na całe życie. Paciorkowce w jamie ustnej i gardle znajdują się od drugiego tygodnia życia stale w stanie prawidłowym (własne badania), do tkanek i do krwi wnikają przy płonicy na tle ciężkiego schorzenia ogólnego drugorzędnie. To też we krwi ze serca nawet w przypadkach kończących się śmiercią nie znachodzą się stale, lecz tylko w 63 przypadkach na 99 badanych (Moser). Zapalenie mieszkowe gardła podczas epidemii płonicy w jednej rodzinie należy uważać często za prawdziwą płonicę bez wysypki, innym razem, mianowicie gdy dotyczy osób, które już przebyły płonicę, obie choroby schodzą się w epidemii przypadkowo, a możliwość zapadnięcia osób, które przebyły płonicę, na zapalenie mieszkowe świadczy w przeciwieństwie do tego, do czego zmierzają wywody prelegentów, że obie choroby nie mają wspólnej etyologii.

Paciorkowce w płonicy mogą mieć jednak wielkie znaczenie w wywoływaniu powikłań, ale chodzi tu nie o jeden gatunek, lecz o różne gatunki paciorkowców; przytem chodzi prawdopodobnie o paciorkowce stale znajdujące się w jamie ust i gardła u każdego człowieka, nie chorobotwórcze, lub mało chorobotwórcze, co wszystko utrudniać będzie wyrabianie skutecznej surowicy. W każdym razie myśl Mosera, polega na tem, żeby otrzymywać hodowle wprost z krwi chorych zmarłych na płonicę, aby używać rozmaitych gatunków, pochodzących z różnych przypadków i aby nie zmieniać ich pierwotnej jadowitości przez przeprowadzanie przez zwierzęta, lecz używać wprost do szczepień u konia, celem uzyskania surowicy. Ponieważ prelegenci użyli tylko raz paciorkowca z gruczołu zropiałego po płonicy, a więc z ropy, a zresztą używali wprost paciorkowca ropotwórczego różnego pochodzenia, ponieważ wzmacniali jego jadowitość przez przeprowadzanie przez królika, zatem sposób ich jest identycznym ze sposobem otrzymywania surowicy Marmorka, a w stosunku do Mosera nie można mówić o prawie pierwszeństwa.

Kol. L. zwraca się w końcu przeciw nazwie surowicy przeciwpłoniczej, jako naukowo zupełnie nie uzasadnionej, a mogącej po dostaniu się do dzienników politycznych, wprowadzić w błąd publiczność. *(Streszczenie własne).*

Kol. prof. Ciechanowski nie zamierza poruszać zagadnienia o swoistej roli etyologicznej paciorkowców w płonicy, gdyż w tym kierunku żadnych badań nie prowadził; pewnem jest tylko, że paciorkowce mają znaczenie w powstawaniu wielu powikłań płonicy. Otóż z tego względu surowica, nie zadawalniając zresztą czysto naukowego postulatu, mogłaby jednak mieć już teraz pewne znaczenie praktyczne. Ale i z tego nawet stanowiska patrząc, trzeba uważać wystąpienie Mosera za nieco przedwczesne, bo nie oparte na dość licznych spostrzeżeniach; po wystąpieniu jednak Mosera można i może nawet trzeba było ogłosić wyniki, choć nielicznych, doświadczeń krakowskich, na dowód, że i u nas w tej sprawie pracowano. Wskazując na obosieczność czysto liczbowej statystyki śmiertelności, domaga się C. od prelegentów wyjaśnienia, czy przed r. 1901, od którego zaczynają prelegenci swoje obliczenia, nie bywało w szpitalu św. Ludwika śmiertelności z płonicy równie małej, jak w r. 1897, t. j. w roku doświadczeń z surowicą; już bowiem w r. 1900 śmiertelność nie była wiele wyższą, niż w r. 1897 (po doliczeniu 2 miesięcy, przez prelegentów w statystyce pominiętych). Mogłoby więc być, że rok 1897 t. j. rok doświadczeń był podobnie jak 1900 i jak może i dawniejsze lata, — okresem niższej śmiertelności. Nadto żąda C. wyjaśnienia, czy zauważono klinicznie jakiś wyraźniejszy wpływ surowicy na przebieg choroby, jak spadek ciepłoty po wstrzyknięciu i t. p., gdyż bez tego uzupełnienia statystyka z kilkudziesięciu tylko przypadków tem mniejszą ma wagę. C. przypomina, że zanim zalety surowicy przeciwbłoniczej Roux-Behringa udowodniono statystyką kilkudziesięciu tysięcy spostrzeżeń, pomyślny sąd o tym środku opierał się raczej na krytycznem spostrzeganiu klinicznem poszczególnych przypadków, niż na statystyce, która, choć pomyślna, liczyła się z początku dopiero na setki. Takich danych klinicznych o nowej surowicy kolega Gertler nie podał i to powinien uzupełnić.

Kol. Droba zaznacza, że dla niego hodowle mętne albo dwoinki nie stanowią dowodu jadowitości.

W odpowiedzi kol. Lewkowiczowi kolega Bujwid oświadcza, że przedewszystkiem wyłuszczył wszystkie wątpliwości, jakie istnieją w sprawie uważania paciorkowca za przyczynę płonicy Zaznaczył, że mamy w tym kierunku »cień dowodu«, ale nie sam dowód. Do rozwiązania tej sprawy trzeba dużo jeszcze zrobić. Odporność względem paciorkowca jest krótkotrwałą, ale podobnie jak i w błonicy lub cholerze trwa nie wyżej nad kilka tygodni. W każdym razie przy zastrzyknięciu zwierzętom 0·5 sz. c. surowicy naszej łącznie z 10 krotną

zabójczą dawką paciorkowca, można utrzymać króliki przy życiu, gdy natomiast kontrolne giną. Dawkowanie zarazka nie jest tak łatwem, jak dawkowanie toksyny. Paciorkowce przeprowadzaliśmy przez króliki i tutaj różnica z metodą Mosera, ale hodowaliśmy je w bulionie z surowicą ludzką, ażeby niejako przepuszczać je równocześnie do tej gleby, a więc zachować działanie na ustrój człowieka. Paciorkowce nasze brane były z kilku przypadków płonicy, a więc surowica w tym kierunku, o ile chodzi o paciorkowca wziętego z płonicy, może nosić miano przeciwpłoniczej. Surowica przeciwpaciorkowcowa wogóle i nasza przeciwpłonicza jest nie antytoksyczną, ale antybakteryjną i działanie jej nie może być mierzone w taki sam sposób, jak działanie surowicy przeciwbłoniczej. Że różnica w działaniu teoretycznem a w zastosowaniu praktycznem może być wielka, na to wskazuje choćby porównanie działania antytoksyny tężca i antytoksyny błoniczej. Antytoksyna tężcowa może z łatwością być otrzymaną w postaci 100 i 1000 razy silniejszej od przeciwbłoniczej; wynikałoby stąd, gdyby wnioskować wzorem kolegi Lewkowicza, że dawka tej surowicy leczniczej mogłaby być 100 lub 1000 razy mniejsza od dawki surowicy błoniczej, w praktyce zaś pokazuje się, że trzeba brać antytoksyny tężcowej 10 do 50 razy więcej i nieraz bez żadnego skutku.

Toksyna paciorkowcowa nie jest mi znaną, gdyż przerabiając sposoby podane przez różnych badaczy nie zdołałem jej otrzymać.

Bagiński i Sommerfeld (p. Deut. Med. Woch. Nr. 43) obserwowali w 700 przypadkach za życia prawie stale, zaś w 82 sekcyach stale paciorkowce w płonicy *(Streszczenie własne)*.

Kol. Gertler zaznacza, że odsetek śmiertelności 17·3% w stosunku do przeciętnej 41·14 lat poprzed. odnosi się do 10 miesięcy, t. j. do okresu stosowania surowicy, a nie do całego roku; na dowód, że tak zwany *genius epidemicus* był bardzo złośliwy, przytacza fakt, że na 11 przyjętych dzieci w następnych dwóch miesiącach zmarło 10, które wpłynęły niekorzystnie na odsetek śmiertelności całego roku i trudno także przypuścić, iżby się *genius epidemicus* zmienił z chwilą nie stosowania surowicy. Kol. Lewkowiczowi wyjaśnia, że przypadków zapaleń gardła, występujących u osób starszych równocześnie z zapadaniem dzieci na płonicę, nie mógłby uważać za płonicę, z powodu braku innych objawów klinicznych. Przytoczył tylko w swojem przemówieniu przypadki, o których z pewnością wiedział, że przebyły płonicę. Odnośnie do przypadku płonicy po oparzeniu może zapewnić, że nie był to rumień, lecz typowa płonica, spostrzegana równocześnie przez innych kolegów. Brak paciorkowców we krwi niektórych przypadków płonicy o zejściu śmiertelnem nie może nikogo zadziwić, jeśli się uwzględni doświadczenia, które stwierdził w Zakładzie higieny. Gdy wstrzykniemy słabą hodowlę paciorkowca królikowi, to zwierzę pada zwyczajnie po 2—3 tygodniach i wówczas ani we krwi, ani hodowlą, ani przez przeszczepienie krwi na inne zwierzę nie można stwierdzić paciorkowca, zwierzę ginie z powodu zmian degeneracyjnych w mięśniu sercowym, lub z powodu schorzenia ogólnego. Dlatego nie znajdowanie paciorkowca w każdym przypadku śmierci z płonicy jeszcze nie dowodzi tego, iżby go poprzednio w ustroju nie było. Zamierzaliśmy otrzymać toksyny z hodowli bardzo jadowitych dla królików, ale nadaremnie. Zwierzę szczepione bulionem, z którego oddzielono drobnoustroje, w ilości 2—3 sz. cm, nie oddziaływało nawet podwyższoną ciepłotą, podczas gdy szczepione podskórnie 1 milionową sz. ctm. tych samych hodowli ginęło po upływie 16—24 godzin. Z obrazu klinicznego dadzą się wyciągnąć wnioski podane w odczycie i w tabeli chorych; ocena zaś poszczególnych przypadków jest już z tego powodu trudną, że i bez leczenia bardzo ciężkie na pozór przypadki płonicy przechodzą dobrze. W płonicy mamy zupełnie inne stosunki, niż w błonicy. Roux i Yersin wykazali, że przy równoczesnem zastrzyknięciu paciorkowca i osłabionej hodowli prątka Löfflera, która sama nie jest w stanie zabić świnki, zwierzęta padają i wspomnieni badacze uważają, że paciorkowiec wpływa znacznie na podwyższenie jadowitości prątków Löfflera; v. Dungern zaś zauważył w stowarzyszeniu się paciorkowców z prątkiem błoniczym wzmocnienie znaczne jadowitości paciorkowców.

W każdym razie mamy przy płonicy do czynienia z obu drobnoustrojami, jak to Ranke w 53·7% wykazał i stąd też podwójne niebezpieczeństwo istnieje w płonicy. *(Streszczenie własne)*.

Prócz tego zabierali głos kol. Droba i kol. przewodniczący. Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

VIII. XII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie w dniach 14, 15 i 16 lipca 1902.

Podał

Dr. Bolesław Żmigród.

Wielka sala wykładowa krakowskiej Kliniki chirurgicznej wypełniła się tego roku znaczną liczbą uczestników ze wszystkich stron Polski, chcących podzielić się swym rocznym dorobkiem, wyrobionem zdaniem i nabytem doświadczeniem. W Zjeździe wzięli również udział lekarze wojskowi, którzy przysporzyli treści z zakresu chirurgii wojskowej. Że Zjazdy chirurgów polskich ciągle się jeszcze rozwijają, świadczy fakt, że kiedy w roku przeszłym liczba wykładów wynosiła 40, w roku sprawozdawczym podniosła się do 65, czego następstwem okazała się potrzeba przedłużenia czasu obrad o dzień jeden, aby wyczerpać nagromadzony materyał naukowy.

Z porządku rzeczy załatwiono sprawy formalne, zatwierdzając dawny zarząd w następującym składzie: przewodniczący prof. Rydygier, zastępca jego prof. Kader, sekretarz doc. Bossowski, skarbnik prof. Trzebicky. Na prezesów honorowych powołano Dr. Sawickiego (Warszawa), Dra Szumana (Toruń) i prof. Dra Ziembickiego (Lwów).

Obrady rozpoczął:

1. Kostanecki: **O descensus testiculorum.** Prelegent omawia nasamprzód dawniejsze tłómaczenie zstępowania jąder, które główną rolę przypisywało skracaniu się i kurczeniu więzadła zw. jądrowodem *(gubernaculum Hunteri)* i dochodzi do wniosku, iż tłómaczenie to nie jest wystarczające, a nawet błędne. Do wyjaśnienia zawiłych stosunków zstępowania jąder przyczyniły się głównie prace Bramanna, Klaatscha, Frankla i Webera, prace embryologiczne i porównawczoanatomiczne, ale i te tylko częściowo tłómaczą nam mechanizm zstępowania jąder.

Zstąpienie jąder z miejsca pierwotnego ich położenia, t. j. z wysokości drugiego kręgu lędźwiowego do worka mosznowego, musimy podzielić na trzy okresy. Z początkiem trzeciego miesiąca zaczynają się jądra zbliżać do pierścienia pachwinowego podotrzewnowego; ten okres tłómaczy się nierównomiernym wzrostem więzadła Huntera do kośćca i mięśni zarodka; potem doszedłszy do pierścienia pachwinowego podotrzewnowego jądra zostają odepchnięte znów ku górze przez rozwijający się stożek pachwinowy (*conus inguinalis*), a dopiero w ósmym miesiącu skutkiem zanikania tego stożka dostają się do kanału pachwinowego, wreszcie w końcu życia płodowego do worka mosznowego. Istnienie stożka pachwinowego tłómaczą nam badania porównawczoanatomiczne nad temi zwierzętami, u których mamy peryodyczne zstępowanie jąder.

W końcu omawia Kostanecki hipotezę, dotyczącą rozwoju szczepowego (filogenezy) zstępowania jąder, postawioną przez Klaatscha. Autor ten zwraca uwagę na to, że zstępowanie jąder spotykamy dopiero u ssawców i przypisuje je warunkom, jakie wytworzyły się w okolicy pachwinowej ściany brzusznej skutkiem dwóch równocześnie u nich dopiero występujących czynników, mianowicie skutkiem tego, iż zwierzęta ssące począwszy od torbaczów *(marsupialia)* zamieniły się na zwierzęta żyworodne i ztąd wytworzyły się więzadla utrzymujące macicę w jej położeniu *(lig. uteri teres, rotundum)* i skutkiem tego, że w skórze rozwinęły się nabrzmiewające podczas karmienia a potem znów malejące gruczoły mleczne. Zmiany te, występujące pierwotnie tylko u samic, przeniosły się następnie dziedzicznie na zarodki męzkie i umożliwiły wytworzenie się miejsc mniej odpornych w ścianie brzusznej i rozwój stożka pachwinowego.

2. Trzebicky: **Operacyjne leczenie chłoniaków na szyi.** Statystyka T. opiera się na liczbie chorych, operowanych w oddziele chirurg. Szpitala św. Łazarza w latach 1891—1901. Operowano 860 przypadków chłoniaków u 822 chorych; wiadomości o stanie tych operowanych przynajmniej o 3 lata wstecz (do r. 1898) otrzymano w 175 przypadkach, z tych 101 (57,7% są zdrowi, 15 (8,5%) są zdrowi, lecz ulegli nawrotowi, 19 (10,8%) słabuje, poczęści na płuca, a 40 (22,8%) zmarło na gruźlicę. Chorych z nawrotem (8,5%) należy zaliczyć do niewyleczonych; wynik ujemny operacyi odnosi się zatem do 33,6%, a 57,70% wyleczenia zgadza się także ze statystyką Blosa. Wynik trwały operacyi zależy od stanu majątkowego chorych, oraz od wczesnego czasu wykonania operacyi: u bogatych, leczących się po operacyi, wtórne zakażenie nie występuje, tem lepsza rękojmia zagojenia się, gruczoły nie zrastają się i nie ropieją. T. radzi bezwarunkowo operować, jeżeli gruczoły są powiększone i dla noża wogóle dostępne. Na operacyi jednak leczenie nie po-

winno się kończyć; należy ustrój wzmacniać i nodparniać go. Co do techniki operacyjnej, to trzeba sobie stworzyć wygodny dostęp, zwracając przytem uwagę i na kosmetykę; nie powinno się operować długo. Dobrze jest zaraz z początku odsłonić żyłę szyjną *(vena jugularis)*, ale nie zakładać zapobiegawczej pętli, jak to radzi Fenger, gdyż jest to niebezpieczne. Nie należy wycinać tłuszczu okołogruczołowego, który jest integralną częścią układu chłonnego, gdyż wywołuje się przez to obrzęk twarzy. Chorzy ci wogóle źle znoszą chloroform: dwa przypadki śmierci przy usypianiu na kilkadziesiąt tysięcy operacyj, dokonanych w oddziele, tyczą się chorych operowanych z powodu chłoniaków.

Dyskusya. Szuman (Toruń) zgadza się na to, co powiedział prelegent. Choroba ta się nawraca, lecz nawroty miejscowe są rzadkie, jeżeli się chłoniaki wycięło doszczętnie. Operacya Dollingera zdaniem mówcy nie jest dobrą we wszystkich przypadkach; tam gdzie są gruczoły zropiałe lub bardzo z otoczeniem zrośnięte trzeba podwiązywać dość często żyłę szyjną. Mowca był zmuszony jednego roku aż trzy razy podwiązać żyłę szyjną; wszystkie trzy przypadki z wynikiem dobrym.

Bogdanik (Biała) rozporządza także znacznym materyałem i sądzi, że jeśli gruczoły nie są zropiałe, jeśli ich przekrój nie jest serowaty, to wyniki operacyi są bardzo dobre. U ludzi biednych, których nie stać na leczenie, gruczoły te, zazwyczaj nie pozrastane, dają się łatwo wyłuszczyć; inaczej u ludzi, u których stosowano leki na zewnątrz, by ich uchronić od operacyi. Mówca ma na myśli jod, czy to w postaci maści czy nalewki i przestrzega przed jego stosowaniem, gdyż przypisuje jodowi zewnętrznie stosowanemu własność wywoływania zapaleń zlepnych, w następstwie czego powstają znaczne zrosty, utrudniające wielce operacyę; — są to zazwyczaj przypadki, wymagające podwiązania dużych naczyń.

Kryński (Warszawa) radzi, by operacyę chłoniaków na szyi zaczynać od stworzenia preparatu anatomicznego przez możliwie jak najwcześniejsze odsłonięcie żyły szyjnej, gdyż mając już odpreparowane naczynia duże nie kaleczy się ich nigdy i nie trzeba ich podwiązywać, a więc za zasadę trzeba przyjąć wypreparowanie naczyń.

Bossowski (Kraków) zgadza się w zupełności z prelegentem: ma 50% blizko wyleczeń wskutek operacyi. Mowca jest za wyłuszczaniem gruczołów i to najdoszczętniejszem ze względu na później powstać mogącą gruźlicę płuc. Przypadki te nie nadają się do żadnego innego szpitalnego leczenia, jak tylko do operacyi.

Szuman (Toruń) zrobił to samo spostrzeżenie, co Bogdanik i przestrzega także przed stosowaniem jodu.

Sawicki (Warszawa) czyni postępowanie w tej chorobie zależnem od stanu majątkowego chorego: bogatych radzi ogólnie leczyć, biednych operować. Chorych gorączkujących ze zropiałymi gruczołami nie należy operować, przypadki te są najgorsze, a do tego chorzy tacy źle znoszą chloroform. Mówca rzuca myśl założenia w Galicyi uzdrowiska dla ubogich chorych na chłoniaki; niech się tu wykształci dzielny lekarz, a potem niech założy uzdrowisko dla bogatych: byłoby to z wielką korzyścią i dla owego lekarza i dla kraju, gdyż bogatych chorych nie będzie się wysyłać za granicę.

Krasowski (Gorlice) twierdzi, że przy jodzie i wewnętrznie podawanym powstają zrosty między gruczołami.

Mieczkowski (Poznań) jest tego zdania, że należy każdą ranę po chłoniakach tamponować gazą jodoformową bez względu na to, czy gruczoły te były zropiałe, czy nie. Następnie zapytuje, czy koledzy, posiadający większy materyał szpitalny nie zauważyli powstawania gruźlicy prosówkowej po wyłuszczeniu gruczołów, jak to miało miejsce trzy razy w klinice Czernego?

Hordyński (Kraków) operuje obecnie tylko wtedy, jeśli gruczoły są ograniczone i gdy ma nadzieję wycięcia bez nawrotu, tam zaś gdzie są całe szeregi gruczołów, tam nie operuje, a chorych tych woli wysłać na wieś.

Sawicki (Warszawa) radzi na podstawie swych dwóch przypadków szanować żyłę szyjną, a dopiero w ostateczności ją podwiązywać.

Kader: (Kraków) zapatruje się na to tak samo, jak Hordyński; posyła chorych na wieś, a dobre odżywienie, świeże powietrze i plaster rtęciowy na zewnątrz dają mu bardzo dobre wyniki. Przypadki, nadające się do operacyi, mówca operuje szybko ze względu na to, że jak stwierdził Trzebicky, chorzy ci źle znoszą chloroform; operuje idąc od żyły szyjnej, którą przy znacznych zrostach odrazu podwiązuje, torując sobie do niej drogę przez przecięcie całego pakietu gruczołów i kończy operacyę w 20—30 minutach.

Sołtysik (Husiatyn) zauważył także, że chorzy ci są mało odporni na chloroform, miał kilka przypadków duszenia się *(asphyxia)*.

Krasowski (Gorlice) zapatruje się pesymistycznie na wysyłanie ludzi na wieś, gdyż przecież dużo ludzi przychodzi do szpitala z chłoniakami ze wsi. Małe chłoniaki uważa za najgorsze i tych się wcale nie tyka.

Oderfeld (Warszawa) dziwi się operowaniu sposobem Doyena, *per fas et nefas*, przez wszystkie tkanki i gruczoły, polecanemu przez Kadera, wiedząc, że w technice można doprowadzić tę operacyę do mistrzowstwa. Gruczoły powinno się wyłuszczać w całości, a nie otwierać ognisk, zkąd cząstki dostają się do krwiobiegu i wywołują gorączkę. Na sposób operowania Kadera stanowczo się nie godzi, gruźlicę gruczołów na szyi uważa za nowotwór, a więc nie należy ich przecinać, lecz wyłuszczać w całości.

Hordyński (Kraków) miał przypadek śmierci z narkozy u operowanego na chłoniaki.

Rydygier (Lwów) nie pali się do tej operacyi, tak jak dawniej; bogatych chorych wysyła do Rabki, Iwonicza i nad morze. Za przeciw. wskazania do operacyi uważa zajęcie płuc i dziedziczne obciążenie. Sposób Doyena wcale go nie zachwyca, jest przeciwny otwieraniu gruczołów, nawet chociażby się szybko operowało. Trzeba robić cięcia szerokie, jak to robi Trzebicky by widzieć co się robi, a przedewszystkiem dążyć do wielkich naczyń. Podsuwanie podwiązek pod naczynia uważa za niepotrzebne jeśli trzeba, to podwiązuje.

Szuman (Toruń) zwraca uwagę na niebezpieczeństwo zakażenia krwi, jeśli mała żyła jest zrośnięta ze zropiałym gruczołem i jest nadżarta; wtedy gruźlicza ropa może łatwo dostać się do krwiobiegu.

Trzebicky (Kraków) stwierdza fakt, że wszyscy biorący udział w dyskusyi, godzą się na to, że operować trzeba. Sam operuje najwyżej $^{1}/_{2}$ godziny i to zwykłym sposobem. Uważa wszelkie kawałkowanie za szkodliwe, gdy nie da się w takim razie uniknąć zakażenia. Po stosowaniu maści jodowej nie zawsze powstają zrosty, a po wewnętrznem stosowaniu jodu nie widział T., by zrosty powstawały. Zwraca uwagę na szkodliwy wpływ wewnętrznego stosowania arsenu, co się odbija na narkozie, gdyż serce pod wpływem arsenu ulega zmianie. Ranę zaszywa, nie tamponuje, bo na to ze względu na znaczną ilość chorych czasu niema, wyniki zaś są bardzo dobre. Uważa za rzecz obojętną, czy się do naczyń idzie zaraz na początku, czy później, byle postępować ostrożnie. Każdy gruczoł uważa za wroga, którego należy usunąć i tylko daleko posunięte zmiany w płucach są przeciwwskazaniem. (C. d. n.).

* * *

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 20. listopada.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych, wybrano jednomyślnie Dr. Adama Wrzoska na członka czynnego. Dr. H. Dobrzycki (jako gość) dał zupełny obraz urządzeń budującego się pod Warszawą uzdrowiska dla mniej zamożnych chorych na piersi. Kol Dr. Ozga demonstrował okaz anatomiczny. Kol. Doc. Bochenek miał wykład: »O drogach nerwowych odruchów wywołanych wrażeniami wzrokowemi«.

* Dr. Władysław Janowski wydał w Warszawie »Zbiór prac z oddziału chorób wewnętrznych szpitala Dzieciątka Jezus« (Pierwsze pięciolecie 1897—1901). Obszerny tom, zawierający 19 prac, których lwią część (14) stanowią rozprawy samego Dr. Janowskiego, świadczy wymownie o kierunku naukowym, przestrzeganym w tym oddziale szpitalnym; a uwzględniwszy wszelkie inne okoliczności i trudności miejscowe, podziwiać należy pracowitość, zdolność i godną wysokiej czci dobrą wolę Dra Janowskiego i jego pomocników: Kalicińskiego, Ettingera, Gałeckiego i Tryjarskiego, którzy również umieścili swe prace w książce Dra W. Janowskiego. Wszystkie 19 rozpraw były w swoim czasie ogłoszone w czasopismach i innych wydawnictwach warszawskich, z tego powodu nie widzimy potrzeby oceniania ich obecnie. Drowi Janowskiemu i jego pomocnikom życzymy, ażeby pożyteczny i szlachetny ich trud wydał obfity plon w następnem 5-leciu.

* Kalendarz lekarski na rok 1903, układu Dra Edwarda Grażyńskiego, opuścił prasę. Zachowując wszystkie zalety swego poprzednika, t. j. wygodny kształt, czytelny druk, dobry papier, przejrzysty układ, Kalendarz na rok 1903 odznacza się uzupełnieniami we wszystkich niemal dawniejszych rubrykach a przytem wzbogacił się treścią zupełnie nową. Do nowych rubryk należą: 1) Środki używane do podskórnych wstrzykiwań i sposób ich używania. 2) Nowe środki lecznicze. 3) Praktyczne wskazówki karmienia niemowląt. 4) Wzrost i przybieranie na ciężarze u noworodków. 5) Lekarze ordynujący w zdrojowiskach krajowych i zagranicznych i t. d.

Kalendarz lekarski krakowski ma już wyrobioną opinię: wiernie i obficie zebrana treść informacyjna i lekarska tyle oddaje usług, że stał się on niezbędnem *vade mecum* lekarzy naszych.

* Na żądanie jednego z lekarzy krakowskich sprowadziła apteka p. Bartmańskiego (dawniej Hellera, przy placu Dominikańskim) spluwaczki tekturowe dla cierpiących na gruźlicę, które po zużytkowaniu niszczy się w ogniu i tem samem kładzie się tamę szerzeniu się zarazka drogą plwocin. Cena za sztukę 6 centów.

* Dzienniki niemieckie ogłaszają imienny wyrok wiedeńskiej Izby lekarskiej na 4 lekarzy: dwóch za złamanie słowa honorowego

na pozbawienie przez lat 3 praw wyborczych czynnych i biernych; trzeciego za pokrycie swojem imieniem partacza na 200 koron, a czwartego za ubliżające godności stanu reklamy na 400 koron. Ogłoszenie nazwisk skazanych obostrza dotkliwie wymierzoną karę; sądzimy jednak, że powinno ono mieć miejsce tylko względem niepoprawnych recydywistów.

* Komitet organizacyjny XIV. międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Madrycie dopuścił farmaceutów, dentystów, weterynarzy, literatów i t. d. do równych praw z członkami lekarzami (§ 2). Rosyjski Komitet narodowy uchwalił wysłać z tego powodu protest; jednocześnie zaznacza Komitet rosyjski, że skoro dopuszczono do obrad język włoski, to te same prawa należy przyznać i językowi rosyjskiemu.

Wszystkie usiłowania, ażeby językiem zjazdów międzynarodowych był jeden z języków europejskich, rozbiły się: włosi zagrozili abstynencyą, jeśli język włoski nie będzie dopuszczony do obrad; dziś znowu rosyanie upominają się o swoje prawa. Nad zjazdami międzynarodowymi gromadzą się chmury, analogiczne do tych, które zapanowały nad działalnością w parlamentach wielojęzycznych.

* Sprawozdanie statystyczne o ruchu ludności we Francyi za rok 1901 wykazuje przewyżkę 72,398 urodzin nad śmiertelnością. W r. 1900 odwrotnie liczba zgonów przewyższała liczbę urodzin o 25.988. Na ten przyrost złożyły się tak zwiększona liczba urodzin (o 29,977 więcej niż w r. 1900), jak i zmniejszona liczba zgonów (o 68.409 mniej niż w r. 1900). Te pomyślne wyniki, zwłaszcza co się tyczy śmiertelności, stwierdzono w równej mniej więcej mierze w całej Francyi.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XLIV. (26—X—I—XI). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 15, urodziło się dzieci 69, zmarło osób 42, mianowicie: z gruźlicy 13 (4 zam.), z zapalenia płuc 5 (1 zam.), z płonicy 5, z cholery dziecięcej 4.

* Między 5 a 11 listopada doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gmina), horodeńskim (2 gminy), kamioneckim (1 gmina).

Mianowania i odznaczenia. Mianowani: Dr. Kümmel — dyrektorem kliniki otyatrycznej w Heidelbergu. Dr. Düring — prof. nadzwyczajnym chorób płciowych w Kilonii. Dr. Phokas — profesorem chirurg. kliniki w Atenach. — W Montpellier mianowani zostali: Dr. Bertin Sans — profesorem higieny; Dr. Imbert — profesorem toksykologii i chemii organicznej; Dr. Poirier mian. prof. anatomii w Paryżu.

Nekrologia. Dr. Adolf Fleischmann, lekarz kolejowy, zmarł w Kozowej, licząc lat 44. — Dr. Wacław Żyliński zakończył życie na Litwie, w 32-gim roku życia.

Bibliografia:

— *Kronika lekarska* Nr. 21. Bornstein: Rozpoznanie różniczkowe neurastenii i pierwszych okresów bezwładu postępującego. Neugebauer: Obturator Dr. Hollwega, rodzaj pesaryum, jako środek zapobiegający poczęciu; proces karny i skazanie Dr. Hollwega na 5 miesięcy więzienia.

— *Medycyna* Nr. 46. Biro: Porażenie mięśnia zębatego przedniego, wielkiego istotne i wrzekome. Bikeles i Franke: O lokalizacyi w rdzeniu pacierzowym, dotyczącej włókien czuciowych i ruchowych najważniejszych nerwów splotu barkowego. (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 46. Zenczykowski: Z pomyłek w rozpoznawaniu stwardnienia wieloogniskowego. Halpern: O własnościach hemolitycznych surowicy ludzkiej. Brudziński: Najnowsze teorye krzywicy i najnowsze próby jej leczenia. (c. d.).

Przegląd felczerski Nr. 22. O zmianach i zaburzeniach w organizmie, następujących pod wpływem urazu (c. d.) — O złamaniach (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 46. Maixner: Jan Bohumil Eiselt. Krátká historie Pražské lékařské fakulty. Hippokratismus ve vnitřní medicině. (dok.) Niederle: Z kasuistiky střelných poranění břišních (případ několikeronásobného zranění střeva). Heveroch: Prelekcya Mariego: La dysostose cleido cranienne héréditaire.

Liečnički Viestnik Nr. 11. Miler: Kriminalno pravna odgovornost liečnika.

— *Lekarske rozhledy* Nr. 11. Hála: Příspěvek k otázce trachomové v Čechách.

— *La Presse médicale* Nr. 90. Dejerine: Kurs historyi medycyny.

— Nr. 91. Bezançon i Labbé; Leukocytoza w chorobach zakaźnych. De Lavarenne: Prace naukowe międzynarodowej Konferencyi o gruźlicy.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 46. Lipstein: O uodpornianiu prątkami błonicy. Heller: Opatrunek w złamaniach ramienia i stawu barkowego. Kuckein: Dwa przypadki raka przełyku, przebiegające z pozorami tętniaka aorty. (c. d.) Hecker: Rozpoznanie przymiotu płodowego. (dok.). Fuchs: Kamica żółciowa a choroby trzustki.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 45. Salomon: Posocznica meningokokowa. Feinberg: O zastosowaniu metody Romanowskiego do barwienia skrawków tkanek, zwłaszcza guzów rakowych. Hamburger: O uprawnieniu i konieczności przerwania ciąży u roboczych kobiet gruźliczych. Mitulescu: Przyczynek do badań przemiany materyi w gruźlicy przewlekłej. (c. d.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 46. Jellinek: Spostrzeżenie kliniczne zaburzeń zdrowia, wywołanych elektrycznością atmosferyczną i techniczną. Marburg: Przyczynek do patologii wielkich naczyń mózgu. Harmer: Wrodzona błona na tylnej ścianie krtani. Albrecht i Ghon: Raz jeszcze o meningokoku międzykomórkowym. Schrötter: O stanie usiłowań do zwalczania gruźlicy w Austryi.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 45. Langstein: Wodniki węgla białych ciałek krwi. Struppler: Przyczynek do wiedzy o ropnem zapaleniu opon mózgowych i zapaleniu opon mózgu i rdzenia, wychodzących z nozdrzy. Stursberg: O arystochinie, przetworze pochodnym chininy, pozbawionym smaku. Revenstorf: O wartości kryoskopii dla rozpoznania śmierci z utonięcia. Keil: Zapobieganie wytwarzaniu się krwiaka za pomocą cięcia nad spojeniem łonowem według Küstnera. Philippi: Przypadek dławcowego zapalenia płuc i posocznica, wywołane pneumokokiem Friedländera. Steinhaus: Przypadek kiłowego obustronnego porażenia n. tylnego, zakończony wyzdrowieniem. Moos: Przypadek płatowego zapalenia płuc z następową ostrą pęcherzycą u $2^1/_2$-letniego dziecka. Tubenthal: Rana kłóta nerki. Lichtwitzt: Przypadek wrodzonej moczówki prostej, powikłanej z padaczką po udarze słonecznym. Schröder i Brühl: Dalszy przyczynek do sprawy: »O wzajemnym stosunku ruchów, ciepłoty ciała i albumozuryi do siebie i do gorączki w gruźlicy«. Niedner: Wykazanie udawania u osób histerycznych i w chorobach z wypadków. Ostermaier: Działanie atropiny na jelita.

Redakcya otrzymała. Wł. Janowski: Zbiór prac z oddziału chorób wewnętrznych szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 26 listopada, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie nadzwyczajne, na którem koledzy: prof. Rosner i doc. Rutkowski wygłoszą wspólny wykład: *„Apendicitis in gravida“*.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków 29 Listopada 1902. Nr. 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Marsa we Lwowie.

Nowy wziernik do celów położniczych.

Podał
Dr. Rudolf Brejter
asystent kliniki.

W klinice lwowskiej od dawna już jest używany sposób wykonywania operacyj położniczych instrumentalnych pod kontrolą wzroku, tj. przy pomocy odpowiednich, do tego celu służących szerokich wzierników łyżkowych. Jakkolwiek z jednej strony postępowanie takie wymaga koniecznej pomocy, co zbyt często jest wprost niemożliwem w praktyce prywatnej, zwłaszcza w miejscowościach mniejszych, tak znowu z drugiej strony daje nam ono znacznie większą rękojmię co do czystości w wykonywaniu zabiegów operacyjnych, jak np. wymóżdżenia, kawałkowania płodu lub torakotomii. Sposób zatem operowania we wziernikach może mieć swoje zastosowanie przeważnie w klinikach, szpitalach, zakładach położniczych i w małej liczbie przypadków w praktyce prywatnej, gdzie nie brak odpowiedniej pomocy. Wzierniki, używane do celów położniczych, są znacznie szersze od zwykłych. Pomijając ich opisy, zaznaczam, iż wzierniki te, czy to rynienkowe, czy też płaskie, zwane powszechnie wziernikami Martina, które Bumm zaleca w najnowszym swym podręczniku, nie odpowiadają w zupełności celowi. Wystarczają one dostatecznie do odsłonięcia górnego odcinka pochwy lub części pochwowej, atoli do zabiegów operacyjnych, do odsłonięcia części przodującej płodu, są stanowczo niedostateczne. Kto miał sposobność operowania w ten sposób, musiał przyjść do przekonania, iż pomimo najlepszej pomocy, nie udaje się nam zbyt często odsłonić w zupełności pola operacyjnego, względnie części przodującej płodu. Powodem tego jest zbyt silne rozpulchnienie i nadmierna rozciągłość ścian pochwy, które po założeniu i rozciągnięciu wziernika wyślizgują się z pod jego brzegów, a wypuklając się, zasłaniają pole operacyjne. Obraz zatem, jaki otrzymujemy we wzierniku, przedstawia się w kształcie dwóch grubych wałów poprzecznie przebiegających, składających się z górnego odcinka pochwy, lub też, jak to się często zdarza, z silnie obrzękłych brzegów ujścia macicy. Wprowadzając zaś przyrządy, np. przy wykonywaniu wymóżdżenia zapomocą szczypczyków Museuxa, metodą francuską, cała nasza uwaga musi być skierowaną na to, by gdzieś nie zachwycić wypuklającej się błony śluzowej. Wziernik zaś, niżej przedstawiony, wszystkie te niedogodności z łatwością usuwa, skracając przez to znacznie czas operacyi. Składa się z dwóch łyżek: przedniej i tylnej. Różnicy co do kształtu łyżek niema; jest tylko co do wielkości, względnie szerokości: przednia łyżka bowiem jest niespełna o 2 ctm. węższą. Łyżka pojedyncza, względnie tylna, składa się, jak na rysunku uwidocznione, ze zwykłego wziernika rynienkowe o szerokości 8 ctm., na końcu którego dodane jest listewkowatego przedłużenie około 5 ctm. długie i 5 ctm. szerokie, znacznie mniej wygięte niż sam wziernik. Długość łyżki, mierzona od spodu, wynosi $13^1/_2$ ctm.



Przy zakładaniu wziernika listewkę tę wprowadzamy do szyi macicy, względnie pomiędzy jej ścianę a część przodującą płodu, rozszerzając zaś łyżki spychamy ku tyłowi i ku przodowi obrzękłe i rozpulchnione brzegi ujścia i odsłaniamy w zupełności pole operacyjne; a osłaniając należycie części miękkie matki, osiągamy wielką swobodę i pewność w operowaniu. Pożytek z zastósowania tego wziernika możemy najlepiej osądzić przy wykonywaniu wymóżdżenia.

Wziernik ten daje nam również możność subtelniejszego postępowania bezgnilnego przy tamponadzie macicy. Sciągnąwszy obwisłe brzegi ujścia macicy jak najniżej ku dołowi, zakładamy na tylną wargę łyżkę węższą, przednią zaś przytrzymujemy palcami, następnie wprowadzamy gazę po wzierniku wprost do jamy macicy, unikając w ten sposób zawijania się tylnej wargi przy wprowadzaniu gazy ku górze i prawie nie dającego się uniknąć przypadkowego dotykania się brzegów sromu lub pochwy. Wprowadzając gazę po wzierniku, mamy również możność szczelniejszego i szybszego wytamponowania macicy skutkiem nieporównanie łatwiejszego przystępu do jej jamy.

Wypróbowawszy ten wziernik w pewnej liczbie przypadków w klinice prof. Marsa, przyszedłem do przekonania, iż może on oddać w wielu razach wielkie przysługi; polecam go przeto szerszemu ogółowi lekarzy z nadmienieniem, iż wyrabia go pracownia narzędzi chirurgicznych Georgeona i Trepczyńskiego we Lwowie.

II. Obecny stan nauki o t. zw. „tuberkulidach skóry“.

Studyum krytyczne oraz przyczynek do kazuistyki: *„folliclis“*.

Podał
Dr. Zygmunt Steuermark
kierownik oddz. dermatologicznego szpitala izr. w Krakowie.

(Dokończenie).

Kończąc rzecz o *folliclis,* nie mogę pominąć milczeniem, że wielu dermatologów wyłącza z tej postaci chorobowej postać kliniczną, opisaną przez Barthèlemyego pod nazwą: *acnitis.* Autor ten pod tą nazwą opisał *(De l'acnitis ou d'une forme speciale des folliculites et perifolliculites generalisées et disseminées.* Annales de dermatologie et syphiligraphie, 1891) chorobę skórną, cechującą się guzkami drobnymi, rozwijającymi się pierwotnie w tkance podskórnej, podczas gdy guzki *folliclis* są śródskórne od samego początku. Guzki te, w miarę jak rosną, wznoszą się ponad poziom skóry, która staje się czerwoną, wreszcie na szczycie ich wytwarza się krostka, po pęknięciu której sączy się przez kilkanaście dni wydzielina surowiczokrwawa. Wreszcie skutkiem zaschnięcia tej wydzieliny wytwarza się strupek, po opadnięciu którego pozostaje plama barwikowa lub blizna. Cały rozwój pojedynczego guzka aż do wytworzenia się blizny trwa około miesiąca. Guzki te są zupełnie niebolesne, rozwijają się głównie na twarzy, rzadziej na owłosionej części głowy, tułowiu i kończynach. Zwykle ilość pojedynczych wykwitów skórnych jest bardzo znaczna. Barthèlemy np. spostrzegał u jednego osobnika około 180 guzków na samej twarzy. Pojedyncze wybuchy tej wysypki występowały zwykle nagle co kilka tygodni i trwały kilka miesięcy. Wielu dermatologów uważa postać tę za identyczną z *folliclis,* jakkolwiek niektóre cechy kliniczne i anatomiczne zdawałyby się przemawiać za tem, że mamy tutaj do czynienia z odmiennym typem chorobowym.

Przechodzę obecnie do opisu innych chorób z gromady tuberkulidów, a na tem miejscu pozwolę sobie przedewszystkiem opisać liszaj zołzowy *(lichen scrophulosorum),* chorobę klinicznie dokładnie znaną, której związek z gruźlicą jest uznany powszechnie. I tak Neisser i Jadassohn spostrzegali wybitny odczyn miejscowy dookoła guzków po wstrzyknięciu tuberkuliny, znane są wreszcie fakta, że wielokrotnie znajdowano w guzkach twory olbrzymie, a Jacobi wykrył w jednym przypadku w guzkach prątek Kocha. Hallopeau, opierając się głównie na wymienionych właśnie pracach Schweningera i Buzzi, przyjmuje, że toksyny gruźlicze, wydzielając się przez skórę, wywołują odczyn dookoła torebek włosowych pod postacią guzków o cechach klinicznych liszaja zołzowego. Jadassohn, opierając się na pracach Haushaltera, (szczepienia na zwierzętach z wynikiem dodatnim), oraz Pelizzariego, który znajdował prątki Kocha w guzkach, uważa raczej liszaj zołzowy za *tuberculoderma miliare,* czyli za dobrotliwą postać prosówkowej gruźlicy skóry, aniżeli za *toxicodermia.* Nadzwyczaj pouczające w tym kierunku są doświadczenia prof. Łukasiewicza, który w 43 przypadkach liszaja zołzowego ani razu nie znalazł prątka Kocha, jak również, co zresztą jest ważniejsze, wszystkie próby przeszczepienia na zwierzęta, które w dziewięciu przypadkach przeprowadził, dały wynik ujemny. Również spostrzeżenia kliniczne zdawałyby się przemawiać przeciwko uważaniu liszaja zołzowego za postać prawdziwej gruźlicy skóry, a mianowicie sprzeciwiałaby się temy dobrotliwość choroby, oraz przedewszystkiem skłonność do samoistnego przeobrażenia wstecznego; wprawdzie i w innych postaciach gruźlicy to samoistne przeobrażenie wsteczne jest możliwe, ale następuje dopiero po wielu latach trwania, przyczem częstokroć wytwarzają się rozległe blizny, jako następstwo rozpadu tkanki, którego nigdy w przebiegu liszaja zołzowego nie spostrzegano.

Liszaj zołzowy makroskopowo przedstawia się pod postacią małych guzków wielkości główki od szpilki, barwy żółto-różowej, na szczycie których sterczy guzek rogowy; przez środek guzka przechodzi włos, który często u podstawy odłamuje się i pozostaje tylko t. zw. „point noir“; na szczycie guzka tworzą komórki zrogowaciałe pochewkę dla włosa, skutkiem czego ujścia torebek włosowych wystają nieco ponad poziom skóry, czyniąc przy dotknięciu wrażenie tarła.

Badanie mikroskopowe wykrywa naciek drobnokomórkowy, obejmujący manszetowato gruczoły łojowe w okolicy ich szyi; wyjątkowo pośród nacieku znajdowano twory olbrzymie.

Mówiąc o liszaju zołzowym, pragnę poruszyć sprawę trzeciej choroby z gromady tuberkulidów, mianowicie wyprysk zołzowy *(Eczema scrophulosorum Boeck).* Choroba ta usadawia się na miejscach, na których spostrzegamy zwykle liszaj zołzowy, t. j. na przedniej i tylnej powierzchni tułowia, zewnętrznej powierzchni ramion, zewnętrznej i przedniej powierzchni kończyn dolnych, wreszcie na owłosionej części głowy; jest to wysypka często powracająca, symetrycznie ułożona, słabo tylko swędząca; cechuje się obecnością plam różowych lub żółto-różowych, łuszczących się; wyjątkowo tylko przychodzi do sączenia i wytworzenia strupów. Jadassohn nie uznaje osobnej formy: *eczema scrophulosorum,* wywołanej bezpośrednio lub pośrednio działaniem prątka Kocha, lecz uważa formy te za *lichen scrophulosorum* bez wytworzenia się charakterystycznych guzków.

Czwarta choroba z rzędu tuberkulidów: rumień połączony ze stwardnieniem *(erythema induratum Bazin)* polega na tworzeniu się dużych, twardych guzów barwy sino-czerwonej, podobnych do guzów rumienia węzłowatego *(erythema nodosum),* usadowionych głęboko w skórze na kończynach dolnych; częstokroć skutkiem rozpadu tych guzów przychodzi do wytworzenia się głębokich wrzodów; choroba ta występuje często u dziewcząt zołzowatych, które przez zawód swój zmuszone są do długiego stania. Nieliczne badania anatomiczne, jakie dotychczas przeprowadzono nie wykazały zmian typowych dla gruźlicy.

Jadassohn spostrzegał przypadek, w którym liszaj zołzowy na kończynach dolnych i brzuchu oraz guzy rumienia *(erythema Bazin)* na podudziach okazywały wybitny odczyn po wstrzyknięciu tuberkuliny.

W ostatnim czasie Thibierge w jednym przypadku, w którym przyszło do owrzodzeń, otrzymał wynik dodatni przy przeszczepianiu rozpadłych guzów na królika, Johnston zaś opisał przypadek, w którym rumień *(erythema Bazin)* wystąpiła u osobnika z typową *folliclis.*

Piąta choroba z gromady tuberkulidów: zgorzel charłacza dzieci *(gangraena cachectica infantum Oscar Simon,*

Ecthyma terebrant de l'enfance francuskich autorów) występuje u dzieci gruźliczych równocześnie z liszajem zołzowym. Jest to sprawa sporna, czy wogóle chorobę tę można zaliczyć do tuberkulidów, podobnie jak i łupież czerwony *(pityriasis rubra Hebrae)*; jedynie spostrzeżenia kliniczne zdawałyby się za tem przemawiać.

Przechodzę obecnie do sprawy tocznia rumienistego *(lupus erythematodes)*. Kaposi dzieli tę postać chorobową na 2 formy: *L. e. discoides i disseminatus* (forma ostra). Poruszę tutaj tylko niektóre szczegóły, które przemawiają za związkiem tej dermatozy z gruźlicą, nie kusząc się o rozstrzygnięcie samej sprawy, gdyż kwestya ta należy do przyszłości. Według statystyki Boecka na 42 przypadki, które autor ten zebrał, w 28 były wybitne objawy zołzowo-gruźlicze; jeżeli uwzględnimy w dodatku, że gruźlica często występuje jako gruźlica utajona, to odsetek, w którym niedało się wykazać wprost gruźlicy, jeszcze bardziej zmaleje. W tym kierunku pouczający w wysokim stopniu jest przypadek, opisany przez angielskiego dermatologa Fordycea; autor ten opisuje tocznia rumienistego *(lupus erythematodes discoides)* u kobiety, która z objawami zatrucia żółcią (cholemii) w śpiączce *in ultimis* przyniesioną została do szpitala. Sekcya tej chorej wykazała najzupełniej prawidłowy stan płuc i opłucnej, gruczołów pozaoskrzelowych, krezkowych i pozaotrzewnowych, natomiast wyraźne zmiany gruźlicze w obydwóch nerkach.

W ostatnich czasach zebrał Roth *(Ueber die Beziehungen des Lupus erythematodes zur Tuberculose Arch. f. Derm. u. Syphilis 1900 t. LI)* 250 przypadków tocznia rumienistego *(lupus erythematodes)*, z których w 185 znalazł najróżnorodniejsze postacie gruźlicy. Roth przyjmuje również teoryę toksyn, jako przyczynę tej dermatozy w przeciwieństwie do innych autorów niemieckich, którzy przeważnie związku z gruźlicą nie uznają i uważają toczeń rumienisty za chorobę *sui generis*. Hallopeau, Jeanselme i Leredde ogłosili dwa przypadki tocznia rumienistego twarzy z równoczesnemi zmianami gruźliczemi w zakresie gruczołów szyjnych; zserowaciałe te gruczoły zawierały mnóstwo prątków Kocha; pomimo jednak ich obecności w gruczołach szczepienia zapomocą tkanki tocznia rumienistego wypadły ujemnie. Audry *(Lesions histologiques tuberculeuses dans un lupus erythemateux. Soc. de dermat. et syphil.. 1897)* znalazł w trzech przypadkach pośród ognisk tocznia rumienistego typowe gruźlicze zmiany anatomiczne z tworami olbrzymimi. Równocześnie pomimo wielkiej ilości preparatów w żadnym z nich prątków Kocha nie znalazł. Zarzucano temu autorowi, że były to przypadki mięszane t. zw. *lupus erythemato-tuberculeux de Leloir*. Kaposi otrzymał w kilku przypadkach odczyn po zastrzyknięciu tuberkuliny, czego inni autorowie nie spostrzegali. Doświadczenia na zwierzętach pomimo licznych prób pozostały dotychczas bez wyniku dodatniego.

Wspomnę wreszcie dla ścisłości, że Hallopeau przypuszczał, o czem już wyżej mówiłem, że mamy tutaj prawdopodobnie do czynienia z gruźlicą rzekomą, wywołaną przez drobnoustroje odmienne od prątka Kocha, *(une forme microbienne distincte du bacille vulgaire)*.

Tęż samą hipotezę odnosił Hallopeau i do *lupus pernio Besnier*, choroby, cechującej się w początkowym okresie twardymi, zbitymi naciekami barwy sinoczerwonej, które w dalszym przebiegu ulegały martwicy i zamieniały się w rozległe owrzodzenia. Tę postać chorobową uważają jedni autorowie za odmianę tocznia pospolitego, inni zaś za toczeń rumienisty.

Na tem kończę rzecz o tuberkulidach skóry, dodając, że dział ten nie jest dotychczas zamknięty; być może, że w przyszłości wiele jeszcze jednostek chorobowych zarówno z dermatologii, jak i innych działów patologii, zaliczy nauka do gromady tuberkulidów w ogólności, a być również może, że wymienione choroby nie wszystkie do działu tego należą; w każdym razie wielką zasługą szkoły dermatologicznej francuskiej jest już ten fakt, że zwróciła ona uwagę badaczy na gromadę chorób skórnych, których związek z gruźlicą zaprzeczyć się nie da, jakkolwiek choroby te nie posiadają cech typowych, patognomonicznych dla gruźlicy; w ten sposób, o ile np. teorya toksyn lub też teorya niejadowitych, względnie osłabionych prątków gruźliczych żywych okaże się w przyszłości słuszną, dzięki genialnym spostrzeżeniom czysto klinicznym uczonych francuskich położony został kamień węgielny dla zupełnie nowego działu patologii, którego dokładne opracowanie, a przedewszystkiem oparcie na ściśle naukowych podstawach, do których w pierwszej linii zaliczamy bakteryologię, histopatologię i chemię, należy niewątpliwie do porzyszłości.

Obok nazwisk dermatologów francuskich, którzy na tem polu przeprowadzili ściśle badania, wymienić należy na pierwszem miejscu nazwisko prof. Caesara Boecka z Chrystyanii, który nawet jeszcze wcześniej, bo już w r. 1880 opisał specyalną formę tocznia rumienistego rozsianego *(lupus erythematodes disseminatus)*, którą postawił w zależności od gruźlicy.

Piśmiennictwo. 1) Annales de dermatologie et syphiligraphie. 1893, pag. 885—893. 1896, pag. 520, 1431, 512. 1428 2) Archiv f. Dermatogie u. Syphilis Tom XLII, 1898. prof. Caesar Boeck: «Die Exantheme der Tuberculose» (Tuberculides Darier). 3) Tamże: Hallopeau et Bureau: «Tuberculides acnéi formes et necrotiques», Brocq: «Neue Thatsachen zur Geschichte der Tuberkulide». Thibierge: «Folliculitis disseminata», Du Castel: «Lupus erythematodes des Gesichtes mit psoriasiformer Abschuppung und Folliclis der Hände» 4) Jadassohn: «Ueber die tuberkulösen Erkrankungen der Haut». (Berl. klin. Wochenschrift. 1899 Nr. 45, 46) 5) Delbanco: «Zur Klinik der tuberkulösen Exantheme (Tuberkulide) (Monatshefte f. pract. Dermatologie. 1900 Tom XXXI), 6) Prof Bądzyński, «O współczesnym stanie nauki o prątku gruźliczym i zakażeniu gruźliczem« (Prace sekcyi gruźliczej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników w Krakowie). 7) Cornelius Beck i Julius Grósz: «Ueber Lichen scrophulosorum und dessen Beziehungen zu den «Tuberculides cutanées Darier» (Archiv f. Kinderheilkunde. 1902. Tom 34). 8) Leredde: «Les tuberculides» (Semaine medicale 1900). 9) Lenglet: «Lupus vulgaire», oraz «Lupus érythémateux» w Pratique dermatologique (Besnier. Brocq, Jacquet) Tom III. 10) Łukasiewicz: Ueber Lichen scrophulosorum (Arch. f. Derm. u Syph 1894 Tom 26).

III. W sprawie szybkiego rozszerzania szyjki macicznej podczas porodu.

Na podstawie własnych doświadczeń.

Napisał

Dr. Jan Lachs w Krakowie.

(Dokończenie.)

Inne zastosowanie ma balon przy łożysku przodującem. Tu nie zawsze zależy na szybkiem rozwiązaniu, a idzie czasem o to, by przeciągnąć pierwszy okres porodowy. We wszystkich bowiem trzech przypadkach, w których użyliśmy tej metody rozszerzania, mieliśmy do czynienia z rodzącemi, tak bardzo skrwawionemi, że obawiając się następowego krwotoku, staraliśmy się wprost o przedłużenie pierwszego

okresu i dlatego nie odchodząc od rodzącej, nie obciążaliśmy balonu. Tym bowiem sposobem przypuszczaliśmy, że rodząca najszybciej się skrzepi. We wszystkich trzech przypadkach bóle wyparły balon po upływie 2—4 godzin. Ile tu trzeba było czasu do całkowitego rozwarcia ujścia, tego nie możemy oznaczyć. U wszystkich rodzących było ono bowiem po wyparciu balonu już całkowicie rozwarte, a żadna z nich nie utraciła ani kropli krwi przez czas zatrzymania balonu. Po wypadnięciu balonu wykonaliśmy z łatwością obrót na nóżki u wszystkich, a mieliśmy do czynienia z wieloródkami. Z dzieci tylko jedno przyszło na świat żywe, dwoje zaś umarło przed urodzeniem się. Złego wyniku jednak (co do noworodków) nie możemy kłaść na karb metody, ile raczej musimy przypisać go tej okoliczności, żeśmy z powodu złego stanu matek nie chcieli dokonywać ekstrakcyi płodów. lecz pozostawiali dalszy przebieg porodu siłom przyrody. Co się tyczy rodzaju łożysk przodujących, to musimy zauważyć, żeśmy mieli zawsze do czynienia z nizkiem usadowieniem łożyska *(placenta praevia lateralis)*. Dwa razy mieliśmy do czynienia z położeniami poprzecznemi płodu, a raz z główkowem, przyczem główka po wprowadzeniu balonu usunęła się na bok. Samo wprowadzenie balonu nie przedstawiało trudności, ponieważ najmniejsze ujście było rozwarte na srebrnego florena, a największe na pięć koron, a nadto rozszerzaliśmy je jeszcze palcami tak dalece, jak się to tylko dało. Przed wprowadzeniem balonu przebijaliśmy zawsze pęcherz; w ten bowiem tylko sposób mogliśmy liczyć na zatamowanie krwotoku i oczekiwać korzyści dla rodzącej. Balon bowiem twardy, naśladując działanie główki, przygniatał odklejony płat przodujący łożyska do ściany macicy, chroniąc rodzącą przed dalszą utratą krwi.

U wszystkich dotychczas wymienionych rodzących wprowadzenie balonu nie przedstawiało większych trudności. Ujście nie było wprawdzie zawsze dostatecznie rozwarte dla wprowadzenia balonu, jak n. p. w jednym przypadku drgawek porodowych, gdzie rozmiary jego nie przekraczały 20 halerzy, zawsze się nam jednak udawało rozszerzyć je palcem na tyle, ile to nam było potrzebne. Inaczej powiodło się nam w siódmym przypadku, który dotyczył wieloródki z poprzecznem położeniem płodu po przedwczesnem odpłynięciu wód. U pacyentki tej wykonano już przy poprzednich porodach dwa obroty na nóżkę, również z powodu położenia poprzecznego. Część pochwowa była jeszcze prawie w całości utrzymana, ujście wewnętrzne drożne zaledwie dla palca, a bóle bardzo słabe. Nie chcąc się tu doczekiwać położenia poprzecznego zaniedbanego, postanowiliśmy dla ocalenia tej reszty wód płodowych, jakie się jeszcze w macicy znajdowały, wprowadzić balon po poprzedniem rozszerzeniu szyjki palcem. Ponieważ jednak nie powiodło się nam rozszerzenie palcem, postanowiliśmy użyć rozszerzadła Müllera. I cóż się pokazało? Zaledwie trzy razy obróciliśmy śrubą, obracając zawsze tylko o 90°, pokazała się dosyć znaczna ilość krwi, a przy badaniu rozdarcie, sięgające aż do sklepienia prawego, które nam pozwoliło bez dalszego wykonywania zabiegu dokonać obrotu na nóżki. Wobec tego zaniechaliśmy wogóle dalszego użycia dwupłatowych rozszerzadeł metalowych w przebiegu porodu.

Do wspólnych wad, które przypisują balonom, należą: powiększenie pojemności macicy, niemożność wprowadzenia balonu przy znaczniejszych ścieśnieniach miednicy, rzadkość zupełnego zaniku ujścia, częste naddarcia szyjki, wreszcie trudność odkażenia.

Powiększenie pojemności macicy takie, jakie osiągamy przez wprowadzenie balonu, może się czasem stać groźnem; dlatego nie należy wprowadzać go tam, gdzie się obawiamy pęknięcia macicy.

Przy nieznacznych ścieśnieniach nie napotkamy przy wprowadzaniu balonu na trudności ze strony kanału kostnego. Kobiety zaś z miednicami tak znacznie ścieśnionemi, że w znacznym stopniu utrudniają lub nawet uniemożliwiają założenie balonu, nie nadają się do tego leczenia, gdyż nie podobna przez nie przeprowadzić niepomniejszonej główki.

Co się tyczy niedostatecznego często rozwarcia ujścia i trudności, jakie z tego powodu w dalszym przebiegu porodu wynikają, to przypuszczamy, że przy pewnej cierpliwości operującego i przy pewnem wyćwiczeniu w technice da się uzyskać zupełny zanik brzegów ujścia. Na sześć przypadków, w których tej metody użyliśmy, osiągnęliśmy je pięć razy. Najważniejszą jest rzeczą, by operujący nie tracił spokoju, by nie pociągał zanadto silnie i szybko a jednocześnie pamiętał o kierunku ku dołowi, gdyż w przeciwnym razie balon opiera się o spojenie łonowe. O całkowite rozwarcie ujścia macicznego należy się wprawdzie starać, o ile możności, lecz nie mogąc osiągnąć całkowitego zaniknięcia brzegów nie należy z tego powodu zaniedbywać metody, która pomimo niezupełnego rozwarcia ujścia daje nam możność działania.

O możności naddarć już wspomnieliśmy. W sześciu przypadkach mieliśmy tylko te, które się przydarzają przy porodach przebiegających zupełnie prawidłowo. Siódmy nasz przypadek nasunął nam jednak wątpliwość, czy te znaczniejsze naddarcia, o jakich niektórzy autorowie wspominają, nie są następstwem poprzedniego użycia rozszerzadeł metalowych, a zostały policzone na karb balonów. Nie twierdzimy tego stanowczo, ale należałoby może więcej zwrócić uwagi w tym kierunku.

Niebezpieczeństwa, jakieby mogły wyniknąć z powodu trudności odkażenia balonu, istnieją tylko w teoryi, a nie w praktyce. Gdyby bowiem rzeczywiście dokładne odkażenie nie było możebne do przeprowadzenia, natenczas musiałyby się choroby matek, rozwiązanych tym sposobem znaczenie powiększyć. Najlepszym argumentem przeciw takiemu twierdzeniu jest statystyka, którą w ostatnich czasach zebrał Zimmermann. Jeżeli uwzględnimy w tej statystyce przypadki łożyska przodującego, to nabierzemy przekonania, że balon można odkazić i że należycie odkażony, nie przedstawia źródła zakażenia dla matki. W statystyce Zimmermanna znajdujemy, że na 79 rodzących z łożyskiem przodującem, które leczono przebiciem pęcherza i wprowadzaniem balonu do wnętrza jaja płodowego, gorączkowało 16·4%, a umarło 7·59% matek. Na 30 zaś porodów z łożyskiem przodującem, leczonych bez przebicia pęcherza, gorączkowało 10·4%, a umarło 3·33% matek. Z tego wynika, że odsetek zachorowań i śmiertelności matek był znacznie większy tam, gdzie wprowadzano balon do wnętrza jaja płodowego, aniżeli tam, gdzie z powodu utrzymania jaja płodowego balon dotykał się bezpośrednio ścian macicy. Gdyby odkażenie balonu było niedostatecznem, musiałoby to mieć rozstrzygające w tym kierunku znaczenie, stosunek ten musiałby być odmiennym, gdyż możność i prawdopo-

dobieństwo zakażenia byłoby przy bezpośredniem zetknięciu się balonu ze ścianami macicy największem.

W naszych sześciu przypadkach połóg przebiegał pod względem zachowania się ciepłoty zupełnie prawidłowo, ani razu bowiem nie zauważyliśmy podniesienia się ponad 37·3°.

Częsta potrzeba znacznie szybszego działania, aniżeli to przy balonach możliwe, kazała położnikom przemyśliwać nad nowymi przyrządami, którcby posiadały zalety balonów a usuwały ich usterki. Niezadowolony z trudniejszego wprowadzania balonu i z usuwania przez nie na bok części przodującej, oraz z trudniejszego odkażania balonów, podał Bossi narzędzie bardzo pomysłowe, które częściowo rzeczywiście spełnia niektóre życzenia położników. Przyrządu tego nie mieliśmy wprawdzie jeszcze sposobności użyć w praktyce prywatnej; na podstawie stosunkowo już bogatej literatury nasunęły się nam niektóre uwagi, któremi z czytelnikiem pragniemy się podzielić.

Narzędzie Bossiego jest rozszerzadłem metalowem czteropłatowem, którego płaty przy pomocy śruby się rozszerzają. Stopień oddalenia płatów od siebie przy kręceniu śrubą oznacza wskazówka. Nie ulega wątpliwości, że rozszerzadło to jest bardzo pomysłowe; użycie jego ułatwia w znacznym stopniu możność kontrolowania każdej chwili rozwartości płatów, a działanie jego jest najbardziej zbliżone do rozszerzania zapomocą balonów. Do tych ostatnich rozszerzadło jest zbliżone większą ilością płatów, które, gdy są rozszerzone, stanowią mniej więcej kwadrat i powodują bardziej równomierny rozkład sił, podobnie jak to bywa przy balonach.

Zaletą tego przyrządu jest także ta okoliczność, że się go nie wprowadza do jamy macicy, że nie powiększa on zawartości macicy, że nie usuwa części przodującej, która się może jeszcze podczas rozszerzania wstawić, że go można użyć jeszcze i wtedy, gdy się już część przodująca wstawiła i że działa szybko.

Wadą natomiast jest trudność odkażenia z powodu zawikłanej budowy, to, że wymaga pewnego już poprzedniego rozwarcia ujścia, by się dał wprowadzić i że przy niedostatecznem rozwarciu szyjki zmusza położnika do przygotowania pola operacyjnego zapomocą innych rozszerzadeł. Jeżeli uwzględnimy to, co Leopold i Rissmann o tym przyrządzie pisali, to zauważymy, że korzyści z jego użycia są w porównaniu z tymi, jakie wynikają z rozszerzadeł dwu- lub trzypłatowych, dla matki większe, lecz że się jednak równoważą prawie z dobremi stronami balonów. Ta okoliczność, że na płaty rozszerzadła zakładają się przy pewnego stopnia drożności ujścia kapturki, równa się wprowadzeniu nowego narzędzia. Jeżeli już poprzednio użyliśmy rozszerzadeł jednoramiennych, przez założenie kapturków wprowadzamy trzeci przyrząd co znacznie ułatwia zanieczyszczenie podczas porodu.

Podczas rozszerzania może się jeden lub i drugi płat rozszerzadła tego wysunąć na zewnątrz i pozostać w pochwie tak, że wtedy mamy do czynienia z rozszerzadłem dwu- lub trzypłatowem.

Rzadko kiedy osiągamy całkowite rozszerzenie ujścia; brzegi jego pozostają grube, a czasem ujście po wyjęciu przyrządu zwęża się napowrót. W miejscu działania płatów tworzą się — jak to Rissmann stwierdził — na sekcyi odleżyny; naddarcia są wcale nie rzadkie, a w każdym razie częstsze, aniżeli przy użyciu balonów. Leopold wspomina wprawdzie tylko o lekkich naddarciach; jeżeli się jednak tym naddarciom bliżej przyglądniemy, to zauważymy, że na trzy razy, z 12 opisanych przypadków, w których musiał szyć, zakładał raz dwa szwy, a raz trzy tak, że naddarć tych, zwłaszcza w przypadku dziewiątym, nie możemy uważać znowu za tak małe. Bez porównania gorzej powiodło się Rissmannowi, który w trzech opisanych przypadkach, pomimo że rozszerzał powolniej i dłużej, nie osiągnął ani razu całkowitego zaniku brzegów ujścia, lecz owszem, za każdym razem pozostał dosyć znaczny i gruby brzeg, który się po usunięciu narzędzia czasem napowrót ściągał. Dla wytłomaczenia tego ponownego ściągania się ujścia macicznego, lub ponownego wytwarzania się części pochwowej pozornie już zanikłej, możemy przyjąć to wytłómaczenie, jakie podaje Ahlfeld dla wyjaśnienia tego objawu przy użyciu balonów. Doświadczenia Rissmanna są jednak i pod względem naddarć bez porównania gorsze. Na trzy bowiem przypadki, w których użył przyrządu Bossiego, miał dwa razy do czynienia ze znacznemi rozdarciami części pochwowej. W pierwszym przypadku obok rozdarcia, sięgającego aż do sklepienia prawego, miał jeszcze i poprzeczne części pochwowej, a w trzecim, który się skończył śmiertelnie, było tylko „nieznaczne rozdarcie“, trzy ctm. długie. Kto jednak wie, jak długą jest cała część pochwowa, ten jest w stanie i to nieznaczne rozdarcie należycie ocenić.

Mimo wymienionych tu niektórych usterek przyrząd ten przedstawia znaczny postęp w technice położniczej, która się będzie musiała z nim liczyć, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie zastosowanie balonu jest niemożliwe, jak się to zdarza przy znaczniejszych ścieśnieniach miednicy, przy ustalonej główce i przy znaczniejszego stopnia niepodatności, lub też przy niedostatecznem jeszcze rozwarciu szyjki macicznej; dalej przy wzniecaniu poronienia w pierwszych trzech miesiącach, tam gdzie nam zależy na jak najszybszem osiągnięciu celu itd. Zastąpić jednakowoż balonu i wyrugować go nie jest w stanie, gdyż działanie balonu jest najbardziej zbliżone do fizyologicznego działania główki. Że zaś przyrząd Bossiego nie odpowiada wszelkim wymaganiom i nie zadowalnia wszystkich, tego słabym dowodem może być ta okoliczność, że już podano[1]) inny konkurencyjny o dziesięciu płatach (Raineri), którego działanie na szyjkę z powodu tak znacznej ilości płatów jeszcze bardziej się zbliża do działania balonu, gdyż ucisk nim wywarty jest tego rodzaju, że wszystkie prawie części są w tym samym stopniu uciśnięte.

Piśmiennictwo. 1) H. F. Winkler: Mittheilungen aus der Gebaranstalt zu Jena. (Archiv für Gynaekologie r. 1870. T. I). 2) G. Stehberger: Lex regia und künstliche Frühgeburt. Tamże. 3) Münrer: Neue Methode zur schnellen Eröffnung des Muttermundes. (Centralblatt f. Gyn. r. 1887). 4) Gredor: Zur intrauterinen Anwondung von Gummiblasen bei der Geburt und in der Gynaekologie. Tamżo. 5) St. Braun: Wzniecenie porodu przedwczesnego z powodu obrzęku płuc, następnie rozszerzenie szyjki macicznej balonem Brauna dla przyspieszenia porodu. (Przegląd lekarski r. 1888). 6) A. Dührssen: Cervixincisionen zur Beschleunigung der Geburt. (Centralbl. f. Gyn. r. 1892). 7) H. Fehling: Die künstliche Frühgeburt in der Praxis. (Berlinor klin. Wochenschrift. r. 1892). 8) Rosenstein: Zur mechanischen Dilatation des

[1]) Po oddaniu do druku niniejszego artykułu pojawiły się notatki Kaisera i Knappa, mające na celu modyfikacyę przyrządu Bossiego, celem usunięcia niektórych jego usterek a zbliżenia jego działania do działaniabalonów. W ostatnich zaś dniach pojawiło się rozszerzadło Dr. Frommera któremu osobno kilka słów poświęcamy.

Muttermundes in der Geburtshülfe nach Dührssen. (Therapheut. Monatshefte 1893). 9) A. Dührssen: Ueber den Werth der tiefen Cervix- und Scheidendamm-Einschnitte in der Geburtshülfe. (Archiv f. Gyn. t. 44, r. 1894). 10) A. Dührssen: Ueber die Behandlung der Placenta praevia mittelst intrauteriner Kolpeuryse. (Deutsche med. Woch. r. 1894). 11) R. Braun v. Fernwald: Ueber die mechanische und blutige Dilatation der Cervix bei schwerer Eklampsie. (Wiener klin. Woch. r. 1894). 12) R. Braun v. Fernwald: Ueber intrauterine Kolpeuryse. (Wiener med Blätter. r. 1894). 13) A. v. Gubaroff: Ueber die Behandlung der Eklampsie. (Centr. f. Gyn. r. 1895) 14) F. Starlinger: Ein neuer Cervixdilatator nach einem alten Principe. Tamże. 15) G. Woyer: Ein Fall von Eklampsie bei Mutter und Kind. Tamże. 16) Zweifel: Zur Behandlung der Eklampsie. Tamże. 17) Schlaepfer. Ein Fall von künstlicher Frühgeburt nach früher überstandenem Kaiserschnitt. Tamże 18) De Paoli: 50 Fälle von künstlicher Erweiterung des Orificium uteri durch den Dilatator von Bossi (Sprawozdanie w C. f. Gyn. r. 1896). 19) F. Füth: Zur Behandlung der Placenta praevia. Tamże. 20) A. Mueller: Zur Ballondilatation der Cervix und Scheide nach Champetier-Maurer. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. t. 14, r. 1896). 21) E. Wertheim: Zum Aufsatze A. Mueller's »Die Ballondilatation der Cervix u. Scheide«. Tamże. 22) L. Świtalski: O zastosowaniu baloników kauczukowych w położnictwie. (Przegląd lekarski. 1896). 23) E. Welti: Zur Behandlung der Placenta praevia. (Korrespondenzblatt für schweizer Aerzte. r. 1897). 24) Sprawozdanie z posiedzeń Tow. gin. w Londynie. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1897 t. 6). 25) Sprawozdanie z VII. Zjazdu niemieckiego Tow. gin. w Lipsku, o łożysku przodującem. Tamże. 26) Gerich: Intrauterine Kolpeuryse. (C. f. Gyn. 1897). 27) Société obstétricale et gynécologique de Paris. Sprawozdanie z grudnia 1896. Tamże. 28) G. Beck: Zur künstlichen Erweiterung der Cervix uteri mittels des Dilatators von Bossi (Prager med. Wochenschrift r. 1897). 29) A. Stieda: Ueber die intrauterine Auwendung von Ballons zur Einleitung der Frühgeburt u. des Abortus. (Monatsschr. f. Geb. u. G. t. 5 r. 1897). 30) M. Graefe: Ueber die Einleitung bezw. Beschleunigung der Geburt durch intrauterine Kolpeuryse. (Münchener med. Wochenschr. r. 1897). 31) A. Müller: Zur Anwendung des elastischen und unelastischen Ballons in der Geburtshülfe. Tamże. 32) Geburtshülfliche Gesellschaft in Edinburg. (Sprawozdanie w C. f. Gyn. r. 1898). 33) Gesellschaft für Geburtshülfe zu Leipzig. Posiedzenie z 20 grudnia r. 1897. Tamże. 34) F. Kleinhans: Zur intrauterinen Anwendung des Kolpeurynters. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. t. 7, 1898). 35) Hucklenbroich: Ueber den Worth der künstlichen Frühgeburt an der Hand von 60 Fällen. (Münchener med. Wochenschr. r. 1898). 36) W. Müller: Ueber Metreuryse. Inaug.-Diss. Bonn. 1898. 37) F. Heymann: Ueber Methode und Indikationen der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. (Archiv f. Gyn. t. 59, r. 1899). 38) Schwarzenbach: Ein Metallinstrument als Ersatz für den Ballon bei der Cervixdilatation. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. t. 10, r. 1899). 39) H. Bollenhagen: Beitrag zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. (Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. t. 41 r. 1899). 40) A. Mueller: Ein neuer Cervixdilatator. (Centr. f. Gyn. r. 1899). 41) E. Preiss: Ein Metreurynter. (Centr. f. Gyn. 1900). 42) Bosse: Ueber Kolpeuryse u. Metreuryse. Tamże. 43) Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg. Sprawozdanie z posiedzenia z 3 i 13 listopada r. 1897. (Centr. f. Gyn. r. 1900). 44) L. Knapp: Accouchement forcé bei Eklampsie. (Prager med. Wochenschr. r. 1900). 45) O. Kaufmann: Zur Kolpeurynter-Frage. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. t. 11, r. 1900). 46) L. Skorscheban: 44 Fälle künstlicher Frühgeburt und deren Enderfolge. Tamże. 47) W. Stroganoff: 58 Fälle von Eklampsie ohne Todesfall von dieser Erkrankung. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. t. 12, r. 1900). 48) Rubeška: Ueber die intrauterine Anwendung des Kautschukballons in der Geburtshülfe. (Archiv. f. Gyn. t. 61, r. 1900). 49) L. Kleinwächter: Ueber die Technik der Einleitung der künstlichen Frühgeburt. (Der Frauenarzt. r. 1900) 50) Spinelli: Ein neues Verfahren zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Tamże 51) G. Vogel: Querlage und Wendung bei Erstgebärenden. (Zeitschrift für Geb. und Gyn. t. 43. r. 1900). 52) Fleischmann: Geburshülfliche Erweiterung der Cervix und des Muttermundes. (W: Encyklopädie der Geburshülfe u. Gynaokologie v. Länger u. Herff. r. 1900). 53) G. Raineri: Ueber einen neuen Uterusdilatator. (Sprawozdanie w Centr. f. Gyn. r. 1901). 54) P. Baumm: Unelastischer Metreurynter. Tamże. 55) G. Hauff: Ein Beitrag zur Wehenerregung allein durch intrauterine, wenig nachgiebige Gummiblasen (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. t. 14. r. 1901). 56) Schoedel: Erfahrungen über künstliche Frühgeburt eingeleitet wegen Beckenenge. (Archiv f. Gyn. t. 64 r. 1901). 57) F. Ahlfeld: Die intrauterine Ballonbehandlung zwecks Einleitung der künstlichen Frühgeburt bei engem Becken. (Hegars Beiträge z. Geburtshülfe u. Gyn. t. 1. r. 1901). 58) W. Albert: Ueber die Behandlung der Geburt beim engen Becken durch die Wendung mit sofort sich anschliessender Extraktion. (Münchener med. Wochenschr. rok 1901). 59) P. Rissmann: Ueber die schnelle Erweiterung der Cervix mit dem Dilatatorium v. Bossi. (Centr. f. Gyn. r. 1902). 60) P. van Oordt: Dilatatie van het Cervicaalkanaal ter spoedverlossing. Diss. Amsterdam. r. 1901. (Sprawozdanie w Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. t. 15. r. 1902). 61) V. Zimmermann: Die intrauterine Ballonbehandlung in der Geburtshülfe. (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. t. 16, r. 1902). 62) Voigt: Die vaginale Anwendung der Braun'schen Blase in der Geburtshülfe. (Archiv f. Gyn. t. 66, r. 1902). 63) G. Leopold: Ueber die schnelle Erweiterung des Muttermundes mittels des Dilatatoriums von Bossi. (Archiv. f. Gyn. t. 66. r. 1902). 64) Pape: Zur künstlichen Frühgeburt bei Beckenenge. (Hegar's Beiträge zur Geb. u. Gyn. t. 6, r. 1902). 65) G. Leopold: Zur schnellen Erweiterung des Muttermundes mittels des Dilatatoriums von Bossi namentlich bei Eklampsie. (Centr. f. Gyn. r. 1902). 66) Mirabeau: Schwere Geburt bei vorgeschrittener Tabes. (Münchener med. Wochenschr. r. 1902). 67) J. Veit: Ueber die Behandlung der Eklampsie (Therap. Monatshefte r. 1902). 68) L. Kleinwächter: Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft. r. 1902. 69) L. Knapp. Zur Kasuistik des Accouchement forcé unter Anwendung von Bossi's Dilatator. (Centr. f. Gyn. r. 1902. 70) O. Kaiser: Zur schnellen Erweiterung des Muttermundes nach Bossi. Tamże. 71) Vom IV. internationalen Gynaekologenkongres in Rom. Sprawozdanie tamże. 72) L. Knapp: Zur Frage des Accouchement forcé durch instrumentelle Aufschliessung des Muttermundes. (Klinisch-therap. Wochenschrift. r. 1902). 73) A. Scheib: Bericht ueber sechs Fälle von künstlicher Frühgeburt mittelst elastischer Metallbougie nach Knapp (Wiener klin. Wochenschr. r. 1902). 74) P. Strassmann: Placenta graevia. (Archiv. f. Gyn. t. 67. r. 1902.). 75) L. Knapp: Zum Accouchement forcé mittels Metaldilatoren. (Centr. f. Gyn. r. 1902). 76) Wagner: Erfahrungen mit dem Dilatatorium von Bossi. Tamże. 77. C. W. Bischof: Beitrag zur Anwendung des Bossischen Dilatatoriums. Tamże. 78) H. Langhoff: Ueber einen Fall von Erweiterunf des Muttermundes mit Bossi's Dilatator bei Eklampsie. Tamże. 79) A. Mueller: Zur schnellen Erweiterung des Muttermundes mit Metalldilatatoren. Tamże. 80) V. Frommer: Ein neuer geburtshilflicher Uterusdilatator. Tamże.

Podręczniki: 81) D. W. H. Busch: Lehrbuch der Geburtskunde r. 1833. 82) J. Späth: Compendium der Geburtskunde r. 1857 83) H. Fehling: Die geburtshülflichen Operationen w Müllera Handbuch der Geburtshülfe r. 1889. 84) K. Schroeders: Lehrbuch der Geburtshülfe. r. 1893). 85) P. Zweifel: Lehrbuch der Geburtshülfe r. 1895. 86) F. Schauta: Grundriss der operativen Geburtshülfe. r. 1896. 87) M. Runge: Lehrbuch der Geburthülfe. r. 1896.

IV. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Prof. Dra Marsa we Lwowie.

Czy istnieje fizyologiczne zwolnienie tętna w połogu?

Zestawił

Dr. Stanisław Lewicki,

Demonstrator kliniki.

(Dokończenie).

Chcąc wyrobić sobie pewne własne przekonanie o tej spornej sprawie, a może i przez moją chociaż nie liczną statystykę przyczynić się do zwiększenia liczby spostrzeganych przypadków w innych klinikach i zakładach położniczych dla ostatecznego rozstrzygnięcia, podjąłem liczenie tętna u szeregu ciężarnych i położnic, przebywających w klinice położniczo-ginekologicznej Prof. Marsa we Lwowie. Wykonałem tylko 51 spostrzeżeń, z tego zaś tylko 30 mogę uważać za zupełnie bez zarzutu. Pozostałe 21 musiałem odrzucić albo z powodu, że były za krótko w klinice obserwowane, albo że ciepłota ciała w połogu chociażby jeden raz przekraczała 37·6⁰, wreszcie ciąża była powikłana z jakimś stanem niefizyologicznym, jak n. p. z gruźlicą płuc, wadą serca i t. d. Liczba moich spostrzeżeń jest wprawdzie bardzo małą i z pewnością tej sprawy ostatecznie nie wyjaśni, mimo to atoli sądzę, że ma wartość, gdyż starałem się to wynagrodzić ścisłością spostrzeżeń, ażeby, jeżeli kto zechce zebrać większą liczbę przypadków, bo tylko większa ilość może doprowadzić do zupełnie pewnych wniosków, mógł posłużyć się i moją statystyką.

Tętno badałem u ciężarnych, a następnie u tych samych kobiet jako położnic, w czasie ich przebywania w klinice. Czas spostrzegania trwał w ciąży od 4 do 69 dni. Tętno było liczone codziennie tak, że gdy ciężarna przebywała w klinice przez 69 dni, tętno było liczone 69 razy; 4 dni obserwacyi w ciąży uważałem za dostateczne na tej podstawie, że i Heil badał ciężarne również w seryach czterodniowych i seryę tę powtarzał tylko w takim razie, jeśli ciężarna dłużej w spostrzeganiu pozostawała. Są więc w jego badaniach ciężarne, które tylko przez 4 dni były spostrze-

gane. Ciężarne, które zresztą w klinice lwowskiej bardzo mało i niechętnie używają ruchu i przeważnie przez cały dzień pozostają bezczynne w ubikacyach, dla nich przeznaczonych, badałem codziennie rano przed wszelkiemi zajęciami klinicznemi, polecając im po przespanej nocy nie wstawać z łóżka aż do mego przybycia. W ten sposób starałem się o to, aby ciężarna była zupełnie wypoczętą i znajdowała się mniej więcej w tych samych warunkach, co położnica leżąca w klinice. Tętno każdorazowo liczyłem przez całą minutę, a nieraz i dłużej, o ile szybsze tętno zdradzało jakiś wpływ uboczny na czynność serca. To się zdarzało szczególniej u ciężarnych, świeżo do kliniki przyjętych, u których nagłe przybycie lekarza wywoływało zawsze pewne wzruszenie umysłowe, mogące wpływać na tętno i przyspieszać czynność serca. Po południu tętna u ciężarnych nie liczyłem, a to z tego względu, że ciężarna najmniej przez godzinę musiałaby leżeć w łóżku, aby ją można uważać za dostatecznie wypoczętą, a przeprowadzenie tego ze względu na małą liczbę służby w klinice było niemożliwem.

Tętno u położnic badałem albo sam, o ile byłem zajęty w dziale położniczym kliniki lwowskiej, lub ten ze starszych kolegów asystentów, który w danej chwili miał oddane przez profesora kierownictwo oddziału położniczego kliniki. Tętno było obliczane codziennie rano o g. 8 i popołudniu o g. 5 i to również przez czas pobytu położnicy w klinice, to znaczy od 7 do 17 dni. Położnice badane leżały w klinice powyżej 12 dni tylko w takim razie, jeżeli z powodu pęknięcia międzykrocza i zeszycia jego dłużej musiały pozostawać w łóżku i być w obserwacyi. U żadnej z tych położnic ciepłota ciała nie przekroczyła 37·6°. Tętno poranne i popołudniowe są mniej więcej równe, różnice nie wynoszą więcej niż 4 uderzeń na minutę, a przez wliczenie i tętna popołudniowego zyskiwałem wiele na tem, że ogólna przeciętna tętna była dokładniejszą. Położnice przez cały czas pobytu w klinice pozostają w łóżku, wstając tylko — o ile na to ich stan pozwala, — dla załatwienia najkonieczniejszych potrzeb. Za pożywienie dostają one w pierwszych trzech dniach czysty rosół, potem dnia czwartego, w którym stosuje się środek przeczyszczający, kaszkę, a dopiero szóstego lub siódmego dnia pokarmy stałe, jak mięso i bułki. U położnic tętno również było liczone najmniej przez całą minutę, a w przypadkach podejrzanych nawet dłużej.

Z 30 położnic badanych było 11 pierwiastek, 19 wieloródek. Operacyjnie był poród ukończony 2 razy, a mianowicie raz dokonano obrotu i ekstrakcyi płodu z powodu wypadnięcia pępowiny; drugi raz obrót przy położeniu poprzecznem u drugiego bliźniaka. Raz był płód zmacerowany VIII-miesięczny. Karmiło położnic 27.

Nie mogę naturalnie przytaczać wszystkich historyj chorób, gdyż są to szczegóły, które mogą obchodzić tylko kogoś, któryby tym tematem zechciał się szczegółowiej i dokładniej zająć. Oddam je jednak bardzo chętnie temu z kolegów, któryby zechciał takie obliczenia przeprowadzić w szerszym zakresie. Muszę się ograniczyć tylko do podania ostatecznych wyników i zestawień, a są one następujące:

Ogółem wykonano 722 obliczeń u ciężarnych, 560 obliczeń u położnic. Z tego wypada na jedną ciężarną przeciętnie 20·7, na położnicę 18·7 obliczeń.

Według częstości tętna obliczone na 100 znaleziono:

Tętno od — do	40—45,	46—50,	51—55,	56—60,	61—65,	66—70,
Ciężarne		0·64	0·64	3·37	6·59	10·1
Położnice	1·96	6·25	10·71	20·0	9·64	11·25

Tętno od — do	71—75,	76—80,	81—85,	86—90,	91—95,	96—100,	wyżej 100
Ciężarne	17·52	20·57	17·36	10·93	6·43	3·21	2·50
Położnice	16·25	13·21	6·25	1·96	1·07	0·89	0.53

Z tego widzimy, że najczęściej spotykane tętno w połogu jest między 56 a 60, bo 20%, podczas gdy w ciąży mamy równocześnie zaledwie 3·37%. W ciąży najczęstsze tętno mamy między 76 a 80, równocześnie w połogu 13·21%. Tętno poniżej 56 znajdujemy w ciąży tylko w znikomej liczbie, bo około 1%; w połogu mamy 10·71% dla tętna 51—55, 6·25% dla 46—50. Tętna poniżej 46 w ciąży nie nie spotkałem. Przeciwnie, powyżej 80 w ciąży stwierdzamy ogółem 23·07%, a w połogu zaledwie 4·45%.

Gdybyśmy zatem wykreślili krzywą dla obu spostrzeżeń, zauważylibyśmy, że krzywa tętna u położnic szybko opada, dochodzi do najniższego punktu między 56—60 i zwolna wzrasta; krzywa u ciężarnych zachowuje się wprost przeciwnie, a jej *minimum* znajduje się dopiero przy tętnie 76—80.

Jeżeli zestawimy teraz u każdego osobnika z osobna przeciętną ze wszystkich obliczeń w ciąży i przeciętną w połogu i porównamy te obie przeciętne, to otrzymamy następujące wyniki:

Tętno w połogu wolniejsze o 10 do 25, niż w ciąży u 19 poł. = 63·33%
» » » » o 5 do 10, » » » u 6 » = 20%
» » » równe tętnu w ciąży u 4 poł. = 13·33%
» » » częstsze niż w ciąży u 1 poł. = 3·33%

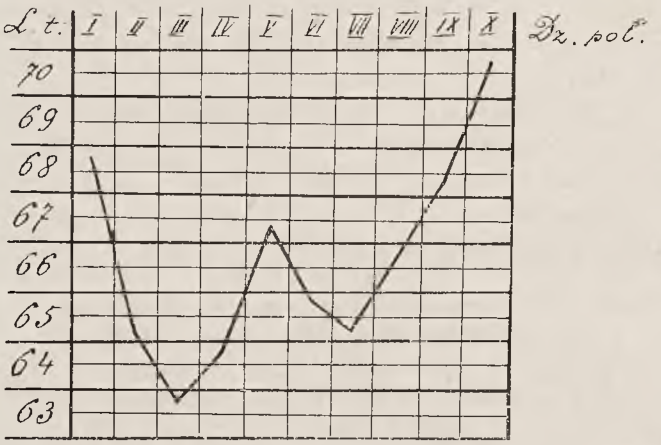
Widzimy z tego, że tętno wolniejsze w połogu, niż w ciąży spotykamy w 83·33% przypadków. Byłaby to największa liczba, jaką dotychczas, o ile mi wiadomo, otrzymano, bo Olshausen podaje tylko 63%, Varnier 72·22%. Jeżeli uwzględnimy zwolnienie tylko o 10 uderzeń na minutę, co wobec tego, że przeciętna była obliczoną z większej liczby pojedynczych spostrzeżeń, jest już przesadną ostrożnością, otrzymamy liczbę 63·33%, liczbę zgadzającą się z obliczeniami Olshausena.

Jeśli jako liczbę tętna fizyologiczną przyjmiemy 65 uderzeń na minutę, to u ciężarnych otrzymamy poniżej 11·24%, u położnic 48·56%. To nie zgadza się również z liczbą podaną przez Heila, który przyjmuje dla ciężarnych 24·45% dla położnic 18·1%. Poniżej 75 spotykamy u ciężarnych 38·86%, u położnic zaś dwa razy tyle, bo 76·06%.

Na podstawie tych zestawień muszę stanowczo pozostać na stanowisku dawnych położników, że przynajmniej w moich 30 spostrzeżeniach różnica w tętnie w czasie ciąży i połogu na korzyść zwolnienia w połogu była bardzo wybitną i to zwolnienie musimy uważać za zwolnienie fizyologiczne, ogólne. Nie mogę pominąć uwagi, która się mimowoli nasuwa, że w skąpej liczbie przypadków, w której tętno w połogu było równe lub szybsze, niż tętno w ciąży, nie był może stan ogólny zupełnie fizyologiczny, a tylko nie mogliśmy możebnych nieprawidłowości wykazać znanymi nam dotychczas sposobami. Nie mając dzisiaj innych środków probierczych dla wykazania możliwych nieprawidłowości, musimy i te wypadki uważać na podstawie obserwacyi ciepłoty ciała i przebiegu połogu za fizyologiczne. Być może, że mniejsza drożność ujścia macicy, przez to lekkie zatrzymanie się odchodów, nie wpływające jeszcze na ciepłotę ciała, podnosi szybkość tętna. Może być także

mnóstwo innych przyczyn, które dla nas są niedostrzegalne, a które mogą wpływać na przyspieszenie czynności serca. Dlatego też zwolnienia tętna w połogu nie możemy uważać za regułę, bo, jak słusznie podnosi Heil, nie jest regułą, co ma 40, a chociażby nawet 17% wyjątków, jednakże musimy uważać ten objaw za ogólny, bardzo często dający się spostrzegać właśnie w połogu i dlatego cechujący, a w każdym razie, na co zresztą wszyscy się zgadzają, prognostycznie bardzo dobry.

Innych zestawień, jakich mnóstwo podaje Heil, nie robię, ponieważ te, o ile mi się zdaje, są dostateczne, a inne sprawy więcej nie wyjaśnią. Na zakończenie chciałbym tylko jeszcze podać krzywą tętna, jaka w połogu zwykle występuje. Jeżeli mianowicie obliczymy przeciętne tętna dla pojedynczych dni połogu, możemy wykreślić krzywą normalną przebiegu tętna w połogu.



Z krzywej tej widzimy, że zaraz drugiego dnia po porodzie tętno wybitnie spada z 68·7 na 65·1, dochodzi do *minimum* dnia trzeciego (63·8), dnia piątego podnosi się na 67·4, a następnie, opadłszy jeszcze dnia siódmego na 65.06, zwolna powraca do 70 dnia dnia dziesiątego. Z tego wynika, że największe zwolnienie występuje dnia 2—4 połogu, później zwolna liczba tętna podnosi się, aby powrócić do normy. Z obliczeniem Heila krzywa ta nie zgadza się tylko o tyle, że w mojej najniższe tętno występuje dnia 3, a nie, jak u Heila, 2 połogu. Zresztą tak samo, jak u niego, dzień piąty odpowiada mniej więcej pierwszemu, później tętno nieco spada, 8 dnia zwolna, 9 i 10 szybciej się podnosi.

Według Meyburga zwolnienie występuje między 5 a 9 dniem; 7 i 9 dzień okazuje największe zwolnienie. Według krzywej Baumfelda *minimum* występuje 7 dnia połogu. Varnier podaje kilka ciekawych rysunków krzywych, gdzie *minimum* występuje w rozmaitych dniach połogu.

Heil tłómaczy tę krzywą tętna w ten sposób, że w spadku tętna dnia 2 i 3 widzi wpływ spokoju po odbytym porodzie. Nieznaczne podniesienie się tętna dnia 4 i 5 może pochodzić od zwiększonej przemiany materyi wskutek obfitszego żywienia chorej. Dnia 9 i 10 chora zaczyna wstawać i poruszać się, w miarę tego tętno podnosi się do normy. Przeciw temu zrobiłbym tylko tę uwagę, że u nas położnice leżały nawet do 17 dni, mimo tego jednak tętno wracało dnia 10 do normy. Objaw przyspieszenia się tętna u ciężarnej, jako objaw rozpoczynającego się porodu, podany przez Aichla, obserwowałem tylko 3 razy i to w bardzo nieznacznym stopniu.

Wreszcie pozwalam sobie złożyć podziękowanie memu szefowi Prof. Marsowi za pozwolenie użycia materyału klinicznego i cenne wskazówki, a kolegom asystentom: Brejterowi i Bocheńskiemu za łaskawą pomoc.

V. Kilka słów o nowem rozszerzadle Frommera.

Napisał
Dr. Jan Lachs.

W Nr. 46 „Przeglądu lekarskiego“ opisał Dr. Frommer rozszerzadło maciczne, mające służyć do szybkiego rozszerzania szyjki macicznej podczas porodu. Pomysł rozszerzania mechanicznego szyjki macicznej, jak to w tymże samym N-rze „Przegl. lekar.“ wykazałem, jest bardzo dawny, a tylko od czasu do czasu, co zresztą dosyć często się zdarza w naszej nauce, od niego odstępowano lub też do niego wracano. Tymczasem w przytoczonym artykule Dra Frommera spotykamy się jedynie z rozszerzadłami w postaci balonów elastycznych jako znanemi, a o rozszerzadle swojem mówi on, jak gdyby ono było przyrządem zasadniczo nowym, pomijając zupełnie to, co dotychczas na tem polu zdziałano. Jednocześnie Dr. Frommer zastrzega się, by przypadkiem nie identyfikowano jego rozszerzadła z rozszerzadłem Bossiego, zaleconym „w ostatnim czasie“. W interesie prawdy historycznej musimy zaznaczyć, że rozszerzadło Bossiego ukazało się wprawdzie „niezależnie“ od rozszerzadła Dr. Frommera, z tym jednak dodatkiem, że się ono ukazało o przeszło 12 lat wcześniej, aniżeli to Dr. Frommer przypuszcza, bo już w r. 1890 pokazywał je Bossi na międzynarodowym Zjeździe lekarzy w Berlinie. Od tego czasu korzystano wprawdzie nielicznie z tego przyrządu, lecz w każdym razie posługiwano się nim, a Beck opisał już w r. 1896 kilka przypadków leczonych tym przyrządem. W ostatnim zaś czasie pojawiały się jedynie częstsze opisy zastosowania rozszerzadła Bossiego, między innymi w rozprawach Rissmanna, Leopolda, Kaisera i Knappa. Te jednak częstsze opisy nie podawały przyrządu Bossiego za narzędzie wynalezione dopiero w ostatnim czasie; tem samem zbytecznem jest twierdzenie Dr. Frommera, że „niezależnie“ od jego przyrządu powstał przyrząd Bossiego. Bossiemu chodziło tylko o szybkie rozszerzenie zapomocą kilku ramion metalowych od strony pochwy, by przez to nie usuwać części przodującej płodu i o możność kontrolowania rozmaitości ramion i siły użytej przy pomocy wskazówki, umieszczonej na trzonie przyrządu. Kapturki, których Bossi używa, nie stanowią istotnej części jego pomysłu: on ich używa jedynie w interesie rodzącej. Istotną część przyrządu Bossiego stanowią ramiona i wskazówka, która jest nowością. Jedno i drugie powtarza się w przyrządzie Dr. Frommera z tą tylko odmianą, że zamiast czterech ramian znajduje się u niego 8. Lecz i ta myśl nie jest nową. Autor niniejszych uwag w artykule swoim (Nr. 46 „Przegl. lek.“ „O szybkiem rozszerzeniu szyjki macicznej“) mówi również o rozszerzadłach ośmio- lub dziesięcioramiennych, dając im pierwszeństwo przed czteroramiennemi, a mimo to nie uważa tej idei za swoją, bo ją już wcześniej urzeczywistnił Raineri, a powtórzył ją Kaiser. Odmawiając jednak sobie praw do wynalazku, muszę również odmówić praw pierwszeństwa i Dr. Frommerowi, skoro po-

myśl jego został już dawniej przez innych urzeczywistniony. Uczynić zaś to muszę w interesie prawdy historycznej, bo sama idea jest własnością Bossiego, a znaczniejsza liczba ramion jest myślą Raineriego, którą powtórzył Kaiser, lecz obydwaj przed Dr. Frommerem i to zastrzegając się, że tylko modyfikują przyrząd Bossiego. Że ramiona przyrządu Dr. Frommera dają się rozebrać, to istotnie jest to zaleta, lecz zaleta, którą dzieli ten przyrząd z tym, który w r. 1900 podał Raineri. Jedyną nowością byłoby porzucenie kapturków, które dla aseptyki nie mogą być obojętne; to prawda, lecz Bossi i Raineri nie zmuszają nikogo do używania kapturków, a jeżeli sami to czynią, to chcą w ten sposób uchronić jedynie rodzącą od skaleczeń, od których przyrząd Dr. Frommera, jako metalowy o cienkich ramionach, jej nie uchroni.

Tych kilka słów skreśliłem ściśle w interesie prawdy historycznej.

VI. Odpowiedź na „Kilka słów“ Dra J. Lachsa w sprawie mojego rozszerzadła.

Napisał
Dr. Wiktor Frommer,
Asystent kliniki chorób kobiecych w Berlinie.

Za „uwagi“ Dra Lachsa w sprawie mojego rozszerzadła, wypowiedziane w Nr. 48. „Przeglądu lek.“, serdecznie mu dziękuję, bo dają mi one sposobność wystąpienia istotnie w interesie prawdy historycznej, której dowieść postaram się szczegółowemi datami, trzymając się faktów chronologicznych i pięknej zasady Cycerona, powtórzonej na wstępie wspaniałej monografii historycznej Siebolda: „Quis nescit, primam esse historiae legem, ne quid falsi dicere audeat? deinde ne quid veri non audeat? ne qua suspicio gratiae sit in scribendo? ne qua simultatis?“

Jeżeli w artykule moim („Przegląd lekar. Nr. 46“) ograniczyłem się na ściśle rzeczowym opisie mojego rozszerzadła z podaniem jednego przykładu i zestawieniem w pięciu punktacyach zasadniczych różnic zastosowania jego wobec przyrządu Bossiego, nie szło mi bynajmniej o przedstawienie rozwoju *accouchement forcé,* ani też o przyznawanie sobie pierwszeństwa przed Bossim i nieuzasadnionem jest twierdzenie Dra Lachsa, jakobym zastrzegał się przeciw „identyfikowaniu mego rozszerzadła z rozszerzadłem Bossiego“. Że zamiaru tego nie miałem, wynika to już z ustępu artykułu mojego, zamieszczonego w „Centralblatt für Gynaekologie Nr. 47“, w którym sprawę tę wyraźnie wyjaśniam. Ustęp ten przytaczam dosłownie „Zur Zeit als Herr Geh.-Rath Leopold das Bossi'sche Dilatatorium im Arhiv für Gynaekologie [1] [2] bei uns bekannt gemacht hat, lagen noch zu wenig Versuche mit meinem Dilatator vor um mit demselben an die Oeffentlichkeit zu treten. Von dem Bossischen Instrument, welches ganz verschieden konstruirt ist habe ich erst durch die erwähnte Publikation Leopold's Kenntnis erhalten; also nicht die Bekanntgabe des Bossischen Instrumentes, sondern die nicht selten gegebene Nothwendigkeit rascher Beendigung der Geburt bei noch nicht erweitertem Muttermund hat mich den Gedanken gebracht, meinen Apparat auffertigen zu lassen“.

[1]) Archiv für Gynaekologie: 66 Band, 1. Heft 1902.

[2]) Centralblatt für Gynaekologie Nr. 19.

Że o istnieniu przyrządu Bossiego nietylko ja, ale i inni poważni ginekologowie przed ukazaniem się przytoczonej tegorocznej rozprawy Leopolda nic nie wiedzieli, dowodzi fakt, że przed oddaniem mego pomysłu do wykonania jeszcze w połowie listopada zeszłego roku, pokazywałem rysunki mego przyrządu Profesorowi L. i Drowi Th. Landauowi, w których klinice byłem czynnym, lecz żaden z nich nie zwrócił mej uwagi na istnienie przyrządu Bossiego lub do niego podobnego; również, będąc w styczniu w Krakowie, przedstawiłem Drowi Kohnowi wobec innych kolegów szpitalnych swój pomysł i również żadnej wzmianki o Bossim nie usłyszałem.

Dzisiaj, od czasu ukazania się publikacyi Leopolda, wszyscy już wiemy, że Bossi na międzynarodowym Zjeździe lekarzy w Berlinie w roku 1890 przyrząd swój pokazywał, lecz nikt prócz Becka go nie używał i Beck tylko jeden w „Prager med. Wochenschrift“ opisał kilka przypadków, leczonych tym przyrządem, co zresztą sam Dr. Lachs w swych uwagach zaznacza. Jeżeli z kolei rzucimy okiem na przytoczone przez Dra Lachsa rozprawy, widzimy, że wszystkie one pojawiły się już po rozprawie Leopolda, temsamem po ukazaniu się mego rozszerzadła. I tak: rozprawa Rissmanna: „Ueber die schnelle Erweiterung der Cervix mit dem Dilatatorium Bossi“ ukazała się w Nr. 28 „Centralblatt für Gynaekol.“; Kaisera „Zur schnellen Erweiterung nach Bossi“ pojawiła się w Nr. 41 tegoż pisma z 11 października b. r., t. j. już nawet po wysłaniu mego rękopisu do „Przeglądu lekarskiego“; w artykule tym podaje autor swoją modyfikacyę o większej liczbie ramion, jednakowoż bez skali, wskutek czego, mojem zdaniem, przyrząd ten nie znajdzie zastosowania.

W dalszym ciągu Dr. Lachs przytacza Knappa, lecz ten jeszcze później ogłosił swoją pracę, bo spotykamy ją w Nr. 41 i 42 „Wiener klin. therapeut. Wochenschrift“, 1902: „Zur Frage des Accouchement forcé durch instrumentelle Aufschliessung des Muttermundes“, gdzie autor omawia metodę Bossi'ego, a w ostatnim Nrze „Centralblatt für Gynaek.“ z dnia 22 listopada b. r. podaje swoją modyfikacyę, jednakowoż także bez skali.

Przytacza jeszcze Dr. Lachs ostatnią modyfikacyę Raineriego, niestety nie znam jej i nie posiadam bliższej literatury, co do owego autora, a ponieważ dopiero wczoraj uwagi Dra Lachsa w sprawie mojego rozszerzadła przeczytałem i odpowiedź dzisiaj mam wysłać, dlatego później w tym kierunku rozglądnąć się postaram.

Taką jest moja przedmiotowa odpowiedź na literaturę podaną przez Dra Lachsa w chęci służenia „prawdzie historycznej“.

A jeżeli Dr. Lachs ogólnie mówi o czasach starożytnych i średniowiecznych, czyniąc mi poniekąd zarzuty, że w artykule swoim („Przegl. lek.“ Nr. 46) pominąłem zupełnie „co na tem polu zdziałano“, zwracam tutaj uwagę na bardzo piękne dzieło Nagela „Operative Geburtshülfe“, w którem autor na podstawie historycznych dat Siebolda przytacza rozmaite rozszerzadła, znanej uż za czasów Tertulliana, Paula z Aeginy i Osiandra i t. d. i t. d. Nagel oglądał też w Londynie w Hunterowskiem muzeum antyk rozszerzadła, złożonego z 4 ramion i śruby.

Jak poprzednio tak i dzisiaj nie miałem zamiaru podania historyi rozszerzadeł; zaznaczyć tylko chciałem, że żadne

z nich nie weszło w nasze instrumentaryum położnicze do czasu ukazania się rozprawy Leopolda, a rozprawa ta jak i powyżej przytoczone pojawiły się już po oddaniu mego rozszerzadła do wykonania, byłem zatem uprawnionym w artykule swym „Przegl. lek. Nr. 46. wspomnieć o niezależności od siebie obu przyrządów.

W końcu swych uwag wyraża Dr. Lachs pesymistyczne twierdzenie, że rozszerzadło moje nie uchroni rodzącej od skaleczeń. Nie miejsce tutaj przytaczać przypadki, w których rozszerzadło moje znalazło zastosowanie bez najmniejszego skaleczenia rodzącej; wystarczy przytoczyć, że Nagel polecał je już na kursach tegorocznych, jako najkorzystniejsze w działaniu, co poświadczyć może Dr. Elsner z Rzeszowa, który był tutaj obecnym przy jednym z przypadków, jak również list prof. Leopolda z dnia 16 listopada b. r., donoszący mi, że rozszerzadło moje w klinice jego znalazło już w kilku przypadkach swoje zastosowanie, a o dalszych później otrzymam wiadomości. Zatem uwaga Dra Lachsa jest bezprzedmiotową, bo tylko próby w tym kierunku mogą dać odpowiednie wyjaśnienia, a nie krytyka bez doświadczeń.

Jeżeli Dra Lachsa dla dalszych zbiorów historycznych to interesuje, przesyłam do użytku Szanownej Redakcyi „Przegl. lek." pierwotny rysunek mego rozszerzadła, złożonego z 16 ramion (model jedynie w mojem jest posiadaniu) i nadmieniam raz jeszcze, że dnia 3 grudnia z. r. pomysł swój poleciłem wykonać berlińskiej firmie; w drugiej połowie lipca na ostatniem posiedzeniu przed feryami w Towarzystwie lekarskiem w Berlinie zapisałem się do głosu w tej sprawie, a Szan. szef mój dnia 21 września na IV kongresie ginekologicznym w Rzymie przedstawił moje rozszerzadło.

Tych kilka słów, opartych na rzeczywistych datach, sądzę, wystarczy, aby rzucić prawdziwe światło na sprawę mego rozszerzadła i przekonać Szanownego Pana Kolegę Lachsa, że „Uwagi jego" oparte są na nieścisłych podstawach.

VII. Oceny i sprawozdania.

H. W. Broadbent. **Choroby serca.** (Przełożył z angielskiego na język niemiecki Dr. F. Kornfeld. Würzburg 1902).

Dziełko to znakomitego angielskiego klinicysty doczekało się w ciągu 2 lat 3 nakładów w Anglii, a nie wątpię, że i w Niemczech zyska sobie szeroki rozgłos dla wielu zalet, jakie posiada.

Przedewszystkiem jest ono przeznaczone nie dla uczniów medycyny, lecz dla lekarzy, dla których wiele objaśnień odpada w przypuszczeniu, że kardynalne zasady chorób i wad sercowych są czytelnikom znane. A jednak słusznie postąpił B., że zaczął pierwszy rodział książki od krótkiego szematycznego przedstawienia topografii serca w stosunku do narządów sąsiednich, a następnie podał szkic sposobów klinicznego badania serca przez obmacanie, opukiwanie i osłuchiwanie.

W 2 rozdziale zajmuje się autor ostrem zapaleniem wsierdzia, tak postaci ostrej zakaźnej, jak i przewlekłej, podnosząc trudności rozpoznawcze w początku choroby, zwłaszcza u dzieci, u których nieraz gościec stawowy przebiega lekko, z małymi bólami, a zajęcie wsierdzia datuje się od pierwszej chwili i nieraz objawia się nie szmerem, którego czasem do końca zejścia śmiertelnego niema, lecz tonem zdwojonym lub przedłużonym, albo też rozszczepanym lub chropowatym. Niemniej poleca autor zwracać baczną uwagę na guzki gośćcowe, wielkości małego grochu, najczęściej znajdujące się w okolicy stawów, w ścięgnach lub w tkance otaczającej stawy; są one zwykle niebolesne lub mało sprawiają bólu, ale świadczą o zagnieżdżeniu się w ustroju dziecięcym gośćca, a najczęściej są zapowiedzią łatwo powrotnych stanów zapalnych wsierdzia. W zakaźnem zapaleniu wsierdzia rozróżnia B. cztery typy chorobowe, a więc septyczny, durowy, mózgowy i sercowy, stosownie do objawów, które przy tych pojedynczych typach górują, obok innych wspólnych właściwości, prawie zawsze, wcześniej czy później, wikłających zakaźne zapalenie wsierdzia. Co do leczenia, to obok środków zwykle stosowanych, podnieść należy zaleconą przez autora rtęć i czyste hodowle drożdży, wstrzyknięte podskórnie; co do surowicy przeciwpaciorkowcowej, to wyraża się o niej dość wątpliwie, zaznaczając trudności stosowania jednej tylko surowicy w przypadkach, w których wiele bakteryj chorobotwórczych wspólnie sprowadza zakażenie.

W dalszym rozdziale zastanawia się B. nad wadami serca i częstością ich w praktyce; zaleca wogóle przy ocenianiu jakiejkolwiek wady serca zwrócić uwagę na 4 główne czynniki, przy uwzględnianiu których można dopiero dokładnie wyrokować o wadzie serca, a więc uwzględnić 1) chorą zastawkę i niebezpieczeństwo z wady tej wypływające; 2) rzeczywisty stan ujścia i zastawki, oraz stopień zwężenia, względnie cofania się krwi; 3) pochodzenie samej wady, czy wskutek ostrego gośćca, czy też wskutek innych przyczyn, np. następowego zwyrodnienia; 4) uwzględnienie zdrowia, siły i odżywienia nie tylko samego serca, lecz i całego ustroju, a przytem zaleca mieć na uwadze właściwości dziedziczne.

Bardzo wyraźnie przestrzega Br. przed wnioskowaniem z samych szmerów o charakterze wady i jej doniosłości, a przytem określa bardzo trafnie rozmaite znaczenie szmerów, ich siły, wybitności, zdwojenia tonów pierwszego lub drugiego i daje wskazówki, o ile tętno może dopomódz do rozpoznania wady, wreszcie zastanawia się nad mechanizmem i skutkami wogóle wad sercowych przez przerost lub rozszerzenie serca.

Następnie przechodzi B. do rokowania w chorobach i wadach sercowych i radzi mieć na uwadze następujące okoliczności: 1) stan zastawki i z nią związane zboczenia w krążeniu; 2) stopień tego zboczenia; 3) czy zmiany te są stałe, czy też mają charakter postępujący; 4) stopień zdrowia i wydolności mięśnia sercowego; 5) wiek chorego; 6) dziedziczne właściwości, a zwłaszcza czy w rodzinie niema chorób sercowych; 7) sposób życia chorego, nałogi i nawyknienia chorego; 8) istnienie lub brak innych zboczeń w ustroju, jak niedokrewność, nieżyt oskrzelowy lub choroba nerek.

Tutaj dopiero właściwie rozstrząsa autor każdą z tych poruszonych okoliczności, podnosi jej mniejsze lub większe znaczenie i to jest właśnie wielką zaletą i oryginalnością tego dziełka, że z możliwą dokładnością stara się autor uwzględnić te wszystkie dane i okoliczności, z których można powziąść wyobrażenie o przypuszczalnym przebiegu wady sercowej wśród rozmaitych warunków. O ile więc można z tych wskazówek przewidzieć dalszy przebieg i rozwój wady, o tyle jest to zarazem drogowskazem dla lekarza, jakie przedsięwziąść leczenie i w jakim kierunku należy ustrzedz chorego od tego lub innego niebezpieczeństwa.

Tak w skreśleniu ogólnego zarysu, jak i przy opisie poszczególnych wad, rokowanie znajduje w Br. dzielnego spostrzegacza i klinicystę, który nie pomija żadnego szczegółu, z każdego umie wyprowadzić potrzebne wnioski i wysnuć wskazania dla leczenia.

Również dział leczenia wad sercowych w ogólności jest bardzo szczegółowo i dokładnie opracowany i stanowi jakby dalsze uzupełnienie wskazówek, nakreślonych przy rokowaniu. Bardzo szeroko omawia autor sprawę ruchów fizycznych przy wadzie serca i pod tym względem jest bardzo liberalny; na tę jednak dowolność zgodziłbym się nie mógł,

trzymając się zasad szkoły niemieckiej, a przytem mając tyle przykładów złych skutków po uciążliwych przechadzkach i innych wysiłkach fizycznych, pozornie narazie niewinnych zabawach lub zajęciach, które dopiero potem w swych szkodliwych następstwach okazały się, że były bardzo nieodpowiednie. Jakże jednak trudno w pospolitych choćby wadach serca ocenić siłę i sprawność mięśnia sercowego i do niego zastosować miarę wymagań. Wobec tego lepiej zawsze *in dubio mitius*. Naturalnie uwagi te nie mogą się stosować do metody Oertlowskiej, gdzie jest pewien system i stopniowanie w czynnej gimnastyce mięśnia sercowego.

W leczeniu niewyrównanej wady serca zaleca B. stosowanie środków przeczyszczających, nawet drastycznych, jak burzanki *(colocynthides)*, jalapa, kalomel i inne, a przy znaczniejszych zastoinach upust krwi 300—600 sz. ctm. Osobny rozdział zajmuje działanie naparstnicy i sposób jej stosowania w rozmaitych wadach serca, co jest koniecznem wobec różnych wskazań i zadań, jakie ma naparstnica w tych chorobach. Dział następny traktuje o niedomykalności zastawki dwukończystej bez zmian anatomicznych w zastawce, a więc w niedokrewności i osłabieniach, ostrych chorobach gorączkowych i w niektórych stanach, zależnych od schyłkowego wieku, a przytem podaje rozpoznanie różniczkowe.

Równie dobrze i praktycznie, jak o wadach sercowych, traktuje autor dział zmian czynnościowych serca, a więc wszystkie nerwice serca, zwolnienie lub kołatanie serca i t. d., wreszcie ostre i przewlekłe zapalenie tętnicy głównej, oraz zmiany w niej, powstałe na tle zwyrodnień, a kończy uwagami o tętniakach.

Dzieło uzupełnia krótka wzmianka o przygotowywaniu sztucznych kąpieli Nauheimowskich i o sposobie postępowania według metody Schotta, wraz z wskazówkami dla stosowania leczniczej gimnastyki.

Cały ten materyał, jakkolwiek tak rozległy, ujęty jest w dość szczupłe ramy i wyczerpująco wyzyskany na 331 stronach druku; brak tu właściwej niemcom niepotrzebnej rozciągłości, a za to są obrazowo przedstawione objawy, krytycznie obmyślane wskazówki dla rokowania i leczenia; każde słowo, każde zdanie ma swoją wartość i przyczynia się do dobrze opracowanej i prawdziwie pożytecznej i pouczającej całości. *Dr. J. Surzycki.*

VIII. Wyciągi.

Edinger. **O bólu głowy.** (*Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts*, Zeszyt 5 i 39). Chociaż się zdarza, że ból głowy często jest objawem ciężkich chorób, to jednak po największej części tego znaczenia on nie ma. Zawsze chorego, zgłaszającego się z bólem głowy, należy cierpliwie wysłuchać i przyczynę jego cierpienia należycie sobie wyjaśnić.

Z pomiędzy właściwych postaci bólu głowy wymienia E. ból uciskowy (*Kopfdruck*), zwykle utrzymujący się przez cały dzień; na ucisk głowy cierpią neurastenicy, ludzie przepracowani lub po przebyciu chorób zakaźnych. Chorzy tacy powinni jeszcze leżąc w łóżku coś spożyć, między pożywieniami nie robić dłuższych nad dwie godziny przerw, a w nocy przed zaśnięciem zjeść jeszcze trochę kaszki lub sucharków. Podczas pracy w dzień najlepiej zjeść od czasu do czasu sucharek Alberta; prócz tego dobrze wpływa na takich chorych tusz z wody letniej, stosowany trzy razy dziennie na czoło zapomocą przyrządu, używanego do tuszu ocznego; niektórzy używają z dobrym wynikiem 10% pomady mentolowej. Natomiast zimne tusze na głowę są wprost szkodliwe. Czas pracy należy skrócić i kilka razy do roku przerwać ją na krótki czas, co daje lepsze wyniki, niż praktykowana jednorazowa przerwa na 4—6 tygodni.

Nie tak rzadko dzieci żalą się na bóle uciskowe w czole, ciemieniu i w oczodołach. Najczęstszą przyczyną są tu źle przewietrzane sypialnie i sale szkolne, siedzenie w pobliżu pieca, wczesne budzenie się rano, lub chodzenie do szkoły na czczo, albo po spiesznem spożyciu bardzo szczupłego śniadania. Niekiedy dzieci cierpią na ból głowy z powodu niespokojnego snu i wtedy musimy się starać, by sen był głębszy, co nieraz znajduje się w zależności od sypialni i łóżka. Często wystarcza ciepła 10—15 minutowa kąpiel przed nocą bez wszelkich zabiegów podniecających. Jeśli lekarstwa okażą się potrzebne, podaje E. od czasu do czasu, lecz nigdy w jednym ciągu łyżkę następującego roztworu: *Rp. Kalii bromat. 10·0, Chloral. hydrat., Antipyrini aa 2·5 Syr. cort. Aur. 20·0 Aq. dest. ad 150·0. S. Dzieciom poniżej lat 10 podaje się ½—¾ łyżki.*

Niekiedy przyczyna bólów czołowych i potylicznych leży w nadmiernem natężeniu wzroku i takie bóle podczas wakacyi zwykle ustają. Dzieciom tym należy zalecić dobre odżywienie, spacery, ciepłe tusze czołowe, a przełożeni powinni uważać, by trzymanie się dziecka podczas czytania i pisania było poprawne. Uczniów do 18-go roku życia często spotykamy te bóle szczególnie w czole i w oczodołach (*cephalaea adolescentium*); przestają one zwykle w nocy, by podczas dnia znów silnie wystąpić, zawsze w jednym ciągu, a nigdy w napadach. Tu pomagają pobyt i ruch w wolnem, o ile możności górskiem powietrzu, a w cięższych przypadkach pobyt taki należy przedłużyć do kilku miesięcy. Do środków łagodzących podczas nauki zaliczamy różne sporty, ciepłe kąpiele z chłodnemi zlewaniami i letnie tusze na czoło. Zimne nacierania i tusze częściej szkodzą, również należy ostrzedz przed środkami, pospolicie używanymi przeciw rwie, gdyż zbyt często muszą być zażywane i pomagają tylko na krótki czas. Każdy ból głowy u dzieci i młodzieńców musimy leczyć z wielką starannością, gdyż łatwo mogą przejść w migrenę, chorobę dręczącą człowieka przez całe życie.

Różnorodne choroby oczu, jak jaskra, niewydatność mięśni zewnętrznych i t. d. znamionują się często bólem głowy. U wielu osób pobyt w źle przewietrzanych pokojach, lub wśród wielkiego natłoku ludzi wywołuje ból głowy; inni doświadczają go po nadużyciach, lub po natężeniach cielesnych i umysłowych. Niektórzy nie znoszą nagłego przebudzenia, albo dostają bólu głowy, jeśli im się przeszkodzi w drzemce popołudniowej. Są tacy, którzy ulegają bólowi głowy po doznaniu takich wrażeń zmysłowych, jak rażące światło, nieprzyjemna woń i t. d. Wstrząśnienia moralne, zaburzenia żołądkowe wywierają również u niektórych podobny skutek; inni cierpią na ból głowy z powodu zbyt obfitego żywienia się i skąpego ruchu. U osób niedokrewnych lub bledniczych wszelkie bóle głowy z innych przyczyn potęgują się nadzwyczaj silnie i takie ciężkie bóle głowy spotykamy u seminarzystek i młodych nauczycielek, oraz u biednych, stroskanych i ciężko koło dzieci pracujących kobiet, żyjących w nędznych stosunkach higienicznych. Tu pomaga tylko spokój i forsowne odżywianie, połączone z leżeniem na wolnem powietrzu, piciem wody arsenowo-żelazistej, najlepiej w szpitalach lub zakładach dla ozdrowieńców.

Do najcięższej postaci bólów głowy należy ból naczynio-ruchowy. Policzki stają się b. czerwone, powieki jakby obrzękłe, wyraz twarzy cierpiący i znużony. Chorzy ci cierpią prawie bezustannie na silne bóle w ciemieniu i skroniach, oraz ciśnienie w oczodołach; u kobiet bóle te potęgują się zwykle przed miesiączką i w zaduchu. Skóra na głowie i kręgi szyjne stają się nadzwyczaj czułe, a skóra na ciele pokrywa się czerwonemi plamami i smugami; lekkie pociągnięcie palcem po skórze wywołuje takie długo się utrzymujące plamy i smugi. Eulenburg odnosi te przypadki do porażenia nerwu spółczulnego. Leczenie wymaga uwagi na wypróżnienia; poleca się tym chorym chłodne kąpiele nożne, brodzenie po wodzie i tusze na nogi. Jeśli tylko okoliczności pozwalają, należy takich chorych wysłać w wysokie góry o chłodnem, lecz niezbyt ostrem powietrzu, a natomiast zalecić unikanie dolin, nawet wysoko położonych, gdzie często panują burze, gdyż chorzy ci podczas burzy bardzo cierpią; pobyt nad morzem zawsze źle działa na tych chorych. Z leków poleca E. nalewkę wroniego oka, oraz z przerwami przez dłuższy czas przetwory arsenu. Wpływ leków uśmierzających ból zwykle trwa bardzo krótko.

Siedzibą jednej z najczęstszych i bardzo gwałtownych postaci bólu głowy są powłoki czaszki i przyległa okostna. Jest to t. zw. „modzelowaty ból głowy“ (Schwielenkopfschmerz), który przez większość lekarzy najczęściej zapoznawany, bywa zwykle błędnie brany za migrenę. Modzelowaty ból głowy nagabuje częściej kobiety. Początkowe objawy tego cierpienia przypominają zapalenie opon mózgowych: przy dotykaniu powłoki czaszkowe są bolesne; miejsca przyczepu mięśni, jakoteż otoczenie tych przyczepów na czaszce przy łagodnem obmacaniu zdradzają bolesność, obrzęk i guzowatość, jakby modzele w mięśniach; często także okostna kręgów górnych jest bardzo tkliwą na ucisk. Niekiedy chorzy odczuwają tylko ciśnienie, lecz okresowo potęguje się ono do silnych napadów bólu głowy, przypominających napady migreny. Brak tu jednak zwiastunów zmysłowych, mdłości i wymiotów, a ważnem znamieniem różniczkowem są właśnie miejsca bolesne w czasie pozanapadowym. Jeśli bóle są silniejsze, to rozpromieniają się także w okolicę łopatek i barku, czego nie spostrzega się w migrenie. Niektórzy z tych chorych odczuwają silne rwy i na innych miejscach ciała, przy dokładnem

zbadaniu których znajdziemy i tu podobne guzki gośćcowe, jak na potylicy i karku. Należy zatem w każdym przypadku bólu głowy zbadać dokładnie przyczepy mięśni i zdaniem autora $^2/_5$ bólów głowy przypada na ból głowy modzelowaty, tyleż na migrenę, a $^1/_5$ przypada na inne postacie.

Leczenie modzelowatego bólu głowy jest dość proste i skuteczne. W świeżych przypadkach podaje się wieczorem co godzinę 1 grm. salicylanu sodowego, razem 3—4 proszków i w ciągu kilku godzin stosuje się gorące okłady lub kataplazmy na kark. Po kilku dniach należy przystąpić do mięsienia, które w zastarzałych i przewlekłych przypadkach jest jedynym środkiem zbawiennym. Z początku należy mięsić przyczepy mięśni kciukiem, a potem całą ręką i to nietylko głowę, lecz wszystkie mięśnie karku, szczególnie kapturowe i kłębkowate (*splenii*). Jednorazowe mięsienie wraz z przerwami trwa 10—15 minut, a w zastarzałych przypadkach wymaga ono 6—8 tygodni; przytem podaje się wewnątrz z dobrym skutkiem jodek potasu. Jeśli chorego wypadnie gdzieś wysłać, to należy wybrać miejsce zakryte od wiatru; pobyt nad morzem często szkodzi. Chorych należy pouczyć, by się zawsze strzegli wszelkiego przeziębienia, a skoro tylko ból się odnawia, powinni wieczorem zażyć 3—4 proszków salicylanu sodowego i stosować gorące okłady na kark, co często usunie napad w samym początku. W zimie osoby chore muszą nosić przez noc czepce lub chustki na głowie.

O wiele rzadziej bóle głowy biorą początek z kości i są wtedy ograniczone do jednego miejsca; występują one bądź to na tle kiły, bądź też z powodu urazowego zapalenia okostnej; bóle głowy chorych na kiłę należą do postaci najcięższych, podobnie jak bóle głowy, spowodowane otowicą. Histerycy cierpią często na ból w ciemieniu ograniczony do jednego punktu (*clavus hystericus*). Rzadko znachodzimy bóle umiejscowione w szwach czaszki. Leczenie we wszystkich tych przypadkach polega na wzmocnieniu ogólnem i miejscowem, stosowanie zimna zapomocą przyrządów chłodzących, rozpylanie eteru, chlorku etylu. U starców zapalenie opony twardej wywołuje okresowo silny ucisk głowy, połączony nieraz z wymiotami i utratą przytomności. Niekiedy ograniczone zrosty opony twardej z czaszką z powodu urazu lub kiły są przyczyną bólu głowy. Istnieje też prawdziwa przeczulica nerwów twardej opony mózgowej. Chory taki podczas spokoju nie odczuwa żadnego, lub tylko mierny ból głowy, lecz gdy chodzi, prędko skacze, idzie po schodach, lub wykonuje ruchy, wymagające natężenia cielesnego, ma on wyraźne uczucie, że coś wewnątrz ciśnie na jego czaszkę, że jego „mózg się chwieje“ i uderza o czułą oponę twardą. Inni tacy chorzy doznają silnego bólu głowy przy kaszlaniu i kichaniu. Ta przeczulica opony twardej zdarza się albo u osobników wynędzniałych, szczególnie ozdrowieńców po ciężkich chorobach, albo też u cierpiących na przewlekłe zatwardzenie; w pierwszym przypadku spokój i dobre odżywienie działają świetnie, w drugim skutkuje odpowiednia dyeta, lub pobyt w Maryenbadzie, Kissingen itp. *Dr. Fels.*

Sudeck. **O ostrym zaniku kości po zapaleniach i urazach kończyn.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 19, 1902). Ostry zanik kości występuje w kończynach nietylko po zapaleniach stawów wielkich rozmaitego tła, lecz także po zropieniu stawów małych i po zapaleniach ropnych części miękkich, przyczem zanik zajmuje kości niżej położone od ogniska zapalnego. Występuje nadto i po ciężkich urazach stawów i kości, a czasami wydarza się i po urazach. Co do czasu wystąpienia zaniku od początku choroby przyczynowej, to bywa różnie; czasem już po czterech tygodniach choroby można wykazać wyraźny zanik. Zmiany w kości polegają na tem, że warstwa gąbczasta kości okazuje małe, nieregularne jamki, przez co zaciera się prawidłowa budowa; w warstwie korowej zaś powstają jamkowate ubytki kości. W razie postępu sprawy chorobowej pozostaje tylko delikatny rysunek utkania kostnego, w najgorszych przypadkach zaciera się i rysunek budowy. Zanikowi kości towarzyszy znaczny, szybko powstający zanik mięśni, w których można stwierdzić obniżenie oddziaływania na prąd elektryczny. Nadto znachodzą się zazwyczaj i inne zmiany naczynioruchowe w częściach miękkich, jak sinica, uczucie zimna, obrzęk, łuszczenie się skóry, łamliwość paznokci, aksamitna miękkość skóry itd. Zazwyczaj się przypuszcza, że zanik ten jest następstwem bezczynności kończyny (atrophia ex inactivitate), przeciwko czemu przemawia szybkość powstawania zaniku, rozwijanie się jego mimo iż dotknięta kończyna mogła zupełnie nie być unieruchomioną, objawy naczynioruchowe i tym podobne okoliczności. Zdaniem autora należy uważać te zmiany w kościach za zanik, powstały na tle zaburzeń w nerwach odżywczych, wywołanych przez bodziec obwodowy na drodze zwrotnej, w przeciwieństwie do zaników kości przyrody ośrodkowej, np. jak w wiądzie rdzenia, syringomyelii i zapaleniu sznurów przednich rdzenia. Tem tłómaczy się nadzwyczajna uporczywość choroby, co ją czyni podobną do zaniku mięśni pochodzenia nerwowego. Objawy zależą od okolicy schorzenia. I tak na ręce stale powstaje sztywność stawu garstkowego, a szczególniej palców; ruchy czynne od samego początku bywają zniesione, a bierne są bardzo bolesne. Siła ręki spada do zera; prowadzi to czasem do nieużyteczności ręki. Na stopie występuje bardzo znaczna bolesność przy stąpaniu, a ból ten możemy tłómaczyć tylko zmianami w substancyi kostnej, szczególnie w tych przypadkach, gdzie uszkodzenie jest uderzająco małe w stosunku do objawów. Nadto powstają, chociaż nie często, wygięcia kości, jako następstwa zaniku.

Leczenie polega przedewszystkiem na usunięciu przyczyny; — w zapaleniach należy kończynę unieruchomić, ale nie na bardzo długo, by nie wywołać sztywności, która tu jest nieuleczalną; nadto mięsienie i ciepłe kąpiele. Niektórzy stosują i przekrwienie bierne metodą Biera lub Helfericha; autor poleca jeszcze ruchy czynne schorzałą kończyną, o ile nie są bardzo bolesne. Rokowanie jest dobre, jeśli się sprawę chorobową umiejętnie traktuje. Rozpoznanie oprzeć można tylko na obrazie röntgenograficznym, a jeśli to niemożebne, to na zmianach odżywczo-nerwowych, chociaż czasem i tych niema. Choroba ta bywa często zapoznawaną i leczoną bezskutecznie, a nawet szkodliwie, np. jak gruźlica mięszanką jodoformowo-glicerynową. *B. Żmigród.*

Magnus. **Operacyjne zastąpienie porażonego mięśnia czterogłowego uda.** (*Münchener med. Wochenschrift* 41, 1902). Autor posiada trzy przypadki (czwarty jeszcze nieukończony) rozmaitych porażeń u dzieci, gdzie z dobrym wynikiem przeszczepił mięsień krawiecki i dwugłowy uda tak, że te przejęły czynność porażonego mięśnia czterogłowego. Robi to w ten sposób, że na przedniej ścianie uda w linii środkowej od górnego brzegu rzepki prowadzi cięcie w górę długości 15 ctm., odsłania przyczepienie mięśnia czterogłowego i górny brzeg rzepki. Drugie cięcie robi przez środek zgięcia kolanowego aż do środka uda: w tem cięciu oddziela mięsień krawiecki od miejsca przyczepienia i na długość jednej trzeciej; taksamo postępuje z mięśniem dwugłowym. Między powięzią a mięśniami toruje drogę elewatorem z jednego cięcia do drugiego, wytwarza kanał, przez który przeprowadza oba odpreparowane mięśnie i przemieszcza do przodu; następnie przebija ścięgno mięśnia czterogłowego, przez zrobiony otwór przeciąga tamte mięśnie, końce wolne mięśni przegina po naprężeniu ku tyłowi i przyszywa srebrem lub bronzem aluminiowym tak, że się wytwarza pętla. Rany zeszywa, po trzech tygodniach zakłada opatrunki gipsowe na sześć tygodni, a po ich zdjęciu stosuje mięsienie i elektryzowanie. *B. Żmigród.*

Aronheim. **Leczenie niedrożności jelit dawkami atropiny, przekraczającemi najwyższe dozwolone.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 37, 1902). Pierwszy Batsch zastosował w przypadku niedrożności jelit atropinę, kiedy inne środki: makowiec, wysokie lewatywy, ciepłe okłady, przepłókiwania żołądka okazały się bezskutecznymi. Ilość wstrzykniętej atropiny wynosiła 0,005, a więc przekraczała najwyższą dawkę; to też były i objawy zatrucia: rozszerzenie źrenic, suchość w jamie ustnej i gardle, bredzenie i niepokój ruchowy. Po pewnym czasie wszystkie te objawy przeszły, nastąpiło obfite wypróżnienie stolcowe i chory wyzdrowiał bez operacyi. Przypadków takich opisano około 18: cztery przypadki z zejściem śmiertelnem. Przypadek autora tyczy się chorego, który nagle dostał bólów brzucha, wymiotów, lekkiego podwyższenia ciepłoty, a wszelkie środki stosowane pozostały bez skutku. Trzeciego dnia, gdy się stan nie polepszał i stolca nie było, wstrzyknął autor atropinę w ilości 0,003; w godzinę potem ustąpił ból, ale przyszła suchość w gardle, rozszerzenie źrenic, co szybko przeminęło, a w kilka godzin potem obfite wypróżnienie stolca i chory wyzdrowiał. Dobry skutek tłómaczy autor własnością atropiny porażania zakończeń nerwowych, a więc działania na mięśnie gładkie jelita, podobnie jak przy rozszerzaniu źrenic. Chodziłoby tylko o to, że przekroczenie najwyższej dawki może się źle skończyć dla chorego, a w następstwie odbić się to może na lekarzu; to też autor radzi, by pozostawić choremu rozstrzygnięcie, czy chce być operowanym, czy też woli wstrzyknięcie atropiny w znacznej dawce. *B. Żmigród.*

Dr. Hertzka. **Dostawanie się wody kąpielowej do pochwy i znaczenie kąpieli u ciężarnych i rodzących.** (*Monatsschrift f. Geb. und Gyn.* Tom 16, Zeszyt 3). Znane są klinicystom przypadki gorączki połogowej, dla której nie można wykryć żadnej przyczyny. Stroganoff starał się wykazać, że często należy jej szukać w kąpieli, którą zwykle dostają rodzące, nim przyjdą na salę porodową. Zniósł więc kąpiele wannowe i zastąpił je zmywaniami całego ciała. Wynik był ten, że gorączka połogowa spadła z 15% na 7%. Badania w tym kierunku przeprowadzał następnie Sticher, który dodawał do każdej kąpieli zupełnie nieszkodliwe drobnoustroje (*bacillus prodigiosus*), a po kąpieli przeszczepiał wydzielinę pochwową na pożywki. Prawie we wszystkich przypadkach

wynik był dodatni. Autor przeprowadzał podobne doświadczenia w klinice prof. Chrobaka i doszedł z początku do tego samego wyniku, co Sticher. Przekonał się jednak, że dotychczas używany sposób otrzymywania wydzieliny pochwowej nie jest racyonalny; zmienił więc swe postępowanie techniczne i doszedł do wyników wprost przeciwnych. Mimoto jednak już samo rozumowanie naprowadziło go na to, że kąpiel wannowa, dawana rodzącym, raczej może być szkodliwą, aniżeli korzystną, przynajmniej w klinikach. Pomijając bowiem to, że kobiety przychodzące do kliniki w celu odbycia porodu zwykle są bardzo brudne, że do kąpieli takiej spływają najrozmaitszego rodzaju wydzieliny i wydaliny, że wiele rodzących ma srom ziejący, — należy uwzględnić, że w zakładach takich, choćby największych, liczba wanien jest minimalna w stosunku do rodzących, — bo zwykle jedna lub dwie, również mała jest liczba wyćwiczonej służby, któraby wanny te po każdej rodzącej dokładnie wyczyściła, a samą rodzącą dokładnie obmyła. Z tych wszystkich powodów w klinice prof. Chrobaka zniesiono kąpiel wannową, a zastąpiono ją zmywaniami w wodzie płynącej. Celowi temu najlepiej odpowiada duże blaszane naczynie, — raczej taca, — o brzegu wysokim na 10 ctm.; w lekko zagłębionym środku znajduje się otwór dla spływającej brudnej wody. Wodociąg odpowiednio urządzony pozwala regulować ciepłotę wody. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Florence Sabin. **Gruźlicze zapalenie osierdzia z wysiękiem zawierającym laseczniki; kilkakrotne nakłócie osierdzia; wyzdrowienie.** (*Amer. Medic. — Philad Med. Journal*, 15 marca, 1902). Przypadek opisany przez autora jest zajmujący głównie z tego powodu, że w wysięku osierdziowym znaleziono laseczniki gruźlicze i znaczny odsetek ciałek białych jednojądrzastych; wyzdrowienie nastąpiło widocznie pod wpływem kilkakrotnego nakłócia worka osierdziowego i wypuszczenia płynu. *Dr. St. Rudzki.*

IX. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Leczenie chorób wysypkowych i róży zapomocą drożdży piwnych. (*Sémaine medicale* 1902, Nr. 44). Obszerne badania w tym kierunku przeprowadzili Presta i Tarruella, lekarze w Barcelonie i otrzymywali następujące wyniki:

Przypadki ospy, w których leczenie rozpoczęto w okresie guzków i pęcherzy przebiegają stosunkowo szybko i łagodnie. Ciepłota obniża się stopniowo, jak również częstość tętna; pęcherze nie przechodzą w okres ropienia. Pęcherze zaledwie na twarzy wydzielają nieco surowiczego płynu, który szybko wysycha; na ciele ulegają one wessaniu. Obrzęku powiek i zniekształcenia twarzy niema nigdy, również nie doznają chorzy uczucia bólu i pieczenia skóry. W miejscach, gdzie były pęcherze, powstają twarde, lekko zaróżowione nacieki, znikające bez śladu po upływie mniejwięcej dni dwudziestu: ubytku tkanki i blizn trwałych nie zauważono nigdy.

Polepszenie się stanu ogólnego idzie zwykle w parze z dodatnim wpływem na przebieg wysypki. Ze strony narządu nerwowego, krążenia i oddechania nie dostrzegli autorowie nigdy powikłań, zakłócających pomyślny przebieg choroby. Owszem tam, gdzie były przed rozpoczęciem leczenia objawy ze strony poszczególnych narządów, objawy te pod wpływem podawania drożdży szybko ustępowały bez stosowania jakiegokolwiek leczenia objawowego. Ropienia wtórne, tak częste następstwo ospy, nie pojawiły się w żadnym z badanych przypadków. Białko w moczu, jeżeli już było przed rozpoczęciem leczenia, w miarę postępów ogólnych zdrowienia szybko ustępowało; jeżeli nie było białkomoczu poprzednio, w przebiegu podawania drożdży nie wystąpił on ani razu. Dzienna ilość moczu się podnosi, jakoteż wydzielanie istot azotowych. Ilość przypadków ospy, leczonych przez autorów, wynosi 43.

Oprócz tego stosowali Presta i Tarruella tensam sposób leczniczy u 28 chorych odrowych i 17 płoniczych. Stwierdzili również szybkie ustępowanie wysypki, spadek ciepłoty, ustępowanie zajęcia błon śluzowych i objawów zatrucia jadem chorobowym.

Obie te choroby panowały wówczas nagminnie i to w formach bardzo ciężkich. W przypadkach, leczonych zwykłymi sposobami, autorowie spotkali się nieraz z ciężkiemi powikłaniami, a czas trwania choroby wynosił przeciętnie od 20 do 30 dni. Przeciwnie chorzy, którym podawano drożdże, przebywali chorobę najwyżej w przeciągu dni sześciu i bez żadnych cięższych następstw.

Najogólniej można zatem streścić pomyślne działanie drożdży w ten sposób, że czynią one przebieg choroby szybszym i bardziej typowym, wolnym od powikłań i zakażeń wtórnych.

W 24 przypadkach róży (bakteryologicznie stwierdzonych) wyniki były również bardzo zachęcające co do ustępowania objawów tak ogólnych, jak i miejscowych. Przypadki leczone drożdżami od samego początku trwały najdłużej 4 dni; przypadki dawniejsze, opierające się wszelkim sposobom leczenia, mijały bez nawrotu, choć nieraz mieli do czynienia z chorymi, skłonnymi do nawrotów róży.

Wobec tych wyników przypisują Presta i Tarruella drożdżom w wyżej wymienionych chorobach działanie niejako swoiste. Doświadczenia, przeprowadzone w pracowni wykazały, że drożdże, wstrzyknięte równocześnie z gronkowcem lub paciorkowcem (będącym w stanie jadowitości), łagodzą lub wprost zapobiegają zakażeniu. Działanie to ma zależeć nie od istot wytwarzanych przez drożdże, lecz od samej ich protoplazmy. Dawka dzienna wynosi od trzech do sześciu łyżeczek sproszkowanych drożdży. *Dr. T. Żeleński.*

X. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 4. lipca 1902.

Przewodniczący: kol. Sołowij — obecnych członków 34.

1. Kol. Merunowicz (*jun.*) przedstawia niezwykły przypadek marskości wątroby.

2. Kol. Gabryszewski Tad. (z Bóbrki) wygłosił odczyt: „O epidemii wścieklizny u lisa i borsuka w Galicyi w latach 1900 i 1901.“ (Rzecz wydrukowana w „Łowcu“).

W dyskusyi kol. Kadyj podniósł z uznaniem żmudną pracę kol. G. i znaczenie jego spostrzeżeń. *Dr. Ruff*, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 5 listopada 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prof. Ciechanowski przedstawia serce 20 l. kobiety, z wadą wrodzoną (brak dolnej części przegrody międzyprzedsionkowej sięgający aż w obręb pierścienia zastawkowego tak, że płaty zastawki dwudzielnej odsunięte są od siebie na $1/2$ ctm., obok tego niezupełne zamknięcie otworu owalnego); w przypadku tym rozwinęła się w końcu *endocarditis verrucosa* zastawek obu ujść żylnych i lewego tętniczego, zapalenie osierdzia, a w końcu i opłucnej prawej. Przypadek ten badano bardzo dokładnie na oddziele kol. Dr. Krokiewicza w szpitalu św. Łazarza.

W dyskusyi przemawiali koll. prof. Kostanecki i prof. Ciechanowski.

III. Kol. Eisenberg mówił: »O powstaniu obrzęku złośliwego wskutek wstrzykiwań żelatyny.«

IV. Kol. Bier: »O organizacyi urzędów lekarskich w większych miastach«.

W dyskusyi zabierali głos koll. Bielański, prof. Bujwid i prelegent.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau sekretarz doroczny.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 12 listopada 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Spira miał wykład p. t. „Zasady zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego i ich lokalizacya“. (Rzecz przeznaczona do druku).

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

XI. XII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie w dniach 14, 15 i 16 lipca 1902.

Podał

Dr. Bolesław Żmigród.

(Ciąg dalszy).

3. Sołowij: **W sprawie operacyjnego leczenia raka macicy.** Bezpośrednia śmiertelność po wycięciu macicy rakowatej wynosi około 6%; wyleczenie zaś trwałe waha się między 20—25%.

Obecnie wracają niektórzy do wyjmowania macicy przez jamę brzuszną; odpowiednią metodę podał nawet Wertheim, a wyniki bezpośrednie po operacyi były gorsze, gdyż z początku dawały 38,5%, obecnie 21,4% śmiertelności, a wyleczenia trwałe dość wątpliwe. To też operatorowie ci wyjmują w praktyce prywatnej macicę przez pochwę, a w szpitalu stosują metodę Wertheima. Prelegent jest przeciwny tej metodzie: zdaniem jego lepiejby było, żeby popracowano nad ulepszeniem operacyi pochwowej. Trzeba się starać przedewszystkiem o jak najwcześniejsze rozpoznanie, a operując — o odpowiednie przygotowanie pola operacyjnego z uwzględnieniem odbytnicy; laparotomię pozostawić trzeba sobie tylko dla guzów bardzo wielkich. W przypadkach daleko posuniętych, gdzie nowotwór przeszedł w sąsiedztwo, nie należy zdaniem prelegenta operować doszczętnie, wystarczy wyskrobanie i przypalenie, a uzyskuje się znaczne polepszenie.

Dyskusya: Kryński (Warszawa) radzi przy wyjmowaniu macicy zaniechać rozpoławiania, by nie wywołać przeszczepiania nowotworu na tkanki sąsiednie.

Ziembicki (Lwów) jest za kleszczami hemostatycznemi; nie ufa podwiązkom. Nawet wielką macicę woli rozkawałkować i przez pochwę wydobyć niż robić laparotomię.

Sawicki (Warszawa) jest stanowczo za podwiązkami; widział dwa krwawienia po dwóch tygodniach po zaciskadłach Doyena.

Idziński (Żywiec) zwraca uwagę na operacyę Kraskego, która ma tę zaletę, że idąc od tyłu, można zarazem zabrać i gruczoły chłonne.

Doliński (Przemyśl) woli szczypczyki (pensy), a chociaż te wywołują odleżyny na jelitach, to można temu zapobiedz przez owinięcie gazą jodoformową.

Wojciechowski (Kraków) zwraca uwagę na pękanie pensów, sądzi także, że im kto ma większą wprawę, tem chętniej podwiązuje.

Szuman zgadza się na mocy własnego doświadczenia z tem, że pensy nawet nowe pękają.

Ziembicki nie zgadza się z tem, żeby używanie kleszczyków lub podwiązek miało zależeć od wprawy; Doyenowi np. nie można przecież zarzucić braku wprawy, a on jest autorem kleszczyków.

Zawadzki (Warszawa) nie jest wogóle za wyłuszczaniem macicy, lecz za wyskrobaniem i przypaleniem.

Sołowij (Lwów) sądzi, że metoda przez pochwę jest najlepszą i nie trzeba iść aż przez kość krzyżową. Niema zaufania do angiotrybów, ale rezerwuje je sobie.

4. Bogdanik: **O urazowem pęknięciu jelit.** Pęknięcie jelita wskutek urazu należy do rzadkości; piśmiennictwo notuje zaledwie 7 przypadków, wszystkie z zejściem śmiertelnem, a w żadnym za życia rozpoznania nie postawiono z powodu braku objawów. Przypadek Bogdanika tyczył się 48-letniego robotnika, uderzonego w brzuch; w szpitalu stwierdzono ból w dolnej części brzucha, tętno 120, wymioty i często parcie na stolec. Chory dostał makowiec; po 14-tu godzinach umarł. Sekcya wykazała pęknięcie jelita zstępującego ponad zgięciem esowatem w postaci małego otworu drożnego dla palca i zapalenie otrzewnej.

Dyskusya: Ziembicki zwraca uwagę na skurcz mięśni brzusznych, zdarzający się przy pęknięciach jelit lub wątroby, spowodowanych uderzeniem i wtedy zawsze zaraz operuje.

Zawadzki opisuje podobny przypadek Kosińskiego.

Idziński przypomina objaw stwierdzony przez A. Gluzińskiego, że po pęknięciu następuje zwolnienie tętna.

Krasowski miał przypadek, gdzie po uderzeniu był skurcz mięśni brzusznych, nie operował, a chory wyzdrowiał.

5. Trzebicky: **O leczeniu gruźlicy jąder na podstawie 25-letniej obserwacyi** (drukowane jako praca Bergera w Nrze 39 „Przegl. lek." 1902).

Dyskusya: Kryński jest przeciwny operacyi doszczętnej, lepiej ograniczyć się do częściowego leczenia, np. wyskrobania.

Bogdanik (Biała) zwraca uwagę na to, że w przypadkach długotrwałego, opierającego się leczeniu zapalenia rzeżączkowego przyjądrza powstaje często gruźlica jąder.

Szuman radzi postępować stosownie do przypadku: raz doszczętnie, drugi raz tylko częściowo.

Pruszyński (Warszawa) dziwi się chirurgowi, który w gruźlicy jąder nie jest za operacyą doszczętną; gruźlicę uważa za nowotwór, który trzeba z ustroju doszczętnie wyrugować tembardziej, że chorzy dotknięci gruźlicą jąder, mają i gruźlicę płuc.

Wachtel (Kraków) sądzi, że na sposób badania w gruźlicy jąder trzebaby zwrócić większą uwagę.

Trzebicky nie jest przeciwnikiem zachowawczego leczenia, ale ogranicza je jedynie do przypadków, w których warunki pozwalają na przeprowadzenie leczenia ogólnego. Na swoim oddziele musi być «radykalnym».

6. Rydygier: **Przyczynki do chorób dróg moczowych** (*z demonstracyą preparatów*). R. podaje trzy swoje przypadki: w I-szym musiał z powodu kamicy moczowej zrobić *sectio mediana*, po roku kruszenie kamieni, potem zaś nefrotomię; a ponieważ zgłębnikiem, wprowadzonym w moczowód, stwierdził dwa kamienie, naciął zaotrzewnowo moczowód i wyjął je. Chory obecnie zdrów. II-gi przypadek tyczył się chorego, u którego z powodu przetoki po ropniu okołocewkowym zrobiono w Wiedniu plastykę ze skóry owłosionej z sąsiedztwa, z powierzchnią naskórkową, zwróconą do światła cewki. Około włosów wytworzył się w pęcherzu kamień, który R. wyjął. Chory chodzi swobodnie; R. zamierza ten owłosiony płat później wyciąć, by się tosamo nie powtórzyło. W III-im guz duży wychodził z lewej nerki. Był to „tumor Gravitza" (*hypernephroma malignum*), który R. wyciął; chory jest zupełnie zdrów.

7. Rydygier: **Truskawiec w cierpieniach dróg moczowych.** Woda „Naftusi", źródła w Truskawcu, jest znakomitym środkiem moczopędnym, który prelegent stosował ze skutkiem w swojej klinice i u siebie samego w nieżycie pęcherza. Wodę tę trzeba pić na miejscu, bo rozsyłana we flaszkach traci na działaniu; R. poleca ją ogrzewaną.

Dyskusya: Pruszyński sądzi, że należałoby rozpocząć dokładne badania tej wody, a wyniki badań wykażą wartość tej wody.

Ziembicki nie poleca tak długo czekać; dużo chorych tam już od 20 lat wysyła i ci są mu wdzięczni; ujemny wynik działania znalazł tylko w gruźlicy pęcherza.

Kader opisuje preparat z przypadku operowanego z powodu kamienia w cewce moczowej.

Rydygier poleca jeszcze raz gorąco Naftusię, mimo że nie jest badaną. Stosuje się przecież dużo rzeczy niebadanych z dobrym skutkiem.

8. Rydygier: **Nowa metoda operowania** *ectopiae vesicae*. Ponieważ przy wszystkich znanych metodach nie otrzymujemy zdolności zatrzymywania moczu, R. podaje nową metodę: oddziela dokładnie pęcherz od powłok brzusznych, potem po otworzeniu jamy otrzewnowej i zapuszczeniu pęcherza w głąb, zeszywa go śródotrzewnowo w ten sposób, aby powierzchnie pokryte otrzewną stykały się ze sobą, w końcu zamyka plastycznie szczelinę w powłokach brzusznych.

9. Rydygier: **Przyczynek do wskazań i techniki cięcia nadłonowego.** W przypadkach kamieni moczowych prelegent nie trzyma się żadnej metody, tylko operuje stosownie do przypadku; przedewszystkiem zaś używa cięcia nadłonowego i litotrypsyi, której używa, jeśli kamień jest nieduży, kruchy i dostęp do pęcherza łatwy, a nieżyt jego niewielki. Zresztą używa cięcia nadłonowego i rzadko mu się trafia, żeby szew pierwotny, założony na pęcherzu, nie trzymał.

Dyskusya: Ziembicki jest także eklektykiem, chociaż litotrypsyę namiętnie robi; w przypadkach, gdzie kamień bardzo duży, gdzie pęcherz z powodu zapalenia ropnego jest kloaką, lub gdzie ulega zapaleniu gruczoł krokowy, tam robi sectio alta.

10. Kozłowski: **O nowem postępowaniu przy znieczulaniu lędźwiowem** (drukowane w 41 Nrze „Przegl. lek." 1902).

11. Przybylski: **Kazuistyka znieczuleń metodą Corning-Biera tropakokainą, wykonanych w r. 1901/2 w klinice krakowskiej.** Tropakokaina jest bardzo cennym środkiem narkozy rdzeniowej. Tego roku operowano 129 razy w znieczuleniu metodą Biera, z tego tylko trzy razy znieczulenie nie nastąpiło, a 22 razy było niewystarczające; w 15-tu przypadkach ciepłota ciała była wyżej 38°; nudności i wymioty wyjątkowo. Znieczulenie to ma dwie duże zalety; że może być stosowane zupełnie bezpiecznie u ludzi z wadą serca i że ilość zapaleń płuc po operacyi jest stanowczo mniejsza, a stan chorych lepszy, niż po chloroformie. Znieczulenie sięga aż do sutków, niekiedy wyżej. Niebezpieczeństw niema żadnych; nie trzeba się obawiać skaleczenia rdzenia, ani zakażenia, jeśli się robi czysto, tembardziej, że opony są bardzo odporne. Po tej metodzie znieczulania nie zauważono nigdy białkomoczu, w 7-miu przypadkach nastąpiło bezwiedne oddawanie stolca.

Dyskusya: Chlumsky poleca bardzo tropakokainę; jeśli się zwalczyło trudności techniczne, to wyniki są bardzo dobre. Zapalenia płuc także nie spostrzegał.

Kader sądzi, że metody tej używać można wszędzie, jeśli się tylko ma pojęcie o aseptyce. Da się zastosować u chorych na serce, nawet z wybitnemi wadami, bez złych następstw. Mówca przyklaskuje pomysłowi Kozłowskiego.

Zawadzki radzi kokainę przed rozpuszczeniem w płynie mózgowo-rdzeniowym pozostawić w wyskoku, pozwolić wyskokowi wyparować, a przez to kokaina staje się jałową.

Ziembicki zwraca uwagę na to, że sposób Kozłowskiego podobny jest do sposobu Guinarda, który daje do płynu mózgowo-rdzeniowego kroplami wodnego zgęszczonego roztworu tropakokainy.

Kozłowski jest tego zdania, że jeśli o to chodzi, to można kokainę w suchem gorącu wyjałowić.

Łepkowski uważa kokainę za niezły antyseptyk, gronkowce i paciorkowce w słabych roztworach kokainy się nie udają.

12. Bossowski: **O nefrektomii u dzieci.** Prelegent miał dwa przypadki mięsaka nerki, wychodzącego prawdopodobnie z tkanki okołonerkowej i przechodzącego na nerkę: jeden u $2^1/_2$-letniego dziecka, drugi u $1^1/_2$ rocznego. W obu przypadkach wyjął nerkę;

pierwsze dziecko żyje i jest zdrowe, drugie umarło. Rozpoznanie tej choroby jest bardzo trudne w początkach z powodu braku objawów: wtedy dopiero można ją rozpoznać, gdy guz jest bardzo wielki, lub jeśli już są przerzuty. Mięsak nerki jest rzadszy u dzieci, niż u dorosłych; śmiertelność po operacyi waha się według różnych autorów między 32—60%. B. operował w opisanych przypadkach zaotrzewnowo.

Dyskusya: Schramm miał cztery przypadki, które operował z wynikiem dobrym; a chociaż w trzech z nich wystąpiły po pewnym czasie nawroty, mimo tego jest za operacyą.

Szuman operował przypadek gruczolomięsaka, rozpoznanego przed operacyą.

13. Kryński: **O przyszywaniu nadłonowem pęcherza w przypadkach przerostu gruczołu krokowego.** Pomysł do tej operacyi podał Kr. już przed kilku laty; polega ona na tem, że do tylnej ściany jamy brzusznej przyszywa się przednią ścianę pęcherza i w ten sposób pęcherz bywa do góry podciągnięty. Ma to znaczenie dla tylnej ściany, która z powodu przerostu gruczołu krokowego, a więc przeszkody w odpływie moczu, wypukla się i obniża w dolnej i tylnej swej części. Nieco później, niezależnie od Kryńskiego, operacyę tę podał Goldman.

14. Rydygier: **Resekcya śródtorebkowa gruczołu krokowego** *(resectio intracapsularis prostatae)* sposobem własnym, wykonana jako postępowanie normalne celem wyleczenia przerostu tegoż gruczołu. (Rozprawa drukowana w Nrze 40 „Przegl. lek.").

Dyskusya: Rydygier podnosi zalety operacyi Kryńskiego; gdy ta nie wystarcza, to rozporządzamy w każdym razie wycięciem gruczołu krokowego.

Bossowski uważa pomysł Kryńskiego tylko za teoretycznie dobry; sądzi, że metody które dochodzą wprost do gruczołu krokowego, są lepsze.

Ziembicki zgadza się o tyle z Bossowskim, że lepiej jest dojść do źródła choroby; jednakowoż pomysł Kryńskiego uważa za bardzo szczęśliwy.

Kryński zwraca uwagę na to, że operacya jego niema wcale na celu zastąpić prostatektomii, lecz w przypadkach, gdzie tej robić nie można, można popróbować jego sposobu, który nadto ma te zalety, że daje się robić w Schleichu i trwa około 12 minut.

15. Ślęk: **O operowaniu krwawnic (hemoroidów) sposobem Whitehead-Esmarcha.** Sposób Whitehead-Esmarcha, polegający na wycięciu guzów hemoroidalnych, uważa S. za jeden z najlepszych sposób operowania tej choroby. (Ciąg dalszy nast.).

XII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 27. listopada.

* *Otrzymujemy następujące pismo:*

Międzynarodowe Towarzystwo chirurgii. Zaproszony do Komitetu założycieli międzynarodowego Towarzystwa chirurgii, mam zaszczyt prosić wszystkich tych chirurgów polskich, którzyby chcieli zostać członkami tego Towarzystwa, ażeby się do mnie zgłosili. Mam bowiem polecenie, aby podać już teraz spis wybitnych chirurgów polskich na członków, gdyż tylko ograniczona liczba z każdej narodowości zostanie przyjętą w tym charakterze, a liczba ta będzie ustanowioną, skoro delegaci różnych narodów nadeszlą swoje wnioski.

Dodaję, że Zjazdy będą się odbywały prawdopodobnie co 3 lata w Brukseli, w celu przedyskutowania ważnych kwestyj poprzednio już ogłoszonych. Statuty nie zostały jeszcze ostatecznie przyjęte.

L. Rydygier.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem, po demonstracyach chorych i okazów przez kolegów: prof. Pieniążka i prof. Trzebickyego, nastąpił odczyt kolegów: doc. Rutkowskiego i prof. Rosnera p. t. *„Apendicitis in gravida"*.

* D. 23 b. m. nastąpiło uroczyste otwarcie Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem. Zatem sprawa samoobrony w walce z gruźlicą przeszła i u nas ze stanu teoretycznego w okres czynów dokonanych. Jeśli w wiekach minionych zakładaniem leprozoryów zwalczono trąd, to budowanie sanatoryów dla chorych na gruźlicę tem prędzej wywrze wpływ zbawienny, że tu nie tylko zapobiega się szerzeniu zarazka przez odosobnienie chorych, lecz że się ich jednocześnie leczy klimatoterapią, uznaną obecnie za najskuteczniejszą metodę leczenia gruźlicy.

Do N. następnego odkładamy opis Sanatoryum zakopańskiego: dziś podajemy tylko do wiadomości lekarzy polskich, że w przeddzień otwarcia komisya lekarska badała skrupulatnie budynek uzdrowiska i wszystkie jego urządzenia, a następnie spisała protokól, zakończony następującem orzeczeniem:

»Na podstawie spisanego przez nas protokołu, zawierającego opis całego zakładu i jego urządzeń, oświadczamy, że zakład, stworzony dla chorych piersiowych, mających w nim długie miesiące spędzać, odpowiada zupełnie celowi i przeznaczeniu. — Śmiało twierdzić należy, że zakład nasz, porównywany z najnowszymi i najsłynniejszymi zagranicznymi, niczem nie ustępuje im, ani pod względem darów natury, ani co do swoich urządzeń. Cudowny jest widok Tatr, cudowną rozległa dolina rozścielająca się u stóp zakładu, położonego wyżej 1000 metr. nad poziom morza. Obfitość słońca, którego żaden promień dla chorego straconym nie będzie; świeżość górskiego powietrza, którego czystości nic nie zamąci, oto główne czynniki, na wpływ których w leczeniu chorych piersiowych liczyć należy.

Wpływy te umiejętnie spożytkowano, tak przy wyborze miejsca, jak przy budowie i urządzeniu zakładu, co zaznaczyliśmy w naszym protokole. Wiadomem jest, jak to trudno w sanatoryach, przeznaczonych dla większej liczby chorych, uniknąć pozorów szpitala; tutaj niema nic takiego, coby mogło podziałać w sposób przykry i przygnębiający na umysł chorego; owszem, wszystko zrobiono, by wpłynąć korzystnie na jego usposobienie i zastąpić mu życie w otoczeniu rodziny. Jestto najwyższa pochwała, jaką zakładowi dla chorych wyrazić można; to też po zwiedzeniu dokładnem opuszczamy go, wynosząc uczucie rzetelnego zadowolenia, a zarazem uczucie wdzięczności dla tych, których inicyatywie, poparciu i pracy zakład powstanie swoje zawdzięcza«.

Członkowie komisyi: Dr. Ignacy Baranowski, Dr. Stanisław Bądzyński, Dr. Henryk Jordan, Dr. Antoni Gluziński, Dr. Lesław Gluziński, Dr. Józef Merunowicz, Dr. Jan Bednarski, Dr. Stanisław Pareński, Dr. Józef Surzycki, Dr. Franciszek Chłapowski.

Z orzeczeniem komisyi zgodzili się obecni przy poświęceniu i otwarciu Sanatoryum: Dr. Henryk Dobrzycki, Dr. August Kwaśnicki, Dr. Stanisław Domański, Dr. Napoleon Cybulski, Dr. Henryk Ebers, Dr. Wincenty Łepkowski, Dr. Władysław Maleszewski, Dr. Edmund Majewicz, Dr. Jan Gawlik, Dr Józef Żychoń, Dr. Roman Merunowicz, Dr. Karol Beaurain, Dr. Antoni Wespański, Dr. Jan Gaik, Dr. Bronisław Chwistek, Dr. Antoni Puławski.

* Stypendya fundacyi J. F. Kasparka, przeznaczone dla lekarzy pracujących w zakładach naukowych paryzkich, nadała »Instytucya czci i chleba« w Paryżu, zgodnie z wnioskiem Rektoratu Uniw. Jagiell. Drowi Stanisławowi Drobie i Drowi Stanisławowi Jankowskiemu z Krakowa.

* Ministerstwo spraw wewnętrznych rozesłało do wszystkich krajowych szefów politycznych reskrypt o środkach do zwalczania gruźlicy. Uznając gruźlicę za chorobę zakaźną, przed którą można się uchronić, a we wczesnym okresie z niej się wyleczyć, państwowa administracya sanitarna poczuwa się do obowiązku poczynienia takich zarządzeń, któreby zapobiegały powstaniu i szerzeniu się gruźlicy. Reskrypt przytacza wszyskie drogi, któremi, według dzisiejszych pojęć naukowych, prątek gruźliczy dostaje się do zdrowego ustroju (rozpylona świeża lub zeschnięta plwocina osób chorych na gruźlicę, brud zawierający zarodki prątka gruźliczego, mleko i mięso pochodzące ze zwierząt gruźliczych). Z tego zapatrywania wynika dla gminy obowiązek bakteryologicznego badania mięsa i mleka, oraz dozór policyjny nad lokalami publicznymi, w których przebywają chorzy na gruźlicę. Reskrypt wkłada obowiązek na lekarza, ażeby, skoro przypadek chorobowy obudzi w nim podejrzenie gruźlicy, zbadał bakteryologicznie plwocinę lub wypocinę, w celu ustalenia rozpoznania, a w razie stwierdzenia gruźlicy, poczynił takie zarządzenia, jakie obowiązują przy każdej innej chorobie zakaźnej, z uwzględnieniem osobliwości, przywiązanych do gruźlicy; w tym względzie zadanie lekarza jest ważne i rozległe. Reskrypt wzywa władze miejscowe, ażeby w granicach swojej ustawowej możności przeprowadziły zakaz plucia na ziemię (w kościołach, teatrach, muzeach, restauracyach i t. d.) i wskazuje §§ ustawy, na których mają się oprzeć.

Jeżeli lekarz napotka trudności w zapobieżeniu rozszerzaniu się gruźlicy ma obowiązek zażądać pomocy od władzy miejscowej lub państwowej władzy sanitarnej. W szczególności obowiązany jest lekarz donieść o istnieniu gruźlicy: *a)* w razie śmierci chorego na gruźlicę i *b)* przy zmianie mieszkania osoby gruźliczej. Część szczegółowa tych postanowień zawiera wskazówki dla lekarzy, kiedy mają donieść o pojawieniu się gruźlicy »wśród szczególniejszych warunków«.

W dalszym ciągu reskrypt wyłuszcza zasady, jakich mają się

trzymać lekarze 1) w zakładach leczniczych; 2) w zdrojowiskach i uzdrowiskach; 3) w pomieszkaniach wspólnych wszelkiego rodzaju.

W zakończeniu reskrypt podaje godne zalecenia środki, o których jednak tylko drogą propagandy i pouczenia, słowem drogą własnej samoobrony, może się społeczeństwo dowiedzieć i do codziennego życia je wcielić.

Tyle w streszczeniu reskrypt ministeryalny.

Jeśli ten reskrypt ma osiągnąć cel zamierzony, przed społeczeństwem stoi obszerne zadanie reformy na wielu polach: szpitale muszą urządzić odrębne sale dla chorych na gruźlicę; osoby cierpiące na gruźlicę, a należące do kół zbiorowych (uczniowie wszelkich szkół, klerycy, terminatorzy, urzędnicy i t. d.) muszą być wykluczeni z wspólnego pożycia; dla lekarzy miejskich stwarza się obszerne pole pracy, a powołanie do życia instytucyi lekarzy szkolnych staje się nieodzowną potrzebą i t. d., i t. d.

Sprawa ta niezawodnie wejdzie na porządek dzienny najbliższego posiedzenia Komisyi sanitarnej miasta Krakowa.

* Prof. nadzwyczajny laryngologii w Uniw. Jagiell., Dr. Przemysław Pieniążek, otrzymał tytuł i charakter zwyczajnego profesora.

* Ministerstwo oświaty zatwierdziło uchwałę Wydziału lekar. U. J, nadającą Dr. Kazimierzowi Majewskiemu *veniam legendi* z zakresu okulistyki.

* Na opróżnioną posadę fizyka miejskiego Komisya sanitarna krakowska ułożyła następujące terno: 1) Dr. Aleksander Wilkosz; 2) Dr Antoni Filimowski; 3) Dr. Leonard Bier.

* Między 12 a 18 listopada doniesiono władzy o jednym przypadku ospy w Borszczowie, oraz o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.) i jaworowskim (1 gm).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XLV (2—9—XI) Ludność średnia roczna wynosi 94.057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 33, zrodziło się dzieci 50, zmarło osób 54, mianowicie: z gruźlicy 9 (2 zam.), z zapalenia płuc 4, z błonicy 2 (zamiejscowi), z krzuśćca 2, z płonicy 5 (2 zam.), z cholery dziecięcej 5 (1 zam.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. R. Bernhardt mianowany ordynatorem szpitala św. Łazarza w Warszawie. Dr. Pfaudler mian. został profesorem pedyatryi w Gracu. Dr Friedenwald — profesorem oftalmologii w Baltimore. Dr. Hinsberg — profesorem otologii Wrocławiu.

Nekrologia. D. 1 b. m. zmarł w Chicago Dr. Bronisław Grabowicz; urodził się r. 1863 w Tarnowie; w r. 1885 ukończył studya farmaceutyczne w Krakowie, a w 1887 wyjechał do Ameryki. O ciężkim losie zmarłego za oceanem pisze »Słowo polskie« w N. 561: »nabawiwszy się zapalenia siatkówki, przez 8 miesięcy z zabandażowanemi oczyma zarabiał na ulicy Nowego Yorku grą na cytrze. W parę lat później znalazł się w Atchson, Kansas. Po roku pobytu wśród zamieszek murzyńskich, ratując życie i straciwszy cały dobytek, znalazł się w Chicago, gdzie ukończył studya lekarskie.... W Nowym Yorku był duszą polskiego ogniska; koledzy i ziomkowie, przybywający z kraju, a osiedli bez funduszów na bruku, miesiącami całymi doznawali od niego gościny i pomocy materyalnej«. Dr. Asch, prof. otologii zmarł w New-Yorku. Dr. Birne, b. prof. ginekologii, zmarł w Brooklynie. Dr. Landois, profesor fizyologii, zmarł w Gryfii w 65 r. życia

Bibliografia:

— *Przegląd higieniczny* Nr. 11. Stella Sawicki: Nasze zdrojowiska i uzdrowiska. Gorecki: Nowa rzeźnia miejska we Lwowie (c. d.). Legeżyński: Oczyszczanie wód kanałowych (c. d.).

— *Medycyna* Nr 47. Bregman: Spostrzeżenia kliniczne z syringomyelii. Biro: Porażenie mięśnia zębatego przedniego, wielkiego, istotne i wrzekome (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 47. Adelt: Tętniak tętnicy dołu Sylwiusza prawego. Porażenie lewostronne. Zenczykowski: Z pomyłek w rozpoznawaniu stwardnienia wieloogniskowego. Brudziński: Najnowsze teorye krzywicy i najnowsze próby jej leczenia. (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 47. Honl: Bakteriologická diagnosa tuberkulosy. Kutvirt: O nádorech mandli. Haškovec: O tlaku krevnim vůbec a v neurose traumatické zvlášť.

— *La Presse medicale* Nr. 92. Dujarier: Leczenie stawów rzekomych za pomocą szwów metalicznych.

— Nr. 93. Hartmann i Roger: Przyczynek do bakteryologii zapaleń pęcherza moczowego. Carnot: Wstrzykiwania śródtchawicze rtęci, jako metoda lecznicza przymiotu.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 46. Gross: Stosowanie miejscowe gorąca w lecznictwie. Wolff: Perlica a gruźlica ludzka. Levinson: Przyczynek do wiedzy o atonicznem rozszerzeniu przełyku. Mitulescu: Przyczynek do badań przemiany materyi w gruźlicy przewlekłej. (c. d.). Hamburger: O uprawnieniu i konieczności przerwania ciąży u kobiet gruźliczych w klasie roboczej (c. d.)

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 47. Swoboda: Rozwiązanie pytania: ospa a ospica. Blassberg: O zachowywaniu się ciałek białych krwi przy ropieniach w ustroju. Reitter. Przyczynek do istnienia »kropkowanych *(punktierten)* erytrocytów«. Kristianus: Jednoczesna ciąża obu trąbek.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 46. Landsteiner: O aglutyninach surowicy. Hecker: O t. zw. hartowaniu dzieci. Roemisch: O wyniku leczenia gruźlicy według metody Goetschego. Riegner: Uwagi nad leczeniem gruźlicy cymonianem sodowym podług Landerera. Fischer: Rzerzączka u dzieci płci męzkiej. Wagner: Zapalny guz ściany brzusznej, wywołany przebiciem przez ciało obce w jelicie.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 47. Buschke: Świerzbiączka limfatyczna. Brieger: Przerzuty szczepienne raka. Spijarny: W sprawie chłoniaków złośliwych. Aronsohn: Stosunek gruźlicy do raka. Mohr: Znaczenie Schnellerowskiego prątka raka. Kuckein: Dwa przypadki raka przełyku, które przebiegały z pozorami tętniaka aorty (dok.). Israel: Przyczynek do leczenia otoku ropnego.

Redakcya otrzymała. Presch: Die physicalisch-diätetische Therapie in der ärztlichen Praxis. (Würzburg. Stuber's Verlag). Gajkiewicz: O źrenicy w stanie zdrowia i choroby. Goldmann: Das lösliche Eisenarsenniat Zambeletti und seine Verwendbarkeit in der Praxis.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 3 grudnia, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne, na którem odbędą się następujące odczyty: 1) kol. Doc. Bochenek: Nowe pojęcia o znaczeniu przysadki mózgowej *(hypophysis cerebri)*. 2) Kol. Dr. Godlewski: „Nowsze badania nad regeneracyą“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XLI. Kraków 6 Grudnia 1902. Nr. 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej prof. Kadera w Krakowie i z pracowni higienicznej dra Dzierżgowskiego w Instytucie medycyny doświadczalnej w Petersburgu.

Przyczynek do leczenia zapalenia paciorkowcowego otrzewnej za pomocą surowic swoistych i środków obojętnych nieswoistych.

(Praca nagrodzona na konkursie imienia dra Teodora Dunina w Warszawie).

Napisał

Dr. Feliks Majewski.

elew kliniki

Z wyjątkiem surowicy przeciwbłoniczej i przeciwksięgosuszowej, znaczenie innych surowic leczniczych dotychczas jeszcze wyjaśnionem nie zostało; najbardziej może obchodząca chirurga surowica przeciwpaciorkowcowa dotąd nie zyskała jeszcze szerszego rozpowszechnienia. Samo przygotowanie tej surowicy ma wielki wpływ na jej skuteczność: posiada ona różną siłę, zależnie od pracowni, w której została przygotowana. Niewątpliwie jest to do pewnego stopnia zależnem od gatunku i stopnia złośliwości paciorkowców, użytych do uodpornienia. Nierozstrzygniętą dotychczas jest nawet sprawa, czy paciorkowce stanowią jeden tylko rodzaj pasorzyta, gdyż w jednych przypadkach wywołują one tylko miejscowe ropienie, w innych przy ropieniu nieznacznem nadzwyczaj silne zakażenie ogólne.

W pracach dotychczasowych nad znaczeniem surowicy w przypadkach klinicznych rzadko bardzo zwracano uwagę nie tylko na siłę drobnoustrojów, wywołujących zakażenie, lecz nawet i na ich gatunek. W wielu razach pomyślne wyniki stosowania surowicy przeciwpaciorkowcowej nie są umotywowane badaniem bakteryologicznem krwi i wydzieliny z rany; może to doprowadzić z jednej strony do nie dających się ziścić nadziei, lub przeciwnie do przedwczesnego rozczarowania. Sprawę tę mogą bliżej wyjaśnić przedewszystkiem badania laboratoryjne, w zestawieniu z doświadczeniem klinicznem. Tylko na mocy porównania wpływu pasorzytów wyosobnionych z ustroju ludzkiego na ustrój zwierzęcy można sądzić o złośliwości zakażenia i o skuteczności seroterapeutycznych metod leczenia.

Jeżeli tego rodzaju wątpliwości nasuwają się tam, gdzie wrota dla wtargnięcia zarazka z powierzchni ustroju są znane, to zwiększają się one jeszcze bardziej, jeżeli drogi, któremi drobnoustroje dostają się, nie są dla oka widoczne, albo też, jeżeli dostęp do źródła zakażenia jest utrudniony lub prawie niemożliwy. Dotyczy to jam wypełnionych trzewami, a zwłaszcza jamy brzusznej, w której dojście do ogniska zakażenia bez większych zabiegów (np. laparotomii) jest bardzo trudnem, a często przeciwwskazanem. W razach, gdzie z jakiegokolwiekbądź powodu nie badano bakteryologicznie ogniska zakażenia, a badanie krwi nie wykazało obecności drobnoustrojów, kontrolowanie wpływu surowicy wykonać się nie da. Pomimo to niektórzy autorowie, nie otrzymując po wstrzyknięciu surowicy leczniczej wyników pomyślnych, przypisują to nieskuteczności surowicy, a w razach wyzdrowienia chorych uważają to ostatnie za wynik wstrzykniętego środka leczniczego. Sąd taki jest zbyt dowolny wobec braku stwierdzenia obecności i jakości zarazka.

Pomimo licznych spostrzeżeń klinicznych sprawa leczenia zapalenia otrzewnej na drodze doświadczalnej nie jest dostatecznie wyjaśnioną. To też postanowiłem zbadać, jak przebiega zapalenie otrzewnej, wywołane przez różne drobnoustroje, pod wpływem surowic swoistych, oraz środków obojętnych, nieswoistych. Doświadczenia te rozpocząłem od lasecznika okrężnicy *(bac. coli c.)*, którym uodporniałem kozła, w celu zbadania zmian własności surowicy kozła względem zakażającego drobnoustroju. Przy określeniu siły zarazka okazało się, że królik szczepiony do otrzewnej hodowlą lasecznika okrężnicy zdechł po upływie 36 godzin; sekcya zaś wykazała poczynające się zapalenie otrzewnej, nieznaczne powiększenie śledziony i gruczołów chłonych, oraz przekrwienie wszystkich narządów. Z krwi prawej komory serca otrzymałem czystą hodowlę laseczników okrężnicy.

Zakażenie kozła rozpocząłem przesączem (przez sączek Chamberlanda) czterodniowej hodowli, którego wprowadziłem po raz pierwszy 9 sz. ctm., w pięć dni potem 10 sz. ctm., a następnie po 8 dniach 15 sz. ctm. tychże toksyn. Na zastrzykiwania zwierzę oddziaływało miejscowym obrzękiem, który przy drugiem wstrzyknięciu dochodził do wielkości jaja kurzego, oraz podniesioną ciepłotą 0,4°—0,5° (prawidłowa ciepłota kozła przed doświadczeniem 39.3°—39,4°). Surowica jego odznaczała się znacznie większemi niż w stanie prawidłowym własnościami aglutynującemi w stosunku do tego samego lasecznika okrężnicy.

Następnie w drugiej seryi wstrzykiwań wprowadziłem w ciągu 2 tygodni w równych odstępach czasu trzy razy, 0,5 sz. ctm., 1,0 sz. ctm. i 2,0 sz. ctm. hodowli bulionowej, uprzednio zagotowanej. Tu odczyn był słabszy, niż po zastrzyknięciu przesączu. Wreszcie w trzeciej seryi zastrzykiwałem w ciągu trzech tygodni w równych prawie odstępach czasu 0,3 sz. ctm., 0,5 sz. ctm. i 1,0 sz. ctm czterodniowej hodowli bulionowej. Odczyn był tu nadzwyczaj silny: obrzęk dochodził do wielkości dłoni, ciepłota zaś sięgała 40,0°—40,2°

Badania te musiałem przerwać, a przystąpiłem natomiast do badań wpływu surowicy przeciwpaciorkowcowej na zapalenie paciorkowcowe otrzewnej (używając do tego surowicy konia uodpornionego przeciw paciorkowcom). Doświadczenia

przeprowadzałem na królikach. Hodowlę paciorkowców otrzymałem z przypadku paciorkowcowego zapalenia migdałków, zabijającą królika w 36 godzin w stosunku 0,000,025 sz. ctm. czystej hodowli bulionowej na 1 kilogram wagi królika. Oprócz tego badałem wpływ czystego aseptycznego bulionu peptonowego na przebieg zakażenia paciorkowcami.

Badania moje były trojakiego rodzaju: w I seryi doświadczeń wprowadzałem uprzednio do ustroju surowicę przeciwpaciorkowcową albo bulion wyjałowiony, a następnie zwierzę zakażałem; w II surowica była wprowadzana jednocześnie z zarazkiem, ale osobno, t. j. z nim nie zmięszana; w III stosowałem surowicę już po zakażeniu.

W ten sposób starałem się przekonać, czy w moich doświadczeniach surowica paciorkowcowa okaże własności ochronne i lecznicze, a zależność wpływu surowicy od miejsca jej wstrzyknięcia na przebieg zakażenia oceniałem na mocy zastrzykiwania już to podskórnego, już to do jamy otrzewnowej, a wreszcie do żył.

Nie będę przytaczał wszystkich protokołów doświadczeń, które dokładnie uwidoczniają 2 niżej załączone tablice.

W I. tablicy zestawione są wyniki zastosowania u królików zakażonych paciorkowcami, wprowadzonymi do jamy otrzewnowej drogą wstrzykiwań śródotrzewnych surowicy i bulionu: a) przed zakażeniem, b) jednocześnie z zakażeniem, c) wreszcie po zakażeniu. W dwóch ostatnich przypadkach stosowałem tylko surowicę. II tablica przedstawia wyniki otrzymane przy identycznych warunkach jak wyżej, z tą

Tablica I.

Dzień	Serya I.		Serya II.	Serya III.		Kontrola
	Nr 1	Nr. 2	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5	Nr. 6
22/IV	Waga 2370 grm. Otrzymał 24 godziny przed zakażeniem 2.0 sz. ctm. surowicy przeciwpaciorkowcowej do jamy otrzewnowej	Waga 1800 grm. Otrzymał na 24 godzin przed zakażeniem 2,0 sz. ctm wyjałowionego bulionu do jamy otrzewnowej	Waga 1510 grm.	—	—	—
23/IV	W. 2340 grm.	W. 1770 grm.	W. 1510 grm. otrzymał jednocześnie z zakażeniem 2,0 sz. ctm. surowicy do jamy otrzewnowej	Waga 2050 grm. przed zakażeniem	Waga 1410 grm. przed zakażeniem	Waga 2150 grm. przed zakażeniem
	Wszystkie 6 królików otrzymały do jamy otrzewnowej po 0,00006 sz. ctm. hodowli bulionowej paciorkowca.					
24/IV	W. 2305	W. 1715 grm.	W. 1515 grm.	W. 2000 grm. Otrzymał 2 sz ct. surowicy przeciwpaciorkowcowej do jamy otrzewn. t. j. w 24 godz po zakażeniu	W. 1385 grm. Otrzymał w 24 godzin po zakażeniu 4 sz. ctm do jamy otrzewnowej i 2 sz ctm. pod skórę	W. 2095 grm.
25/IV	W. 2330	W. 1770 grm.	W. 1525 grm.	Po 36 godzinach od zakażenia śmierć	W. 1250 grm po 48 godzinach od zakażenia śmierć	Po 36 godzinach od zakażenia śmierć
26/IV	W. 2315	W. 1810 grm.	W. 1535 grm.	—	—	—
27/V	W. 2315	W. 1815 grm.	W. 15[illegible]0 grm.	—	—	—
	Żyją, mają się dobrze. Wypuszczone z pod obserwacyi					

W. oznacza: Waga.

Tablica II.

Dzień	Serya I		Serya III.			Kontrola
	Nr 1	Nr 2	Nr 3	Nr 4	Nr. 5	Nr 6
20/V	Waga 1820 grm Otrzymał na 24 godzin przed zakażeniem 4 sz ctm surowicy pod skórę w okolicy brzucha	Waga 2563 grm Otrzymał na 24 godzin przed zakażeniem 4 sz. ctm. surowicy pod skórę w okolicy brzucha	—	—	—	—
21/V	W. 1795 grm	W. 2550 grm.	Waga 2390 grm przed zakażeniem	Waga 2335 grm przed zakażeniem	Waga 2205 grm. przed zakażeniem	Waga 2580 grm.
	Wszystkie króliki otrzymały po 0,00006 sz. ctm. hodowli bulionowej paciorkowca do otrzewnej					
	jednoczasowo z zakażeniem I. serya otrzymała jeszcze po 3 sz. ctm. surowicy podskórnie		w cztery godziny po zakażeniu 4 sz ctm. surowicy pod skórę	w pięć godzin po zakażeniu 5 sz. ctm. surowicy podskórnie	w sześć godzin po zakażeniu 5 sz. ctm surowicy podskórnie	
22/V	W. 1820 grm.	W. 2550 grm	W. 2330 grm.	W. 2300 grm	W. 2245 grm	W. 2560 grm.
23/V	W. 1845 grm.	W. 2530 grm.	W. 2400 grm.	W. 2335 grm.	W. 2225 grm	po 36 godzinach od zakażenia śmierć Waga po śmierci 2540 grm.
24/V	W. 1805 grm.	W. 2505 grm.	W. 2565 grm.	W. 2375 grm	W. 2250 grm.	
25/V	W. 1820 grm.	W. 2480 grm.	W. 2470 grm.	W. 2350 grm.	W. 2285 grm.	
	Żyją, mają się dobrze, wypuszczone z pod obserwacyi					

W. oznacza: Waga.

różnicą, że wprowadzano surowicę wyłącznie podskórnie i nie używano bulionu.

W obu tablicach podane są również doświadczenia kontrolujące na królikach nieleczonych.

Z zestawienia otrzymanych przezemnie faktów wynika:

1) Po zakażeniu paciorkowcami, wprowadzonymi do jamy otrzewnowej w ilości 0,00006 sz. ctm. hodowli bulionowej tego pasorzyta na królika, giną króliki w ciągu 36 godz., przytem często ciepłota ciała podnosiła się o kilka dziesiętnych stopnia.

2) Surowica przeciwpaciorkowcowa, wstrzyknięta na 24 godzin przed zakażeniem w ilości 2 sz. ctm. do jamy otrzewnowej, a w ilości 4 sz. ctm. podskórnie, chroni od następstw zakażenia.

3) Bulion wyjałowiony, wstrzyknięty w ilości 2 sz. ctm. do jamy otrzewnowej na 24 godzin przed zakażeniem, chroni królika od następstw zakażenia.

4) Wszystkie króliki I. seryi oddziaływały przez 5 dni podniesieniem ciepłoty, nie przekraczającem 0,5°, a nawet spadkiem wagi ciała, utrzymującym się w ciągu 3—5 dni, poczem wracały do stanu prawidłowego tak przy zastrzyknięciu do jamy otrzewnowej, jak i podskórnie.

5) Przy zastrzyknięciu jednoczesnem hodowli paciorkowców i surowicy w tej samej ilości, jak pod 2), objawy chorobowe były nadzwyczaj słabe, ciepłota podnosiła się bardzo nieznacznie (0,2°) tak, że w rachubę brana być nie może; waga ciała utrzymała się na jednej wysokości, a nawet się zwiększyła. Wszystkie króliki wyzdrowiały.

6) Surowica przeciwpaciorkowcowa posiada własności lecznicze, o ile jest dosyć wcześnie po zakażeniu stosowana. Przy wstrzyknięciu jej podskórnem w 8—10 godzin po zakażeniu w ilości 4 sz. ctm. udawało się zawsze niemal zachować królika przy życiu.

Przy zastrzyknięciu w 24 godziny po zakażeniu króliki ginęły przeważnie w 36 godzin, t. j. tak, jak króliki kontrolne, nie leczone wcale. W nielicznych razach śmierć następowała w 48—50 godzin po zakażeniu. W doświadczeniach moich robiłem najwyżej dwa wstrzykiwania po 4 sz. ctm. podskórnie, a po 2 sz. ctm. do otrzewnej, aby otrzymać wszędzie możliwie do siebie zbliżone warunki.

Do zakażenia brałem umyślnie materyał inny, aniżeli ten, który był użyty do otrzymania surowicy ochronnej, aby się przekonać, czy surowica może okazać wpływ na paciorkowca innego gatunku. Chciałem przez to naśladować warunki, z jakimibyśmy ewentualnie mieli do czynienia przy łóżku chorego.

Badania w tym kierunku dalej prowadzę.

Pracę tę podjąłem dla wyjaśnienia wpływu szczepień ochronnych i leczniczych na przebieg chirurgicznych chorobowych procesów septycznych. Z natury rzeczy musiałem ograniczyć się tylko bardzo małą cząstką całości. Wybrałem otrzewnę, ona bowiem należy do rzędu najbardziej żywotnych części chirurgii nowoczesnej. Lecz i tutaj mogłem opracować tylko kilka drobnych szczegółów z całego szeregu pytań nierozstrzygniętych. Praca nie jest zakończona. Badania przeprowadzam dalej. Wyniki dotychczasowe są jednak, o ile mi się zdaje, tak bardzo zachęcające do dalszych badań, że pozwalam sobie już obecnie podać je do wiadomości ogółu. interesującego się tą sprawą.

Możność zapobiegania powstania zapalenia paciorkowowego otrzewnej, a nawet skutecznego leczenia takiego zapalenia u królika przez wczesne stosowanie surowicy przeciwpaciorkowcowej pochodzenia innego, niż paciorkowiec, wywołujący zapalenie otrzewnej, nie ulega wątpliwości. Jak się zachowa w warunkach podobnych ustrój ludzki, przesądzać niepodobna; fakty analogiczne z innych dziedzin chorób zakaźnych każą przypuszczać, że i pod tym względem zachowanie się otrzewnej ludzkiej będzie podobne do zachowania się otrzewnej królika i sądzę, że surowica przeciwpaciorkowcowa może ochronić ustrój ludzki od zakażenia paciorkowcami, jeżeli będzie zastrzyknięta zapobiegawczo (prewencyjnie), np. w tych razach, kiedy przy zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej zachodzi możność przedostania się do niej paciorkowców w tej lub innej formie, lub jeżeli będzie stosowana przy porodach w formie szczepień ochronnych.

Analogiczne zjawisko znamy przy wprowadzeniu rozczynu soli kuchennej do jamy otrzewnowej królików prewencyjnie przed zakażeniem ich przecinkowcem cholery. Zwykle rozczyn ten chroni te zwierzęta od zakażenia.

W moich doświadczeniach bulion posiadał również własności ochronne w razie, jeżeli był zastrzyknięty do otrzewnej przed zakażeniem. Jakie czynniki grają przy tem rolę miarodajną, nie wiem; może zależy to od wytworzenia któregoś z czynników uodporniających, przedewszystkiem miejscowej leukocytozy, zjawiającej się w całej jamie otrzewnej.

Niezmiernej wagi jest fakt, że nie tylko surowica swoista, ale i bulion wyjałowiony — czynnik zupełnie obojętny — a przedewszystkiem nie swoisty, stosowany w formie wyżej opisanego szczepienia ochronnego, zapobiegał na równi z surawicą rozwojowi śmiertelnego zapalenia otrzewnej, zakażonej bardzo złośliwym paciorkowcem.

Do pracy tej zostałem zachęcony przez profesora K a d e r a, któremu chodziło o rozstrzygnięcie pytania, czy nie możnaby za pomocą środków obojętnych, nie swoistych w pewnych przynajmniej razach zapobiedz rozwojowi zakażenia ustroju zwierzęcego drobnoustrojami, lub nawet wyleczyć już powstałe zakażenia. Wyniki doświadczeń moich dają odpowiedź poniekąd twierdzącą.

Jeżeliby się nam udało wynaleźć środek swoisty lub nie swoisty, o działaniu więcej ogólnem, zapobiegającem rozwojowi w ustroju zwierzęcym nie tylko jednego, ale kilku rodzajów drobnoustrojów gnilnych, tych przynajmniej, z którymi mamy do czynienia w praktyce chirurgicznej, zyskałaby wówczas chirurgia w walce przeciw zakażeniu oręż, działający we wnętrzu ustroju zwierzęcego, w sposób podobny, jak działają nasze przetwory antyseptyczne na zewnątrz organizmu.

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Radcy Dworu Prof. Dr. Jordana.

Pęknięcie macicy w ciąży.

Podał

Dr. Stanisław Dobrowolski.

Asystent kliniki.

(Sprawozdanie przedstawione na posiedzeniu krakowskiego Towarzystwa lekarskiego w dniu 15 października 1902).

Pęknięcia macicy w ciąży należą do zdarzeń bardzo rzadkich: nic też dziwnego, że i przyczyny, jakoteż sposób ich powstawania, nie są do dzisiaj dokładnie znane, mimo

że wedle wszelkiego prawdopodobieństwa każdy przypadek pęknięcia macicy w ciąży bywa dokładnie opracowany i ogłaszany. Dotychczasowe publikacye nie wyjaśniły przyczyn pęknięcia macicy ciężarnej prawdopodobnie dlatego, że muszą być one rozmaite, a badania histologiczne macicy w tych przypadkach dały albo wyniki zupełnie ujemne, albo też wykazały w różnych przypadkach zmiany różnorodne. Bandl, który zajmował się z wielkim nakładem trudu wogóle przypadkami pęknięcia macicy i wytłómaczył mechanizm powstawania pęknięcia podczas porodu w pracy swej z r. 1875, nie miał sposobności ogłoszenia własnych spostrzeżeń, dotyczących pęknięcia macicy w ciąży, a pracę swą rozpoczyna zdaniem: „Pęknięcia macicy w ciąży muszą należeć do zdarzeń nadzwyczaj rzadkich, gdyż przeważna część położników zna je tylko z piśmiennictwa, a nie z własnego doświadczenia“. Pojedyncze przypadki, jakie Bandl przytacza w swej pracy, podaje z zastrzeżeniem. gdyż nie wie, czy one nie odnoszą się do pęknięcia w ciąży śródściennej. Kazuistykę przypadków rozpoczyna Scott, opisując pęknięcie w VI. m. ciąży; następnie w roku 1872 Churchill opisuje kilka przypadków, zebranych z piśmiennictwa, podobnie tylko opierają się na obcych spostrzeżeniach publikacye Hohla. Z spostrzeżeń własnych ogłosili dopiero przypadki pęknięcia macicy: Mangold w V. mies. ciąży; Mayer w III. mies. ciąży; Cooper również w III. mies. ciąży. Uszkodzenie macicy opisał Geissler: podaje on przypadek zranienia macicy ciężarnej rogiem wołu, Grenzer hakiem od mięsa, Braun nakłóciem wskutek fałszywego rozpoznania torbiela jajnikowego.

Uszkodzenia takie macicy są zupełnie zrozumiałe, podobnie nie ulega żadnej wątpliwości możliwość uszkodzenia macicy przy wywoływaniu poronień zbrodniczych. O wiele trudniejsze do wytłómaczenia co do swej etyologii są pęknięcia macicy, gdzie albo żaden uraz nie miał miejsca, albo też uraz tak zwykły, jak uderzenie w brzuch, spadnięcie z wozu i t. p. Veit w swej pracy zwraca uwagę, że urazy ostatniego rodzaju zupełnie dobrze mogą tłómaczyć przedwczesne odklejanie się łożyska, ale trudno pojąć, jak wskutek takiego nieznacznego urazu może pęknąć macica ciężarna, która zwykle jest przecież plastyczną, a nie napiętą torbą. Veit przypuszcza, że chyba takie urazowe pęknięcia są możliwe, ale tylko w takim razie, gdy uraz zadziała w czasie skurczu macicy; tak też tłómaczy pęknięcie opisane przez Plenio. W dalszym ciągu swej pracy zaznacza, że dla powstania pęknięcia macicy potrzeba koniecznie jakichś warunków nadzwyczajnych, usposabiających macicę do pęknięcia, a za takie uważa przedewszystkiem zmiany w samych mięśniach macicy. Stłuszczenie mięśnia macicy, czynnik często podnoszony w poprzednich publikacyach, zdaniem Veita nie jest dostatecznie udowodniony; natomiast ważnym warunkiem usposabiającym są zmiany sztucznie wytworzone w macicy, a tu zalicza Veit w pierwszym rzędzie blizny w mięśniu po cięciu cesarskiem, czynnik nie rzadki, bo przypadków takich do r. 1888 zebrał Krukenberg 13. wreszcie blizny po wszelkich uszkodzeniach macicy, najczęściej zadane w celach zbrodniczego przerwania ciąży. Jako zupełnie odrębny rodzaj pęknięcia macicy ciężarnej uważa Veit te pęknięcia, które powstają podczas bolów zapowiadających, gdyż mechanizm ich powstawania zupełnie się tak tłómaczy, jak pęknięć podczas porodu. Macica niezmieniona, zdaniem Veita, pęknąć w ciąży nie może, chyba dopiero podczas skurczów, skoro szyja z jakiegokolwiek powodu nie rozwiera się.

Blind zebrał w roku 1893 kazuistykę wszystkich znanych w piśmiennictwie przypadków pęknięcia macicy ciężarnej w liczbie 22, gdzie pomieszcza przypadki Brauna, Sutugina i innych. Na podstawie tej kazuistyki dochodzi do następujących wniosków: 1) pęknięcia zawsze dotyczyły dna macicy; 2) w otoczeniu pęknięcia częstokroć napotykano znaczne ścieńczenie ścian macicy; 3) miejsce pęknięcia często przypada na miejsce łożyskowe; 4) zwłaszcza miejscem usposobionem do pęknięcia jest róg macicy, jeżeli w nim było usadowione łożysko.

Freund nie uznaje dla pęknięć macicy w ciąży żadnego odrębnego mechanizmu i żadnych przyczyn innych, jak dla pęknięć macicy w pierwszym okresie porodu i podporządkowuje je wszystkie do tego działu pęknięć macicy. Frank idzie jeszcze dalej i zaprzecza wprost możliwości pęknięcia macicy ciężarnej. Bidder uważa przewlekłe zmiany zwyrodnienia mięśni macicy za czynnik etyologiczny jej pęknięć w ciąży. Rovsing opisuje swój przypadek, oraz przypadki Plenio, Sławiańskiego i Neugebauera, grupuje je w jedną całość i wbrew zapatrywaniom Veita, na podstawie tych czterech przypadków chce udowodnić możliwość pęknięcia macicy patologicznie niezmienionej, wskutek bezpośrednich i pośrednich urazów. Sänger dzieli pęknięcia macicy w ciąży na pęknięcia urazowe i pęknięcia samoistne Przyczyny pęknięć samoistnych są identyczne w zupełności z niektórymi znanymi czynnikami, uspasabiającymi do pęknięcia macicy podczas porodu tak w pierwszym, jak i w drugim okresie. Pęknięcia macicy w ciąży samoistne dotyczą zawsze dna i rogów macicy. Sänger przytacza przypadek Grundmanna, a w dalszych swych wywodach podaje ogólne przyczyny, uspasabiające do pęknięcia, grupuje je na dwa działy, jako przyczyny nabyte i wrodzone. Usposobienia do pęknięcia macicy nabyte, są następujące: 1) blizny po poprzednich pęknięciach macicy; blizny po przebytych częściowych ograniczonych obumarciach w szyi lub trzonie; 2) blizny po cięciach cesarskich; 3) znaczne rozciągnięcie dolnego odcinka przy poprzednich porodach; 4) ograniczone ścieńczenie mięśnia macicy, zwłaszcza w dnie, przez ubytek warstwy mięsnej tak, że błona śluzowa tworzy na zewnątrz przepukliny, w szczególności gdy na to miejsce przypadnie usadowienie się łożyska. Takie ograniczone ubytki w mięśniu macicy mogą być albo wrodzone, albo nabyte, często przez niezupełne poprzednie pęknięcie, czy też przez ogniskowe zapalenie mięśnia macicy, czy też wreszcie przez przesunięcie się warstw mięsnych (Bayer) lub ogniskowy zanik mięśnia macicy; 5) nabyty zanik całej macicy przez nadmierne zwinięcie się macicy połogowe, przez zmiany w przydatkach i tkankach otaczających macicę, przez gruźlicę, chorobę Basedowa i morfinizm; 6) zwężenie szyi przez zbliznowacenie; 7) łożysko przodujące.

Tu zalicza w dalszym ciągu przebyte schorzenia ścian macicy i to: 1) zakażenia połogowe przed lub wśród porodu; 2) zakrzepy z następowem zaczopowaniem tętnic; 3) przewlekłe zmiany zapalne mięśnia macicy; 4) gruźlica i rak macicy, możliwie kiła i włókniaki; 5) stłuszczenie i zwyrodnienie szkliste mięśnia macicy.

Warunki wrodzone, usposabiające do pęknięcia, są: 1) ograniczone ścieńczenie ściany macicy: 2) niedorozwój macicy (macica jednorożna, dwurożna); 3) niedokształt części rodnych wrodzony.

Hypes w przypadku pęknięcia macicy przez siebie ogłoszonym, znalazł rozległe stłuszczenie w mięśniu macicy i to uważa za jedyną przyczynę pęknięć macicy. Leopold podaje przypadek urazowego pęknięcia macicy w IV. mies., po którem płód wydostał się przez otwór powstały w macicy do jamy brzusznej i dalej się tutaj rozwijał. Legal opisuje przypadek pęknięcia urazowego, Wayer zaś pęknięcie macicy w bliźnie po cięciu cesarskiem. Jordan podaje przypadek pęknięcia macicy w VI. m. ciąży. Jellinghaus w obszerniejszej monografii o pęknięciu macicy w ciąży stwierdza, że podział pęknięć macicy w ciąży, jak chce Sänger, na urazowe i samoistne, ściśle przeprowadzać się nie da, gdyż przy powstaniu pęknięcia musi zawsze zadziałać jakiś czynnik mechaniczny, który będzie tem mniejszym, im dalej będą posunięte zmiany degeneracyjne w mięśniu macicznym; sprzeciwia się również zdaniu Rovsinga, jakoby znowu sam uraz mógł sprowadzić pęknięcie mięśnia chorobowo nie zmienionego. Szczupła ilość przypadków kazuistycznych, a tem więcej brak dokładnych badań drobnowidowych, nie pozwala, zdaniem Jellinghausa, stworzyć podziału pęknięć macicy według wywołujących je czynników, nawet przy uwzględnieniu szerokiej tabeli Sängera przyczyn uspasabiających do pęknięcia macicy.

W przypadku Jellinghausa, gdzie nastąpiło pęknięcie macicy w IV. mies. u kobiety, u której kilkakrotnie po poprzednich porodach musiano wyjmować ręcznie silnie przyrośnięte łożysko, podnosi autor, jako czynnik przyczynowy, ścieńczenie ścian macicy wskutek siedmiokrotnego odklejania ręcznego łożyska, gdyż w samem utkaniu mięśnia macicznego prócz rozrostu tkanki łącznej nie znalazł ani stłuszczenia, ani zwyrodnienia szklistego. Na podstawie swej obserwacyi twierdzi Jellinghausen, że przy ścieńczeniach znacznych ściany macicy, a zwłaszcza przy obecności blizn w ścianach macicy po pęknięciach niezupełnych, wystarczy do powstania pęknięcia zadziałanie już bardzo nieznacznego urazu, jaki przedstawia użycie tłoczni brzusznej przy wymiotach lub wypróżnieniu. Pęknięcia po urazie dają czasami dopiero objawy kliniczne po upływie kilku, kilkunastu godzin, a nawet kilku dni. To późne wystąpienie objawów pęknięcia skłonny jest Jellinghaus tłómaczyć w ten sposób, że uraz sprowadza pęknięcie niezupełne, które dopiero przy wystąpieniu kurczów macicznych, lub też zadziałania bardzo nieznacznego urazu wtórnego, zamieniają się na pęknięcia zupełne.

Pęknięcia macicy we wczesnych miesiącach ciąży najczęściej mają swe źródło w uszkodzeniach macicy przez narzędzie, wprowadzone do macicy w celu wywołania zbrodniczego poronienia, na co zwracają uwagę lekarze sądowi, jak Coutagne, Lesser, a zdaniem ich, jakoteż zdaniem Hoffmanna i Lacassagna już samo wstrzykiwanie płynów drażniących do macicy ciężarnej, prowadzące do zmian zapalnych, połączonych z rozmiękczeniem ścian macicy, może przy bólach porodowych sprowadzać jej pęknięcia. Przedziurawienia macicy przy wywoływaniu sztucznych poronień przydarzają się wprawdzie najczęściej w szyi, jednakowoż niezbyt rzadko stwierdzono je i w trzonie lub dnie macicy.

Orthmann badał mikroskopowo mięsień macicy pękniętej w ciąży, stłuszczenia w nim nie znalazł; natomiast stwierdził wśród mięśnia macicznego obfity naciek drobnokomórkowy, zwykle tak ściśle odgraniczony, że raczej odpowiadał naczyniom chłonnym, silnie ciałkami białemi nadzianym; prócz tego znalazł w mięśniu liczne wynaczynionki. Podobne zmiany w mięśniu napotkał w swych badaniach drobnowidowych Koblanck. Zmiany te uważa Orthmann za objaw zapalenia świeżego, jakkolwiek w preparatach nigdzie drobnoustrojów nie napotkał.

Crossen w przypadku pęknięcia macicy ciężarnej z powodu upadku znalazł w mięśniu macicy rozległe stłuszczenie mięśnia i miażdżycę tętnic; objawy te skłonny jest odnieść do zakażenia kilowege. Poroschin w publikacyi swej podnosi, że ujemne badania w kierunku zmian w pękniętej macicy ciężarnej, podnoszone w poprzednich publikacyach, należy odnieść do niedokładności badań, gdyż nikt dotychczas nie stwierdzał zachowania się włókien elastycznych w takiej macicy. Dawidoff wykazał, że macica ciężarna posiada całą sieć włókien elastycznych tak w swym trzonie, jako też i w dnie macicy, i że włókna elastyczne w macicy ciężarnej i połogowej są nawet grubsze, niż w macicy nieciężarnej; natomiast w naczyniach dna i trzonu macicy ciężarnej napotkał Dawidoff niezmiernie mało tkanki elastycznej. Obraz włókien elastycznych w macicy połogowej pękniętej się zmienia, a najważniejsze zmiany zaznaczają się odmiennem barwieniem się orceiną; zamiast błękitnawo-różowo, barwią się one ciemnoczerwono, a w przebiegu ich napotyka się na guzowate i wrzecionowate zgrubienia. Poroschin w obrazach histologicznych pękniętej macicy ciężarnej swojego przypadku nie znalazł zwyrodnienia tłuszczowego, skrobiowatego ani też szklistego; nie znalazł zmian w budowie mięśnia macicznego, natomiast stwierdził prawie zupełny brak włókien elastycznych w dnie i trzonie macicy, a znaczne zmniejszenie się ich w ścianach naczyń. Ten brak tkanki elastycznej przyczynia się zdaniem Poroschina do pęknięcia samoistnego macicy, a sprowadza go podeszły wiek ciężarnych i często przebyte ciąże. Earle podaje przypadek pęknięcia macicy w VII. mies. ciąży, wywołanego najprawdopodobniej przez mięsienie zewnętrzne macicy. Hübl opisuje przypadek pęknięcia macicy w dolnym jej odcinku przy wywoływaniu przedwczesnego porodu. Mercier zestawił 28 przypadków pęknięcia macicy dobrowolnego w ciąży i na ich podstawie stwierdza, że 1) pęknięcia najczęściej usadowione bywają w dnie macicy na wysokości przyczepu trąbek; 2) pęknięcia przebiegają zwykle prostolinijnie, rzadko łukowato; 3) pęknięcia zawsze są zupełne, a brzegi ich postrzępione i częstokroć bardzo cienkie; 4) najczęściej pęknięcia przechodzą przez miejsce łożyskowe; 5) najczęstszym czynnikiem uspasabiającym do pęknięcia jest ciąża trąbkowo maciczna. Roob spostrzegał przypadek pęknięcia macicy w IV. mies. ciąży po urazie, gdzie płód przez otwór pęknięcia dostał się do jamy brzusznej i tam rozwijał się aż prawie do końca trwania ciąży. Traub przytacza przypadek pęknięcia macicy w ciąży, gdzie w wywiadach chora podawała za przyczynę upadek, gdy tymczasem blizna na skórze główki wykazała, że były tu próby wywołania poronienia przed kilku tygodniami, które na dwa dni przed zgłoszeniem się chorej powtórzono. Alexandroff zestawił z piśmiennictwa zaledwie

18 przypadków niewątpliwych pęknięcia macicy w ciąży; do nich dodaje opis swego przypadku, który badał dokładnie, chcąc dociec powodu jego powstania, gdyż żadna z przyczyn usposabiających do pęknięcia, a podnoszonych w poprzednio przytoczonem piśmiennictwie, nie wydaje mu się udowodnioną, a sam czynnik mechaniczny nie wystarcza do powstania pęknięcia samoistnego macicy. W przypadku Alexandroffa nastąpiło pęknięcie macicy u wieloródki, która przy poprzednich porodach nie przebyła żadnych operacyj, a w chwili pęknięcia macicy była w ostatnim miesiącu ciąży; pęknięcie nastąpiło zupełnie samoistnie bez jakiejkolwiek przyczyny mechanicznej przed rozpoczęciem się bólów porodowych. Przy operacyi znaleziono pęknięcie o brzegach cienkich, wywiniętych na zewnątrz, jakby klapy surduta, przebiegające przez przednią ścianę macicy od jej rogu lewego, mniej więcej w miejscu łożyskowem. Badanie histologiczne w macicy nie wykazało ani zwyrodnienia tłuszczowego, ani szklistego, a tylko brzegi pęknięcia macicy gorzej w swych tkankach się barwiły, aniżeli skrawki z reszty miąższu macicy, co Alexandroff odnosi do powierzchownego obumierania brzegów postrzępionych. Zmian wybitnych co do przebiegu włókien elastycznych w preparatach dostrzedz nie było można. Wobec tak ujemnego wyniku badania szukał Alexandroff za inną przyczyną i stwierdził ją, gdyż dostrzegł w miejscu pęknięcia zanik doczesnej opóźnionej *(decidua serotina)*, wrastanie i nadmierne bujanie kosmków wśród utkania mięśni, jakoteż przerost tkanki łącznej w tych miejscach. Przerost tkanki łącznej sprawia zanik mięśni, a przez to osłabia ich energię życiową; w tem miejscu przychodzi do zaniku doczesnej, a w następstwie do bujania kosmków w warstwę mięśną, sprowadzającego przyrośnięcie łożyska. Przez te wszystkie zmiany następuje takie ścieńczenie i osłabienie miejscowe ścian macicy, że ona staje się łatwiej podatną dla zadziałania skurczów macicy, aniżeli sztywne utkanie szyi.

Na podstawie wyników swego badania wypowiada Alexandroff następujące twierdzenia: 1) przyrośnięcie łożyska przyczynia się do powstania pęknięć macicy w ciąży; 2) bujanie tkanki łącznej w ścianach macicy sprowadza przyrośnięcie łożyska; 3) przed przyrośnięciem łożyska chroni ścianę macicy doczesna, której uszkodzenie stwarza miejsce mniejszej odporności; 4) znaczenie włókien elastycznych w mechanizmie powstawania pęknięć macicy zdaje się być bardzo wątpliwem: 5) każde przy poprzednich porodach stwierdzone przyrośnięcie łożyska każe czuwać nad macicą tak w ciąży, jak i w początkach porodu; 6) najważniejsze jest badanie brzegów pęknięcia w celu stwierdzenia jego przyczyny. W. A. Freund podaje przypadek pęknięcia dna macicy w VI. miesiącu ciąży, gdzie za przyczynę tego schorzenia uważa wadliwą wrodzoną budowę macicy w kształcie macicy siodełkowatej, w której dnie rozwijał się płód, gdzie rozwijało się też łożysko, jak to właśnie często przy tego rodzaju wadach utworowych się przydarza. W wywodach swych, na podstawie badań drobnowidowych, zgadza się Freund w zupełności z Alexandroffem, co ma tem jeszcze donioślejsze znaczenie, że pracę swą przygotowywał równocześnie z nim i zupełnie od niego niezależnie. Herzfeld podaje przypadek pęknięcia macicy w V. miesiącu ciąży u kobiety, która była siódmy raz w ciąży; wszystkie poprzednie porody odbyła siłami natury; pęknięcie to nastąpiło samoistnie, gdyż trudno za czynnik etyologiczny jedyny uważać trzymanie chociażby ciężkiego dywanu za jeden koniec podczas jego trzepania, jak było w tym przypadku. Natomiast zbadanie dokładne otrzymanego przy operacyi preparatu macicy wykazało zaraz przyczynę. Tu na przedniej ścianie, zrośniętej z siecią, znaleziono w mięśniu macicy starą bliznę. Wywiady uzupełnione w tym kierunku wykazały, że chora na 3 lata przed pęknięciem macicy przebyła zaraz po porodzie skrobankę, rzekomo z powodu krwotoku z niedowładu i wtedy zapewne lekarz operujący przebił narzędziem macicę, a przez to stworzył warunki do pęknięcia macicy podczas następnej ciąży. Murray opisuje przypadek pęknięcia macicy, gdzie nie znalazł żadnych przyczyn uspasabiających do pęknięcia; brak jednak w tym przypadku badań histologicznych. Franqué w rozprawie ogólnej o pęknięciach macicy podnosi jako czynniki usposabiające macicę do pęknięcia w ciąży — nadmierne wrastanie kosmków w mięsień macicy, usadowienie łożyska w rogu macicy, wreszcie zniekształtnienie i wady rozwojowe macicy.

Pęknięć macicy w ciąży, ogłoszonych w piśmiennictwie, jest przeto około 40 przypadków; liczba bardzo nieznaczna i, jak z powyższego zestawienia widać, nadzwyczaj różnorodna co do etyologii powstania. Ten punkt najciemniejszy w danem schorzeniu doczekał się bardzo licznych wyjaśnień, ale w każdym razie wszystkie te tłomaczenia pozwalają tylko na jeden wniosek, że rozmaite schorzenia miąższu macicy mogą sprowadzić pęknięcie macicy w ciąży. Można też przypuszczać, że częstokroć nie jeden jakiś czynnik, łatwo uchwytny bądź przez spostrzeganie kliniczne, bądź też przez badanie histologiczne, ale szereg równocześnie działających może sprowadzić to rzadkie powikłanie ciąży. Zupełnie nie miał racyi Poroschin, skoro potępił wszystkich poprzedników swoich, badających i szukających czynnika etyologicznego; zarzucił im niedokładność badania, podając za wyłączny i jedyny punkt etyologiczny zmiany w zachowaniu się włókien elastycznych, których rola w mechanizmie macicy nie jest i tak dokładnie znaną i której on również nie starał się wyjaśnić.

Wszystkie dotychczas opisane pęknięcia macicy w ciąży podzieliłbym nie jak Sänger na urazowe i samoistne, ale raczej na pęknięcia o jasnej i niewiadomej etyologii. Czysto urazowych pęknięć, z wyłączeniem uszkodzeń macicy ciężarnej, z pewnością niema, z tych powodów, jakie już podnosił w swej pracy Veit, a powtóre dlatego, że urazy w brzuch i to znaczne przydarzają się u ciężarnych często, a pęknięcia macicy w ciąży zdarzają się bardzo rzadko. Tak samo pojęcie samoistnego pęknięcia nie jest ścisłem, gdyż w każdym dotychczas ogłoszonym przypadku dadzą się wykazać jakieś czynniki usposabiające do pęknięcia, mniej lub więcej jasne.

Podział przezemnie proponowany rozumiem tak, że za przyczyny pęknięcia jasne uważam: 1) wszelkie wrodzone wady utworowe; 2) wszelkiego rodzaju blizny macicy; wreszcie 3) wszelkie uszkodzenia macicy — i taką etyologię ma 60% ogłoszonych przypadków. Reszta zaś znanych przypadków ma etyologię ciemną o tyle, że nie powodują tu pęknięcia macicy jakieś łatwo uchwytne czynniki, nie jedne i te same zmiany chorobowe, lecz różne, działające najczęściej wspólnie. (C. d. n.).

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. J. Soury: **O ameboizmie komórek nerwowych.** *(La Presse médicale Nr. 47, 1901).*

Przeciwko teoryi ameboizmu komórek nerwowych, obfitującej w liczne błędy, powstawał Soury od samego początku. Uczeni belgijscy i francuzcy, którzy mieli odwagę wprowadzić do wyższego nauczania medycyny i psychologii poglądy, które wraz z von Lenhossekiem, Ramon y Cajalem, Köllikerem, van Gehuchtenem, Lugarem i wielu innymi histologami uważał Soury za czysty wytwór spekulacyi i za nieuzasadnioną mrzonkę, są tem mniej usprawiedliwieni, że osobiście nie dostarczyli żadnych dowodów na poparcie tej hipotezy. Kölliker zwłaszcza oświadczył bez zastrzeżeń, że wszystkie dowody, przytaczane dla poparcia teoryi ameboizmu komórek nerwowych, nie mają w rzeczywistości żadnej podstawy.

Prace, wykonane w brukselskim Instytucie Solvaya zaczęły przybierać od pewnego czasu kierunek coraz ściślej naukowy, a zwłaszcza dwie ostatnie rozprawy Dra Michaliny Stefanowskiej 1) *„O lokalizacyi uszkodzeń wywołanych eterem"* w mózgu małych ssawców i 2) *„O sposobie powstawania różańcowych zgrubień na przedłużeniach komórek nerwowych"*, stanowią piękny przykład zastosowania iście doświadczalnej metody[1])

Dopiero po starannem zbadaniu wszystkich okolic kory mózgowej, zacząwszy od zakrętów *(gyri)* czołowych, a skończywszy na potylicowych, dzięki seryi skrawków, zdołała autorka wywnioskować, że uszkodzenia, wywołane wdychaniem eteru, nie mają bynajmniej cechy rozsianej, lecz że przeciwnie umiejscowione są w pewnej liczbie ognisk i w niektórych tylko płatach z wyłączeniem innych i że przeważają w pewnych warstwach kory mózgowej. I tak najbardziej charakterystyczne uszkodzenia, wywołane głęboką i długą narkozą eterową, wykryte zostały u białej myszy w płacie węchowym, w dolnej części płatu obrąbkowego i w mniejszym stopniu w płacie skroniowym. Jednakże obok ognisk uszkodzonych znajdowały się liczne miejsca, które zachowały wejrzenie prawidłowe; dendryty komórek nerwowych owych okolic okryte były gruszkowatymi wyrostkami, jak to bywa w stanie prawidłowym i nie nosiły bynajmniej zgrubień różańcowych, czyli perełkowatych. Przeciwnie, przedłużenia neuronów w okolicach uszkodzonych eterem pozbawione były całkiem wyrostków gruszkowatych i przedstawiały wejrzenie perełkowate[2]). Poszukiwania autorki nie ograniczyły się do studyów anatomo-patologicznych nad korą mózgową. Zbadanie szeregu cięć całego mózgu wzniosło podwaliny dla przyszłych, obszerniejszych jeszcze badań.

Zmieniając warunki narkozy w rozmaitych stopniach natężenia i czasu trwania, autorka spostrzegła, że znikanie wyrostków gruszkowatych, oraz pojawienie się perełkowatego wejrzenia na przedłużeniach dendrytów nie są zjawiskami, zwiastującemi niechybną śmierć neuronu: jeśli warunki trwania i natężenia zatrucia eterem nie przekraczają pewnej granicy, zwierzę może być zachowane przy życiu, a po niejakim czasie można stwierdzić powolne zniknięcie uszkodzeń mózgowych. Niezależnie od czynnika, użytego przez badacza do wywołania zaburzeń w życiu prawidłowem neuronów (eter, gaz świetlny, elektryczność i t. d.), stan perełkowaty, będący wynikiem rozstroju w odżywianiu się komórki nerwowej, może z biegiem czasu uledz polepszeniu: jestto stan patologiczny.

Zapatrywanie tych uczonych, którzy w stanie perełkowatym dendrytów upatrywali stan fizyologiczny, spotkało się z silnym protestem ze strony Michaliny Stefanowskiej. Kładziemy nacisk na ten punkt ważny ze stanowiska faktycznego i teoretycznego, albowiem wiadomo, że doświadczenia Stefanowskiej posłużyły właśnie do zbudowania teoryi ameboizmu nerwowego, oraz teoryi histologicznej snu Mathias-Duvala, a nawet teoryi znieczulenia i histerycznego porażenia profesora Lépinea z Lugdunu[3]).

Hipoteza Rabl-Rückharda o ameboizmie komórek nerwowych, podana w celu wyjaśnienia zjawisk psychicznych, nie opierała się zgoła na obserwacyi. Sądzę, pisał ten badacz[4]), że wzajemny stosunek komórek mózgowych staje się o wiele zrozumialszym, jeśli przyjąć, że delikatna siatka „neurospongium" ożywiona jest ruchem podczas czynności funkcyonalnej mózgu; słowem, jeśli przypuścić, że „przedłużenia protoplazmatyczne komórek nerwowych, wytwarzające ową siatkę, obdarzone są ruchem ameboidalnym". Uczony ten przedstawiał sobie istotę mechanizmu inteligencyi w następujący sposób: przerwanie się połączeń między drobnemi gałązkami, wchodzącemi w skład nerwowej siatki, odpowiada „przerwaniu się nici naszych myśli"; kojarzenie myśli natomiast wywołane jest połączeniem kilku komórek nerwowych za pomocą ich przedłużeń, obdarzonych ruchem ameboidalnym. Zwolnienie psychicznej czynności wywołane być miało osłabieniem ruchów owych przedłużeń. Już Rabl-Rückhard usiłował wyjaśnić na zasadzie swej hipotezy wiele zjawisk psychicznych prawidłowych i patologicznych, jak n. p.: sen, śnicie, hipnotyzm, i t. d.; poczytywał on te zjawiska za wynik częściowego porażenia ruchów przedłużeń protoplazmatycznych komórek nerwowych. W gruncie rzeczy jednak, przyznaje Rabl-Rückhard, nic zgoła wiadomem nie było o tych ruchach; wszelako nie wydawały się one nieprawdopodobnymi.

Przeciwko hipotezie Rabl-Rückharda wystąpili prawie jednocześnie von Lenhossek, Kölliker i Ramon y Cajal wykazując, że powolność rozwoju przedłużeń protoplazmatycznych komórek mózgu i móżdżku sprzeciwia się ameboizmowi przedłużeń. Co prawda, na korzyść teoryi ameboizmu można było przytoczyć spostrzeżenie Wiedersheima *(Anat. Anz.* grudzień, 1890) odnośnie do ruchów ameboidalnych rzekomych komórek nerwowych mózgu skorupiaka *leptodora hyalina.* Ale od tej pory istota nerwowa owych ruchliwych pierwiastków podaną ostała w wątpliwość przez samegoż Wiedersheima.

Dziwną się wydaje doprawdy niewiadomość, w jakiej dobrowolnie pozostają zwolennicy teoryi ameboizmu nerwowego odnośnie do ogłaszanych prac oryginalnych obozu przeciwnego. Albowiem, jeśliby dowiedzionem zostało, że pewne stany świadomości, jak n. p. kojarzenie myśli, impulsy dowolne, sen i jawa, i t. d., wywołane być mogą czasowemi zmianami w zetknięciu się przedłużeń komórek nerwowych, lub też zmianami w ugrupowaniu owych pierwiastków histologicznych, wówczas bylibyśmy w posiadaniu fizycznej podstawy zjawisk psychicznych. Gdyby istotnie ruchy ameboidalne miały się odbywać na przedłużeniach neuronów, wówczas w bezpośredni sposób możnaby uchwycić obraz przedmiotowy procesów inteligencyi. Tak jednak nie jest. Jeden z najznakomitszych histologów współczesnych, Kölliker, dowodzi, że niema ani jednego faktu, któryby przemawiał za ameboizmem komórek nerwowych.

Przeciwnie, istnieją fakty, które sprzeciwiają się teoryi ameboizmu. Są one następujące:

I. Wyrostki osiowe bezwarunkowo nie są obdarzone kurczliwością, gdyż żadne bodźce, ani elektryczne, ani mechaniczne, nie wywołały nigdy kurczenia się nerwów.

[1]) Institut physiologique Solvay: Travaux de laboratoire. Tomy I, II, III i IV, w której mieszczą się prace Dr. Stefanowskiej. (Bruksela).

[2]) Nazwę »wyrostków gruszkowatych« *(appendices piriformes)* nadała Stefanowska drobnym ciałkom któremi obsypane są rozgałęzienia komórek nerwowych. Od czasu badań polskiej uczonej ciałka te uznane zostały jako istotne zakończenia neuronów, służące do zetknięcia między neuronami. „Stan perełkowaty« (zgrubienia różańcowe) jest początkiem zwyrodnienia neuronów. (Przyp. Hom.).

[3]) M. Duval. Hypothèses sur la physiologie des centres nerveux; théorie histologique du sommeil (Société de Biologie, 1895) i tamże Lépine, 1894.

[4]) Rabl-Rückhard. Sind die Ganglienzellen amöboid? (Neurol. Centralbl. 1890).

II. Nie zdołano nigdy dostrzedz najmniejszego ruchu zakończeń nerwowych w częściach przezroczystych żywych zwierząt (larwy płazów, zakończenia nerwowe w głowie „amphioxusa").

III. Układ histologiczny wyrostków osiowych, które, jak wiadomo, nie są złożone z protoplazmy o miękkim układzie, lecz mają istotę zbitą i włóknistą, sprzeciwia się również ameboizmowi nerwowemu.

Wreszcie, dowodzi Kölliker, gdyby zakończenia neurodendronów obdarzone były ruchem ameboidalnym, ruchy owe miałyby się odbywać ustawicznie, podobnie jak u leukocytów, przez całe życie i pod wpływem wszystkich warunków życiowych. Gdyby coś podobnego miało się odbywać w mózgu, jak objaśnić jakąkolwiek ciągłość w procesach psychicznych? Czy myśl mogłaby się zatrzymać przez dłuższy czas na jednym przedmiocie? Czy możnaby odbyć jakąkolwiek umysłową pracę lub wygłosić mowę, wymagającą skupienia myśli i zastanowienia? Wszystkie nasze wiadomości o układzie nerwowym przemawiają za tem, że przedłużenia komórek odbywają swą czynność bez przemiany kształtu, lecz na zasadzie drgań międzycząsteczkowych i procesów chemicznych.

Dodajmy wszakże, że fizyologiczna plastyczność neuronów nie jest tem samem, czem ruchy ameboidalne. Z tego stanowiska uznaje Kölliker za godną uwagi hipotezę Ramon y Cajala, że ćwiczenie inteligencyi może wytworzyć, nawet u dorosłych, nowe zetknięcia między neuronami. Być może, że w tych warunkach zakończenia neurodendronów wydłużają się stopniowo i zachowują nadal wydłużone kształty. Jeśli wziąść pod rozwagę, że neurodendrony wraz ze swymi dendrytami i aksonami podlegają oczywiście powolnemu i ciągłemu rozwojowi, nawet w okresie pozapłodowym (postembryonalnym), oraz że rozwój pierwiastków nerwowych, ich stopień anatomicznego zróżniczkowania, znajdują się niewątpliwie w prostym stosunku do umysłowego rozwoju danego osobnika, wówczas oczywistem wydać się musi, że dalszy rozwój neuronów, nawet u dorosłych, odbywać się powinien w sposób wyżej wskazany. Byłby to istotnie przykład organicznej plastyczności neuronu, która zresztą przechodzi potem przez okres przeobrażenia wstecznego, spostrzeganego nietylko w starości, lecz i w rozmaitych chorobach umysłowych.

Histologiczna hipoteza Tanziego i Lugaro o układzie i czynnościach psychicznych narządów telencefalu u wyższych kręgowców natchnioną została poglądami, które Ramon y Cajal wygłosił jeszcze w r. 1893. Można przypuścić, że w wieku dorosłym nieustanne ćwiczenie inteligencyi wpływa na wzrost przedłużeń komórek nerwowych, wytwarzając nowe zetknięcia między neuronami (po upłynięciu okresu płodowego komórki nerwowe przestają się mnożyć). A chociaż Cajal przyznaje, że „architektura" ośrodków czynnościowych kory mózgowej nie jest niezmienną i że, być może, istnieje jakiś czynnik histologiczny zmienny, któremu przypisać można nieskończenie wielkie różnice w pracy psychicznej, jakie spostrzegać się dają, pomimo to znakomity hiszpański histolog przeciwstawia następujące fakty hipotezie ameboizmu komórek nerwowych:

1. Rozgałęzienia zarówno nerwowe, jak protoplazmatyczne móżdżku, płata węchowego, jąder słuchowych ośrodkowych, wzgórków optycznych i t. d., posiadają niezmiennie tę samą długość, jednaki kształt, wykazują jednaki stopień zbliżenia się między ciałami komórkowemi, niezależnie od rodzaju śmierci zwierzęcia (chloroform, krwotok, zatrucie kurarą, strychniną i t. d.);

2. Zakończenia nerwowe w siatkówce i w płacie wzrokowym u płazów i gadów wykazują zawsze jednakie wejrzenie, niezależnie od tego, czy narządy znajdowały się w stanie spoczynku w chwili śmierci (zwierzęta zabite po długiem przebywaniu w ciemnościach), czy też ulegały działaniu bodźców (zwierzęta wystawione przez kilka godzin na słońcu),

Nawet w najdalej posuniętych uszkodzeniach zakończeń nerwowych, wywoływanych natężonem i długotrwałem działaniem eteru, nie można dostrzedz według doświadczeń Michaliny Stefanowskiej ani śladu skurczenia lub skrócenia dendrytów u zwierząt ssących, jak to bezpodstawnie twierdziła teorya ameboizmu nerwowego, oparta wyłącznie na spekulacyach Rabl-Rückharda i na obserwacyach Wiedersheima, uznanych za błędne przez samego autora. Z prac Stefanowskiej przytacza Soury następną stronicę odnośnie do owej sławnej teoryi histologicznej snu:

„Mathias Duval i Manouelian zapatrują się na stan perełkowaty, jako na niezbity dowód istnienia ruchów ameboidalnych w komórkach nerwowych. Wnioski, jakie wyciągnęłam z mych własnych doświadczeń, są całkiem odmienne. Uznaję, że perły nie są niczem innem, tylko kropelkami płynu, powstałemi z rozkładu ciał białkowatych.

Prócz tego pomimo usilnych badań nie zdołałam nigdy dostrzedz skurczenia się lub skrócenia dendrytów. Spostrzegłam jedynie skrócenie się wyrostków gruszkowatych pod wpływem silnych wstrząśnień, pod działaniem elektryzacyi mózgu i głęboko posuniętej narkozy, którą uważać możemy za rodzaj zatrucia. Innemi słowy: zniknięcie wyrostków gruszkowatych bywało zawsze wynikiem przyczyn nienormalnych".

„Przeciwnie, u zwierzęcia głęboko uśpionego po nużącym marszu znalazłam korę mózgową całkiem prawidłową, nie różniącą się w niczem od kory zwierząt zdrowych i przebudzonych[5]), czyli całkiem wolną od pereł i posiadającą niezliczoną ilość wyrostków gruszkowatych".

„Zauważyłam również, że nadzwyczaj lekka eteryzacya nie wywołuje wybitnych zmian w korze mózgowej. Aby wywołać w mózgu stan perełkowaty, zmuszona zawsze byłam uciekać się do środków gwałtownych.... Dla tych przyczyn nie mogę podzielać zapatrywań J. Demoora i Renauta, którzy przypisują wytworzenie się pereł fizyologicznemu, prawidłowemu odczynowi protoplazmy komórek nerwowych".

Inny badacz, M. E. Ziegler, profesor z Jeny, ogłosił w pracach instytutu Solvaya doniesienie p. t. *„La base cytologique de l'instinct et de la mémoire"*, w którym energicznie powstaje przeciwko teoryi ameboizmu nerwowego. W następujący sposób omawia on sprawę plastyczności neuronów: „Bądźmy ostrożni w przypisywaniu neuronom zbyt daleko posuniętej plastyczności. W stanie prawidłowym plastyczność neuronów jest wielce ograniczona. W pierwszej części naszej pracy wygłosiliśmy teoryę, według której podstawę cytologiczną pamięci upatrujemy we wzajemnym stosunku anatomicznym rozgałęzień komórek nerwowych. Skrócenie się rozgałęzień wywołuje zanik pamięci, a nawet zniknięcie wszelkiej umysłowej indywidualności. Sądzimy wszelako, iż podobne zjawisko nie może się odbywać, dopóki komórka nerwowa znajduje się w stanie prawidłowym; dla tych przyczyn nie możemy podzielać zapatrywań Mathias Duvala, jakoby rozgałęzienia miały się skracać podczas snu. Niemożliwem się wydaje, aby nagle przy przebudzeniu wszystkie rozgałęzienia miały odzyskać swe dawne położenie. Sądzę, że skrócenie się rozgałęzień odbyć się może tylko w takich przypadkach, w których istotnie następuje utrata pamięci, jak n. p. w niektórych chorobach. Choroby mózgu dostarczyły dowodu, że istnieje zależność między skróceniem się rozgałęzień nerwowych a rozchwianiem się kojarzeń, czyli utratą pamięci".

Chlubną wzmiankę za przykładem Stefanowskiej poświęca Soury pięknym pracom francuskich autorów Klippela i Azoulaya nad histologicznemi uszkodzeniami porażenia postępującego[6]). Dzięki metodzie Golgie-

[5] M. Stefanowska: Etude histologique du cerveau dans le sommeil provoqué par la fatigue *(Journal de neurologie, 1900, 20 mai).*

go, autorowie ci zdołali wykryć zniekształcenia i zwyrodnienia rozgałęzień protoplazmatycznych wielkich komórek piramidalnych. Nowe poszukiwania nad uszkodzeniami układu nerwowego w porażeniu ogólnem i w wiądzie rdzenia pozwalają nam rozszerzyć zakres uszkodzeń do całego układu nerwowego ośrodkowego. Otóż zjawisko, jakie przedewszystkiem uderza u człowieka z porażeniem ogólnem, polega na powolnym i stopniowym zaniku inteligencyi. Zaburzenia natury psychicznej pozostają niewątpliwie w związku z uszkodzeniami histologicznemi układu nerwowego. Mamy więc prawo wyrzec wraz ze wzmiankowanymi autorami, że zanik pamięci i wszelkich wspomnień, utrata stanów świadomości i rozchwianie się indywidualności umysłowej i moralnej, a nawet, utrata pierwiastkowych instynktów i odruchów najlepiej uorganizowanych, wywołane są zwyrodnieniem i zanikiem obumarłych protoplazmatycznych rozgałęzień komórek nerwowych.

Sen życia dobiega do końca i tym razem warunki snu bez przebudzenia i bez marzeń wywołane są brakiem zetknięcia między obumarłemi rozgałęzieniami neuronów. Cząsteczki neuronów tkniętych nekrobiozą powracają do pierwiastków wody, ziemi i powietrza. Dramat ten, odbywający się w porażeniu postępującem, nawiedza najczęściej ludzi w sile wieku, nieraz w pełni geniuszu artystę lub uczonego Jestto wszelako tragiczny epizod, wspólny naszemu powszechnemu losowi. A chociaż umieramy zazwyczaj później, a rozkład naszego psychicznego „ja“ nie jest wynikiem zaburzeń porażenia postępującego, pomimo to osłabienie i zacieranie się stopniowe wspomnień, a nieraz obłęd starczy, zniewalają nas powoli do zakosztowania ciszy i spokoju przy zbliżającym się wieczorze życia. *Dr. Józefa Joteyko* (Bruksela).

[6]) Archives de Neurologie, 1894. XXVIII.

IV. Wyciągi.

Leube. **O białkomoczu fizyologicznym.** (*Therapie der Gegenwart*, 1902, Z. 10). Nauka o białkomoczu, jako znamiennej cesze zapalenia nerek, doznała z biegiem czasu pewnego ograniczenia, gdyż się pokazało, że białkomocz może wystąpić z powodu zaburzeń krwiobiegu w nerkach, spowodowanych wadami serca, błednicą, a nawet wydarzyć się może u ludzi zupełnie zdrowych. Dla rozstrzygnięcia właśnie tej sprawy, czy w moczu osób zdrowych białko się znachodzić może, badał Leube już w roku 1877 mocz 119 żołnierzy i stwierdził, że u 4% badanych, a po natężeniach lub ćwiczeniach u 16% wystąpił białkomocz. Objaw ten, potwierdzony przez wielu późniejszych badaczy, nasuwał mimowoli pytanie, czy ludzie obarczeni tem zaburzeniem są zdatni do wojska, czy mogą wstąpić w związki małżeńskie, lub być przyjęci do towarzystw ubezpieczeń na życie. Wyłączając przypadki, w których białkomocz stanowi resztki ostrego zapalenia nerek, lub objaw powoli rozpoczynającej się marskości nerek i innych podobnych przyczyn, autor nazwał białkomocz, występujący u zdrowych osobników, „fizyologicznym“. Co do rodzaju białka, to w późniejszych swoich doświadczeniach wykazał L. białko surowicze, nukleoalbuminę i globulinę, a mianowicie po mniejszych natężeniach wystąpiła nukleoalbumina i dopiero po większych wysiłkach serumalbumina, a przy bardzo ścisłych badaniach wogóle mocz prawie każdego człowieka zawierał białko, co potwierdzili później i inni.

Jak to udowodnił szereg autorów, pionowe ustawienie ciała ma być jedną z przyczyn białkomoczu fizyologicznego i ztąd nazwa *albuminuria postural*, pomimo że pionowe siedzenie nawet godzinami nie przyczynia się wcale do wydzielania białka. Zdaje się, że drugi czynnik wchodzi tu w rachubę, to jest praca mięśniowa przy staniu, pomimo że białkomocz podczas marszów i długiego chodzenia mniej często występuje i są nawet przypadki, w których już po wstaniu z łóżka białko występuje, co można tem tłómaczyć, że rozdział krwi następuje na korzyść czynnych mięśni i ta względna niedokrewność wewnętrznych części, a zatem i nerek, wystarcza u osobników usposobionych do wydzielania białka. Nie da zaprzeczyć się również wpływ nerwowy. Na drodze odruchowej mogą kąpiele zimne spowodować białkomocz, podczas gdy kąpiele gorące zupełnie przerywają wydzielanie białka na przeciąg pół godziny. Spór, czy odżywienie ma ujemny wpływ na wydzielanie białka, rozstrzygnął Edel spostrzeżeniem, że jego chory po całodziennym poście najwięcej białka wydzielił. Według zdania Leubego najprawdopodobniej odgrywa tu główną rolę wrodzona większa przepuszczalność u niektórych osobników błony kłębuszków i pod tym względem przyjmuje on trzy następujące kategorye ludzi: 1) osobniki zdrowe z bezwzględnie rzadkim sączkiem (filtrem) nerkowym, którzy wydzielają białko bez żadnych przyczyn; 2) osobniki zdrowe z sączkiem względnie rzadkim, którzy wydzielają białko, skoro tylko nie są w łóżku i 3) osobniki z względnie bardzo gęstym sączkiem. Z tego punktu widzenia łatwo można pojąć, dlaczego nie możemy nieraz wykazać białka w moczu niektórych osobników, obarczonych niedomogą serca, albo zaburzeniami w krążeniu.

Dla stanowczego rozpoznania białkomoczu fizyologicznego musimy wykluczyć: 1) przypadki ustępującego zapalenia nerek, gdzie mocz podczas pobytu w łóżku już nie zawiera białka; 2) przypadki początkowego zapalenia nerek, gdzie dalsze objawy, jak wałeczki w moczu i t. d. rozpoznanie ułatwiają; 3) przypadki przewlekłego śródmiąższowego zapalenia nerek i 4) białkomocz w wieku pokwitania. Postać ta dotyczy osobników dorastających, którzy doznają różnych dolegliwości z powodu niedokrewności i nierównomiernego rozwinięcia się serca, nie odpowiadającego nowym wymaganiom rozwoju w tym wieku. Tu odpowiednie środki dyetetyczne mogą usunąć stan chorobowy. Następnie należy uwzględnić choroby, przy których występuje białkomocz, lecz nie na tle nerkowem, jak np. choroby serca, rozedma płuc, niedokrewność, biegunka, choroby gorączkowe, zapalenie pęcherza moczowego, lub gruźlica przewodu moczowego Jeżeli ilość białka wynosi 0·1% lub więcej, można białkomocz fizyologiczny wykluczyć; za tym ostatnim zaś przemawia ten szczegół, że okresy wydzielenia białka z okresami wolnymi regularnie się zmieniają. Przerost serca, silne napięcie tętnic, objawy mocznicowe lub zapalenie siatkówki przemawiają za sprawą nerkową. Wałeczki nerkowe nie odgrywają roli rozstrzygającej, gdyż i po natężeniach u zdrowych nieraz je wykazać można. Tylko jeśli po dłuższem przebywaniu w łóżku można wykazać wałeczki ziarniste lub nabłonkowe, a w dodatku jeszcze ciałka czerwone lub leukocyty, rozpoznanie zapalenia nerek nie ulega już żadnej wątpliwości.

Rokowanie w białkomoczu fizyologicznym jest nader pomyślne, pomimo że białkomocz trwa dalej. Czy białkomocz fizyol. z czasem się nie przemienia w sprawę zapalną nerek, tego *a priori* nie można wykluczyć. Być może, że nerka taka z rzadkim sączkiem mniej jest odporną na wpływy szkodliwe, niż nerka o sączku gęstym. O leczeniu w ścisłem znaczeniu mówić nie można, bo niepodobna ludzi zupełnie zdrowych kłaść do łóżka; tylko tym niedokrewnym, obarczonym niedomogą serca osobnikom dorastającym, środki wzmacniające serce, żelazo, odpowiednia dyeta nietylko mogą przynieść polepszenie, lecz i całkowite wyzdrowienie. *Dr. J. Münzer* (Lwów).

Marx. **Przyczynek do nauki o działaniu chininy.** (*Wiener klin. Rundschau* 1902, Nr. 37). Chinina, jak ją już Schmiedeberg scharakteryzował, jest swoistą trucizną protoplasmy i na tem polega jej silnie bakteryobójcza własność, pozwalająca jej w słabych stosunkowo rozczynach (1.5%) zabijać w 24 godzinach zarodniki wąglika. W rozczynach 0,3—0,6 na 100 grm. 1% alkoholu w ciepłocie 37° można śledzić po zmięszaniu z pożywką bulionową, jak ruchy czynne drobnoustrojów ustają, potem drobnoustroje pęcznieją, zlepiają się z sobą, tworząc kupki bezkształtne, w końcu następuje rozpad ziarnisty protoplasmy bakteryj. Także leukocyty ulegają zmianom w zetknięciu się z rozczynami chininy; spostrzegać to można dobrze, badając ślinę: okazuje się, że to, co w ciałkach białych uważamy za „ruch molekularny“ protoplasmy, jest niczem innem, jak bakteryami żywemi, ruszającemi się w ciałku białem, które to bakterye chinina zabija, i dlatego po zastosowaniu chininy ruch ten ustaje. Jądra ciałek białych i przybłonków płaskich stają się wielkiemi i ograniczonemi. Chinina wywołuje przy działaniu na ciałka czerwone krwi ich aglutynacyę. Oprócz tego wywołuje rozczyn 1‰ chininy krzepnięcie krwi, rozczyny zaś silniejsze strącają białko i tą własnością tłómaczy się zgorzel powierzchni rannych, na których przez dłuższy czas leżał tampon, napojony rozczynem chininy. *B. Żmigród.*

Dr. M. Jaffé. **W sprawie chirurgii ropni przerzutowych nerki.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. IX, Zeszyt 4 i 5, 1902). Skutkiem mało znaczących spraw zakaźnych na powierzchni ciała (czyrak, ropień migdałka i t. d.) powstać mogą przerzutowe ropnie w nerkach. Ropień przebić się może do miedniczki — i wówczas sprawa goi się sama, lub też przebicie postępuje do torebki tłuszczowej i daje powód do ropni okołonerkowych. Gorączka z dreszczami, ślad białka w moczu, ból w krzyżach i lędźwiach, później dające się wykazać powiększenie nerki — oto objawy kliniczne tych spraw. Na pięciu własnych przypadkach przekonał się J., że jedynie odsłonięcie nerki i nacięcie ropnia jest terapią racyonalną i pozwalającą dobrze rokować. *Herman.*

Savariaud. **O wyborze leczenia w zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Presse médicale* 1902, Nr. 73). Niektórzy chirurdzy zachwalają systematyczne zwlekanie z zabiegiem operacyjnym, podając, że leczenie „na zimno“ przysparza w znacznej liczbie przypadków więcej łatwości i skuteczności przy wykonaniu operacyi. Temu zapatrywaniu zarzuca autor, że z jednej strony obecność zrostów czyni operacyę robioną „na zimno“ trudną, a złe wyniki i najlepszym chirurgom się zdarzają; z drugiej zaś strony chirurg nie może opanować przebiegu choroby, a zwlekanie przypłaca utratą życia niejednego chorego, któregoby operacya mogła ocalić. Przy zwlekaniu z operacyą grożą chorym sprawy gnilne, rozlane lub wieloogniskowe zapalenie otrzewnej, ropnie wątroby, zajęcie opłucnej, oraz objawy toksyczne. Na przypadek korzystnego zejścia stanu zapalnego chorzy, pozbywszy się bólu, nie chcą się poddać zabiegowi poważnemu. Wtedy stoimy wobec pytania, czy napad się nie powtórzy i czy w razie powtórzenia się ponowne leczenie wewnętrzne będzie pomyślne? Na operacyę zgodzą się tylko ci, którzy dalej cierpią na zapalenie wyrostka robaczkowego. Metoda zwlekania w celu uniknięcia operacyi w chwili korzystnej naraża chorego później na poważne niebezpieczeństwa.

Przeciw wczesnemu operowaniu w chwili, kiedy tylko postawiono rozpoznanie, to jest pierwszego lub drugiego dnia, lub co się częściej zdarza, trzeciego, czwartego lub piątego, czynią następujące zarzuty: *a)* możność błędnego rozpoznania. Błędy takie, aczkolwiek rzadkie, nie narażają zbytnio zdaniem autora, pacyenta, a zdarzają się też w przypadkach operowanych „na zimno“. Trudność rozpoznania nie powinna uchylać wczesnego wskazania do operacyi. *b)* Obawa uogólnienia się sprawy na otrzewnę jest płonną, tembardziej, że przy ogólnem zajęciu otrzewnej właśnie robimy zabiegi operacyjne. *c)* Rozlania się ropy i przedostania się jej do jamy otrzewnowej można uniknąć przez odpowiednie zawijania, tem łatwiej, że ropa ma dążność wydostania się drogą zmniejszonego napięcia. Obawa przerwania zrostów jest zbyteczną, gdyż przypisywane im znaczenie ochronne jest problematyczne, a należy je raczej otwierać, jako drugorzędne zbiorowiska ropy, bo w przeciwnym razie operacya nie jest zupełną. W operacyach już wcześnie wykonywanych napotykał autor wiele oddzielnych ognisk dokoła wyrostka robaczkowego, kątnicy i w okolicy miednicy małej, które należy systematycznie opróżniać. *d)* Za wczesnem operowaniem przemawia brak zrostów i łatwość dojścia do wyrostka. *e)* Obawa napotkania sprawy zakaźnej w sąsiedztwie wyrostka, n. p. zgorzeli jelita ślepego, jest zbyteczną, bo zgorzel pozostawiona sama sobie prowadzi do przebicia. Autor nie podziela zapatrywania tych, którzy, nie znalazłszy przy pierwszem cięciu ropy, radzą założyć sączek. *f)* Co do obawy pojawienia się przepukliny w miejscu długo sączkowanem, to uniknąć jej można przez trzymanie sączka w ranie o tyle tylko rozwartej, o ile tego zachodzi konieczna potrzeba, a z drugiej strony przepukliny już powstałe dają się usunąć czy to przez opaskę, czy przez niewielki zabieg. Pojawiają się one tylko po otwarciu większych ognisk, w których wszyscy chirurdzy zgodnie uznają konieczność operacyi. *Dr. M. Blassberg.*

Sinclair. **Cięcie cesarskie w znieczuleniu lędźwiowem kokainą.** (*The journal of obst. and gyn. of the British empire.* Wrzesień, Tom II, Nr. 3, 1902). U rodzącej z miednicą zniekształconą skutkiem porażenia i nieużywania jednej dolnej kończyny, z wewnętrzną sprzężną 8·76 ctm., wykonano cięcie cesarskie w znieczuleniu lędźwiowem kokainą. Sposób ten zastosowano z powodu przewlekłego nieżytu oskrzeli, napadów dusznicowych i nieokreślonych objawów ze strony serca, prawdopodobnie na tle nadużywania wyskoku. Wstrzyknięto 2 ctm.^{3} wyjałowionego 2% rozczynu kokainy. Co się tyczy samego zabiegu operacyjnego, to znieczulenie dało wynik dodatni. W przebiegu pooperacyjnym utrzymywały się wymioty przez kilkanaście godzin z rzędu z małemi przerwami; poza tem przebieg był prawidłowy. *Grzybowski.*

Hugo Lüthje (Gryfia). **O działaniu przetworów salicylowych na narząd moczowy.** (*Deutsches Archiv für klin. Medicin* Tom 74, Zeszyt 1 i 2, 1902). U 33 chorych, u których badano mocz po podawaniu przetworów salicylowych, znajdowano stale przy każdym rozbiorze nieprawidłowe składniki, jakoto: białko, prawie zawsze komórki nabłonkowe w większej ilości, często ciałka białe i czerwone i stale wałeczki. Składniki te zaczynały występować od chwili zastosowania salicylu, a znikały po usunięciu go w 2—3 tygodni. Na uwagę zasługuje, że białko znajdowano stosunkowo nie często obok stale występujących wałeczków (na 204 rozbiory — 96 razy), jednak „cylindrouryę“ bez białka autor uważa za objaw podrażnienia i zmiany miąższu nerek, gdyż na 49 prób, wykonanych z moczem ludzi zdrowych, w żadnej wałeczków nie wykazano. Również często znajdowano „cylindroidy“, owe delikatne, nitkowate twory, słabo załamujące światło, co do pochodzenia i znaczenia których nie mamy pewnych wiadomości. Z punktu widzenia klinicysty autor uważa powyższy zbiór objawów jako lekkie ostre zapalenie nerek. A ponieważ prócz patologicznych składników, pochodzących z nerek, znajdowano i inne — z dolnych odcinków moczowych, specyalnie z pęcherza, przeto, — zdaniem autora, — salicyl szkodliwie wpływa nietylko na nerki, lecz i na cały narząd moczowy, wywołując tam zadrażnienie z przeważającymi objawami złuszczania się. I rzeczywiście zapomocą cystoskopu można stwierdzić u ludzi, leczonych salicylem, zapalne podrażnienie błony śluzowej pęcherza i moczowodów, o ile wnosić można z łatwego krwawienia przy ich kateteryzacyi. W końcu pracy autor zwraca uwagę, że należałoby staranniej badać morfotyczne składniki moczu także tam, gdzie białka niema, a co się tyczy salicylu, to unikać należy dłuższego stosowania go w jakiejkolwiek postaci. *Z. Czaplicki.*

Prof. Pawłow i Paraszczuk. **W sprawie identyczności pepsyny i podpuszczki.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1902, Nr. 33). Autorowie badali wzajemny stosunek, zachodzący między ilością pepsyny a chimozyny w soku żołądkowym przy różnych pokarmach (mleko, mięso i chleb). Doświadczenia te wykazały, że pomimo urozmaicenia pokarmu ilość pepsyny i chimozy zmienia się zawsze równolegle: zmniejszeniu lub zwiększeniu siły jednego z tych zaczynów towarzyszy analogiczna zmiana w sile drugiego. Pozostawiając sok żołądkowy w termostacie, przekonali się autorowie, że osłabienie obydwóch zaczynów odbywa się również ściśle równolegle. Sprawdzając twierdzenie, że podpuszczkę można wyodrębnić przez kilkakrotne strącenie węglanem amonowym, przyszli autorowie do wniosku, że twierdzenie to nie jest niesłuszne: istotnie przy takiem postępowaniu otrzymujemy płyn, nie trawiący białkanów, lecz okoliczność ta zależy od tamującego wpływu soli, przez rozcieńczenie bowiem płynu nabiera on znowu własności trawienia ciał białkowatych. Sprzedażne gatunki podpuszczki zawierają, według badań autorów, również znaczną ilość pepsyny. Na podstawie tych wyników oświadczają Pawłow i Paraszczuk, że zaczyny rozpuszczające i ścinające białkany przedstawiają jedną i tęsamą substancyę, która zależnie od warunków wywiera ten lub inny wpływ. *Witold Orłowski.*

Schwabach. **Przyczynek do anatomii patologicznej głuchoniemoty.** (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde* Tom 41, 1902). Przypadek dotyczy głuchoniemego, który umarł z ogólnej gruźlicy. Badanie mikroskopowe narządu słuchu wykazało główne zmiany w pierwszym zwoju ślimaka; cały zwój wypełniony był tkanką kostną i tkanką łączną; w zwoju środkowym zmiany były mniejsze, a w zwoju końcowym światło pozostało wolne. Równolegle z tem zmiany zwyrodnienia w nerwach były największe w gałązkach, odpowiadających pierwszemu zwojowi, a mniejsze lub żadne w zwoju środkowym, względnie końcowym. Co do narządu Cortiego, to tylko w końcowym zwoju można go rozpoznać w ogólnych zarysach. W przedsionku zmian nie znaleziono; takśamo w nerwie twarzowym i słuchowym. S. dopatruje w tym przypadku przyczynę głuchoniemoty w zapaleniu opon mózgowych, które następnie przeszło na ucho wewnętrzne. Możliwość pierwotnego zapalenia ucha wewnętrznego przyznaje, uważa je jednak za mniej prawdopodobne, a to dlatego, że zmiany były ograniczone przeważnie do pierwszego zwoju ślimaka. S. przypuszcza, że przy pierwotnem zapaleniu ucha środkowego zmiany byłyby w całym ślimaku i w przedsionku. Dodać trzeba, że błona śluzowa ucha środkowego okazywała świeże zmiany gruźlicze. *Dr. Teofil Zalewski.*

Weill. **Wczesna oznaka zapalenia płuc.** (*Internat. Med. Mag. — The Med. Bullet* II. 1902). Dr. Weill z Lugdunu zwraca uwagę na objaw, umożliwiający bardzo wczesne rozpoznanie zapalenia płuc: polega on na braku rozszerzalności okolicy podobojczykowej po stronie zajętej. Zmniejszenie się lub zniknięcie rozszerzalności płuc wydarza się i w innych cierpieniach narządu oddechowego, lecz wtedy ogranicza się do okolicy zajętej części płuca, lub opłucnej. Przy zapaleniu zaś płuc, twierdzi autor, objaw ten spostrzega się niezależnie od tego, jaka część płuc zajęta. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

* * *

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Fürth (Strassburg). **Uwagi w sprawie ostrożnego podawania przetworów nadnercza.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 43, 1902). W celu zatamowania krwotoku po uretrotomii wewnętrznej wstrzyknął lekarz choremu do cewki moczowej rozczyn nadnerczyny; krwotok wprawdzie ustał, atoli bezpośrednio potem wystąpiły gwałtowne objawy zatrucia w postaci drgawek i mdłości, utrzymujące się przez kilka godzin. Że składniki nadnercza zwężające naczynia i podnoszące parcie krwi działają

nader trująco na ustrój ludzki, udowodnili już Oliver, Schäfer, Cybulski, Guarnieri, Swale Vincent i inni, jak również, że już małe dawki tych przetworów (kilka miligramów), wstrzyknięte do żył lub podskórnie, wywołują u zwierząt ciężkie objawy zatrucia. Zważywszy jednak, że okoliczności te mogłyby przedwcześnie zdyskredytować te środki (adrenalin, suprarenin) tembardziej, że osiągnięto już nimi niejednokrotnie dobre wyniki, radzi autor, by przed użyciem dotyczącego przetworu przekonać się na drodze doświadczalnej o jego nieszkodliwości. Również trzeba o tem pamiętać, że w przypadkach, w których zachodzi możliwość bezpośredniego dostania się przetworu do żył, ten sposób leczenia jest wielce niebezpieczny.

Dr. Fisek (Podgórze).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 11 lipca 1902.

Przewodniczący: Kol. Sołowij.

Obecnych członków 26.

Kol. Wątorek: Sprawa dolnego odcinka macicy. Opierając się na szczegółowym opisie dwóch macic, które uzyskał przy sposobności cięć cesarskich metodą Porro, wykonanych w klin. prof. Jordana w Krakowie, w 1-szym wypadku z powodu rozmiękczenia kości w końcu ciąży u wieloródki, w 2-gim zaś z powodu obszernego pęknięcia macicy, wywołanego wodogłowiem dziecka, stwierdza Wątorek, że dolny odcinek wraz z okolicą pierścienia skurczowego różni się bardzo znacznie we wszystkich trzech warstwach pod względem budowy anatomicznego utkania od górnej części macicy, t. j. trzonu z dnem, a granica między temi obiema częściami macicy jest ścisłą i wybitną. I tak: doczesna po oddarciu błon w trzonie i dnie przedstawia warstewkę na przekroju równej wszędzie grubości (1 mm), o powierzchni bardzo delikatnie strzępiastej, ale równej, z wyjątkiem miejsca łożyskowego, gdzie doczesna przedstawia warstwę dwa razy grubszą, więcej strzępiastą o powierzchni nierównej, dlatego, bo okrywa tu brodawki, utworzone z włókien mięsnych, które przy obmacywaniu miejsca łożyskowego dają uczucie chropowatości. — Doczesna zaś okolicy pierścienia skurczowego i dolnego odcinka przedstawia po oddarciu błon warstewkę na przekroju równomiernie grubiejącą w kierunku ku szyi, o powierzchni gładkiej, lśniącej, ale regularnie pofałdowanej, przyczem pofałdowanie to co do kształtu fałdów jest zupełnie identyczne z fałdami, w jakie układają się błony, przyczepione jeszcze do tejże części macicy w razie całkowitego skurczenia się narządu. Granica między doczesną trzonu a doczesną okolicy pierścienia skurczowego zaznacza się ściśle w linii poprzecznej.

Muskulatura trzonu i dna składa się z włókien mięsnych o różnych kierunkach; w trzonie przeważa kierunek włókien podłużny, która to przewaga w miarę zbliżania się do dna stopniowo znika na korzyść innych kierunków tak, iż w dnie macicy poplątanie włókien jest zupełne, a o jakiejkolwiek przewadze któregokolwiek kierunku włókien niema mowy. W okolicy pierścienia skurczowego zaś włókna mięsne są ułożone regularnie w dwóch warstwach o kierunku włókien prostopadłym do siebie. Warstwa zewnętrzna składa się z włókien podłużnych, albowiem na przekroju podłużnym daje rysunek wydłużonych wrzecion, zaś na przekroju poprzecznym rysunek drobnych skośnych czworoboków, warstwa wewnętrzna w najgrubszej swej części o połowę cieńsza niż zewnętrzna, składa się z włókien poprzecznych, albowiem na przekroju podłużnym występuje tu rysunek drobnych skośnych czworoboków, a na poprzecznym rysunek wydłużonych wrzecion. Ta wewnętrzna warstwa na przekroju podłużnym macicy przedstawia trójkąt o bardzo szerokiej podstawie (3 ctm), a małej wysokości ($^1/_2$ ctm), którego górny bok jest linią równą, przechodzącą wprost w linię przekroju powierzchni muskulatury trzonu, zaś dolny bok jest załamany, przez co w muskulaturze poprzecznej powstaje schód, w następstwie czego występuje nagłe zcieńczenie muskulatury tej części macicy, widoczne okiem i wyczuwalne dotykiem, wywołując objaw kliniczny, nazwany przez Bandla pierścieniem skurczowym. — Dolny odcinek rozpoczyna się tam, gdzie kończy się warstwa mięśnia okrężnego. Warstwa mięsna dolnego odcinka, będąca dalszym ciągiem warstwy wewnętrznej okolicy pierścienia skurczowego, składa się tylko z włókien podłużnych. Na przekroju podłużnym widzimy, jak warstwa ta zwęża się równomiernie klinowato ku dołowi, powodując, iż cała ściana dolnego odcinka im bliżej szyi, tem więcej cieńczeje, mimo, iż tak warstwa błony doczesnej, jak i tkanka podotrzewnowa im niżej, tem więcej grubieją. — Na przekroju podłużnym macicy granica między muskulaturą trzonu a okolicą pierścienia skurczowego zaznacza się bardzo wybitnie. Leży ona w tej samej wysokości, co granica dwóch różnych warstw bł. doczesnej.

Otrzewna, okrywająca trzon z dnem, przylega bardzo ściśle zapomocą cienkiej, zbitej warstwy tkanki podotrzewnowej do zewnętrznej powierzchni muskulatury, układając się z powodu kurczenia się macicy w bardzo charakterystyczne fałdziki o wyraźnym kształcie i kierunku. I tak: szczyt dna wolny jest od fałdów, otoczenie dna ma fałdziki nieregularne, środek powierzchni przedniej i tylnej fałdy podłużnie przebiegające, które w miarę im bliżej boków macicy przechodzą w fałdy podłużne łukowate. W bezpośredniem sąsiedztwie tylnego ramienia zgrubienia otrzewnej macicy są dwa szeregi krótkich poprzecznie przebiegających fałdzików.

Przeciwnie otrzewna, okrywająca okolicę pierścienia skurczowego i dolny odcinek, przyczepioną jest do muskulatury zapomocą wiotkiej tkanki podotrzewnowej, która, jak to widzimy na przekroju podłużnym macicy, im niżej tem jest coraz więcej rozwiniętą. Fałdy jej są znacznie wyższe i szersze o przebiegu poprzecznym do osi długiej narządu. Granica między otrzewną trzonu a otrzewną okolicy pierścienia skurczowego jest ścisłą, a na przedniej powierzchni macicy nawet zaznaczoną zapomocą poprzecznie przebiegającego pasmowatego zgrubienia otrzewnej, analogicznego do pętli, która dzieli trzon i dno macicy na dwie połowy, prawą i lewą. Granica ta leży na tej samej wysokości, co i owe wyżej podane granice: muskulatury i bł. doczesnej.

Poniżej ścisłego przyczepu otrzewnej, w środku wewnętrznej warstwy włókien mięsnych podłużnych, spotykamy dwa naczynia okrężnie przebiegające, jedno nad drugiem ułożone, charakterystycznie otoczone włóknami mięsnemi; górne jest żyłą a dolne tętnicą.

Również wybitnie różni się powierzchnia wewnętrzna dna i trzonu od pow. wewnętrznej dolnego odcinka i okolicy pierścienia skurczowego w przypadku, gdy jest jeszcze okrytą błonami, po całkowitem skurczeniu się macicy, co kol. W. miał sposobność spostrzegać na macicy wyciętej wraz z płodem w końcu ciąży przy sposobności cięcia cesarskiego metodą Porro, wykonanego z powodu rozmiękczenia kości.

Fałdy błon w trzonie przedstawiają pasemka przebiegające równolegle do siebie wzdłuż osi długiej narządu, regularnie poprzecznie falujące. Na 1 ctm. szerokości przypada tych pasemek w środku powierzchni wewnętrznej 4., zaś tuż przy bokach macicy 5. Im bliżej dna, tem falowanie pasemek jest wybitniejsze, wskutek czego coraz więcej zatraca się wrażenie ogólne rysunku podłużnych pasem, aż w dnie on ginie, a cała powierzchnia jest okrytą jednostajnie pofałdowanemi błonami, przyczem jednak zauważa się, że szerokość wyniosłości pozostaje równą szerokości pasem. Granica między trzonem a okolicą pierścienia skurczowego występuje ściśle, z chwilą bowiem, gdy błony przechodzą na mięsień okrężny, aby go okryć, każde pasemko dzieli się na 2 tak, że na 1 ctm. szerokości przypada ich nie 4, lecz 8, względnie 10. Każde z tych pasemek na całej powierzchni okolicy pierścienia skurczowego analogicznie faluje, jak macierzyste pasemko trzonu. Falowanie to im niżej, tem staje się wybitniejsze, wskutek czego zwolna zatraca się wrażenie ogólne rysunku pasemek podłużnych, aż na powierzchni dolnego odcinka występuje obraz analogiczny fałdów błon, jak w dnie, z tą różnicą, że tu na jednostkę powierzchni przypada wyniosłości 4 razy więcej.

Przyczynę tego charakterystycznego a zarazem odmiennego zachowania się fałdów błon w trzonie i dnie a okolicy pierścienia skurczowego i dolnym odcinku, wytłómaczyć łatwo, znając fizyczne prawa o fałdowaniu się przedmiotów cienkich, nieelastycznych, przyklejonych do wyciągniętej płyty (np. gumy napiętej) kurczącej się z pewną siłą. Prawo to, doświadczalnie przez kol W. stwierdzone, opiewa: Kierunek pasem jest prostopadły do kierunku kurczenia się powierzchni. Przy kurczeniu się powierzchni w 2-u prostopadłych kierunkach, ale niejednakowo silnych, występuje zjawisko pasemek falujących o przebiegu prostopadłym do kierunku największego kurczenia się. Przy jednakowo silnej zaś występuje kształt fałdów analogiczny do fałdów w dnie i dolnym odcinku. Szerokość pasem jest do siły kitu odwrotnie — zaś do niepodatności przedmiotu fałdującego się wprost proporcyonalną; nie zależy zaś od stopnia redukcyi powierzchni. Od stopnia kurczenia się powierzchni zależy wysokość fałd i głębokość rowków między fał-

dami, mianowicie jest do stopnia kurczenia się wprost proporcyonalną szerokość fałdów jednak pozostaje tu ta sama, co i przy słabszym kurczeniu się. Z jednostki powierzchni błon powstaje więc w razie silniejszego kurczenia się, przy innych warunkach tych samych, mniej fałdów ale za to wyższych, zaś przy słabszym więcej fałdów, ale za to niższych. Kształt jednak, szerokość i kierunek pozostają tu i tam jednakowe.

Na podstawie powyższych praw fizycznych dochodzi kol. W. do przekonania, że błony są do okolicy pierścienia skurczowego i dolnego odcinka zapomocą »ampullaris«, odgrywającej rolę kitu, co najmniej 2 razy silniej przymocowane, niż do pow. dna i trzonu. Fakt ten stwierdził kol. W. bezpośrednio, odrywając błony od powierzchni wewnętrznej macicy. Za faktem tym przemawiają nadto, a zarazem go bezpośrednio tłómaczą, badania mikroskopowe porównawcze Küstnera nad budową bł. doczesnej dolnego odcinka a trzonu, które wykazują, że doczesna dolnego odcinka składa się analogicznie, jak i doczesna, z 3-ch warstw: *compacta, ampullaris-fundalis,* jednak różnice zachodzą we wszystkich 3-ch warstwach. I tak: *compacta* doln. odcinka jest kilkakrotnie węższą niż *ampullaris; ampullaris* zaś, odgrywająca rolę kitu dla błon, ma gruczoły o średnicy węższej, komórki doczesnej mniejsze i różnokształtne, a w tkance podścieliskowej liczne grube włókna łącznotkankowe, przeciwnie niż w trzonie i dnie.

Wyżej wyliczone fakta nakazują przyjąć: 1) że objaw kliniczny, nazwany przez Bandla »pierścieniem skurczowym«, ma przyczynę anatomiczną, mianowicie jest on wywołany obecnością warstwy włókien mięsnych o przebiegu okrężnym; 2) że dolny odcinek wraz z okolicą pierścienia skurczowego, będąc we wszystkich 3-ch warstwach pod względem budowy utkania odmienny od dna i trzonu tak, iż granica między temi 2 częściami macicy występuje ściśle, nie może być uważanym za dolną część trzonu, który pod wpływem skurczów muskulatury macicy tylko co do kształtów się zmodyfikował, ale musi być uważanym za odrębną część macicy. Ponieważ zaś powyższe 2 fakty są pewne, więc hipoteza Schrödera i jego zwolenników, utrzymująca, że dolny odcinek jest częścią trzonu, jest błędną.

Wobec tego należy zastanowić się, czy może Küstner i jego zwolennicy mają słuszność, twierdząc, że dolny odcinek jest częścią szyi macicy, która pod wpływem ciąży może analogicznie przerastać i brać udział w budowie i rozwoju jaja płodowego, jak trzon z dnem. Przeciwko hipotezie Küstnera atoli przemawiają następujące fakty: gdyby macica składała się tylko w 2-ch części, różnych pod względem histologicznym i własności biologicznych, tj. trzonu z dnem i szyi i gdyby tkanki składające szyję mogły pod wpływem ciąży przerastać i przemieniać się w dolny odcinek wraz z okolicą pierścienia skurczowego, to w takim razie dolna granica dolnego odcinka — pierścień Müllera — nie byłaby granicą stałą, ale zmienną. Dawniej istotnie takie panowało przekonanie (Hyrtl). Obecnie atoli dzięki badaniom macicy w czasie ciąży, porodu i połogu wiemy na pewno, że dolna granica dolnego odcinka zawsze ściśle się zaznacza i to nawet u pierwiastek, gdzie kanał szyi w ostatnich miesiącach ciąży z reguły ulega rozciągnięciu i tworzy bezpośrednie powiększenie jamy dolnego odcinka. Błona śluzowa szyi nigdy, a więc i u pierwiastek, nie zamienia się w czasie ciąży na doczesną i nie zrasta się w refleksą błon, czyli zachowuje się w sprawie budowy jaja płodowego zawsze biernie (Marchand). Ta dolna granica dolnego odcinka zaznacza się zawsze b. ściśle w czasie połogu, a badanie mikroskopowe błony śluzowej szyi wykazuje obrazy, tak dalece odmienne od obrazów doczesnej dolnego odcinka, że ani w jednym szczególe budowy analogii lub pokrewieństwa wyszukać nie można. Nie tylko bowiem przybłonek jest na powierzchni błony śluzowej szyi zachowany, ale gruczoły, rozmieszczenie włókien tkankołącznowych, komórki i t. d. są zupełnie różne, niż w doczesnej dolnego odcinka. Włókna mięsne szyi nie okazują regularnego przebiegu, a pochodzenie ich głównie jest dalszym ciągiem muskulatury pochwy. Nadto szyja w czasie porodu mechanicznie rozciągnięta, już po 24 godzinach połogu wraca prawie do pierwotnych kształtów, a na błonie śluzowej występuje nie kawałek, ale całkowity *arbor vitae,* podczas gdy dolny odcinek wraz z okolicą pierścienia skurczowego zwija się zwolna i to według tych samych prawideł, co trzon z dnem. Powyższe fakty są pewne i wielokrotnie stwierdzone, więc hipoteza Küstnera i jego zwolenników nie da się utrzymać.

Jeżeli zbierzemy wszystkie wyżej przytoczone fakty, stwierdzimy niewątpliwe zjawisko, że macica w czasie ciąży, porodu i połogu składa się z 3-ch części, budową od siebie odrębnych o ścisłych granicach anatomicznych. Gdyby budowa macicy składała się tylko z 2-ch części od siebie odrębnych, tj. szyi i trzonu z dnem, jak się to dotychczas przyjmuje, to mielibyśmy do czynienia z niewytłómaczalnem zjawiskiem powstawania i wyodrębnienia się w czasie ciąży 3-ch części macicy. Ta 3-cia część macicy wykształcałaby się regularnie podczas ciąży chyba według tych samych prawideł, co nowotwory, a to jest logiczną niedorzecznością. Dogmat zatem, przyjmujący, że macica składa się z 2-ch części, jest zwykłym przesądem. Z logiczną koniecznością musi się przyjąć hipotezę, że macica zawsze, nie tylko w czasie ciąży, porodu i połogu, ale i poza ciążą, tak u pierwiastek, jak u wieloródek, tak u dzieci, jak i u płodów, tak u ludzi, jak i u zwierząt kręgowych, składa się w 3-ch strukturowo odrębnych części, a co zatem idzie o odrębnym celu i funkcyi fizyologicznej, a mianowicie: 1) szyi, 2) dolnego odcinka wraz z okolicą pierścienia skurczowego i 3) trzonu z dnem.

Fakt, że tylu badaczom uszła uwagi ta trzecia część macicy nieciężarnej, wobec czego przyjęto za dogmat zapatrywanie, iż macica wogóle składa się z 2-ch części, tak pewny, że dotąd nawet nie podlegający dyskusyi, tłómaczy kol. W. w sposób następujący: ta trzecia część macicy jest z natury rzeczy w macicy będącej w spoczynku bardzo wązką. I tak: jeżeli macicę nieciężarną wieloródki zechcemy uważać za ostateczny wyraz zwijania się macicy połogowej i jeżeli pamiętać będziemy o fakcie niewątpliwie stwierdzonym, że okolica pierścienia skurczowego i dolny odcinek zwijają się według tychsamych prawideł i taksamo energicznie, jak trzon z dnem, to biorąc pod uwagę wymiary macicy nieciężarnej i porównując je z wymiarami macicy pierwszych chwil połogu, możemy ściśle obliczyć, jak wielką część macicy nieciężarnej zajmie ta 3-cia część macicy. Z obliczenia tego wynika, że u wieloródek ta 3-cia część macicy wynosi $1^1/_2$ ctm. a należy jej szukać w bezpośrednim pasie nad i pod ujściem wewnętrznem szyi w sensie anatomii opisowej. Zwieracz ujścia wewnętrznego szyi anatomii opisowej odpowiada mięśniowi okrężnemu okolicy pierścienia skurczowego macicy pierwszych chwil połogu, którego szerokość obecnie po całkowitem zwinięciu się tejże okolicy wynosi $7^1/_2$ mm. Połowa jego, tj. $3^1/_2$ mm. leży już w jamie trzonu w sensie anatomii opisowej, zaś druga połowa wraz ze zwiniętym dolnym odcinkiem, czyli pas = $11^1/_2$ mm., leży już w kanale szyi w sensie anatomii opisowej, czyli zajmuje mniej niż $^1/_3$ część górną szyi anatomii opisowej. Jeżeli się przyjmie, że macica dziewicza w zasadzie nie różni się ani wymiarami, ani proporcyą części poszczególnych od macicy wieloródek, to wnioskować należy że tu ta 3-ia część macicy zajmie pas tej samej szerokości, co i tam. Jeszcze łatwiej zapoznać tę 3-cią część macicy w macicy dziecięcej, która w całości jest długą na $2^1/_2 — 3^1/_2$ ctm., a w dodatku szyja w sensie anatomii opisowej, czyli dolna połowa okolicy pierścienia skurczowego wraz dolnym odcinkiem i właściwą szyją zajmuje $^2/_3$, zaś trzon z dnem i górną połową okolicy pierścienia skurczowego $^1/_3$ część całej długości macicy. Jeżeli odpowiednie do tych danych zrobimy obliczenie, to przekonamy się, że cała ta 3-ia część macicy nie przenosi 3—4 mm, z czego 1 mm. będzie leżał już w jamie trzonu w sensie anatomii opisowej. Że ta 3-cia część macicy po porodzie nie ginie, ale wraz ze wszystkiemi swemi cechami anatomicznemi, z powodu zwijania się odpowiednio umodyfikowanemi, jest w macicy nieciężarnej i dziecięcej, dowodzą tego 1) badania Küstnera nad szeregiem macic z różnych okresów połogu, wykazujące bezpośrednio, że pierścień skurczowy odpowiada zwieraczowi ujścia wewnętrznego szyi anatomii opisowej; 2) mimochodem, lecz regularnie, w każdym podręczniku histologii czynione wzmianki, że budowa błony śluzowej górnej części szyi jest różną, niż dolnej, a taksamo górnych części trzonu, a partyj przyległych ujściu wewnętrznemu szyi. Wązkość tej 3-ciej części macicy będącej w spoczynku jest przyczyną, że tak Küstner jak i histologowie nie zdają sobie sprawy z istoty rzeczy, tłómacząc fakty wyżej wspomniane, dotyczące błony śluzowej tem, że tu zupełnie analogicznie jak i w innych narządach są w otoczeniu zwieracza nieznaczne i stopniowe przejścia w budowie mikroskopowej błony śluzowej. Gdyby tak było, to w ciąży, porodzie i połogu nie byłoby ani górnej ani dolnej granicy tej 3-iej części macicy ścisłej i wybitnej, ale niewyraźna i zmienna, co, jak z wyżej podanych faktów wynika, nie zgadza się z istotnym stanem rzeczy.

Jeżeli hipoteza powyższa jest słuszną, to powinna ona w sposób prosty i jasny wytłómaczyć wszystkie fakty pozytywnie zdobyte dla obrony obydwu dawniejszych hipotez, a nadto przy jej pomocy powinno się znaleźć wyjaśnienie wielu faktów, których ani jedna, ani druga hi-

poteza wytłómaczyćby nie potrafiła N. p hipoteza kol. W. jasno tłómaczy objaw Hegara, t. j. przerost górnej części szyi w sensie anatomii opisowej, gdy dolna część szyi t. j. szyja właściwa, jest w spoczynku. Przerost ten występuje od początku ciąży tak, iż objaw powyższy jest jednym z pierwszych objawów przedmiotowych ciąży i to wtedy już, gdy jajko płodowe jest jeszcze tak małe, że zajmuje zaledwie część jamy trzonu, a wcale nie sięga jeszcze do tej 3-iej części macicy. Również objaw ten występuje i w przypadkach ciąży pozamacicznej. Przypadki cięć cesarskich, wykonanych w końcu ciąży, naocznie przekonują o fakcie, że macica po opróżnieniu z treści natychmiast spada do postaci macicy pierwszych chwil połogu, takiej, która w czasie porodu b. energicznie pracowała, kiedy aż pękła. Opisy obu macic zgadzają się w drobiazgach nawet, z czego wynika: że pierścień skurczowy nie jest następstwem stanów skurczowych muskulatury, ale następstwem obecności warstwy mięśni okrężnych, oraz iż ta 3-cia część macicy jest w czasie ciąży zawsze. Badanie powierzchni i wnętrza jamy macicy przy sposobności poronień w różnych okresach ciąży wykazuje po opróżnieniu treści stosunki zupełnie analogiczne, jakie spotykamy w połogu na czasie. Przy odklejaniu ręcznem jaja płodowego wyczuwa się zawsze pierścień skurczowy, a przy podrażnieniu jego czuje się, jak on palce dookoła jakby pierścieniem zaciska, dzięki właśnie obecności tam włókien okrężnych.

W patologii macicy ta 3-cia część macicy okazuje pewną samodzielność. I tak zaburzenia zapalne, zlokalizowane w tej 3-ciej części macicy powodują tyłozgięcia, lub silne nachylenia ku przodowi, przy wadach rozwojowych spotykamy zarośniecia zlokalizowane właśnie do tej 3-iej części macicy, a przy przeroście często tylko część nadpochwowa szyi jest przerosła.

Podczas porodu pracują 1 a i ta 3-cia część macicy bardzo energicznie; bierną jest tylko szyja właściwa. Trzon z dnem wracają za wszelką cenę i zawsze do kształtów pierwszych chwil połogu, — opróżnia się jamę, pierścień skurczowy tworzy rodzaj zwieracza, który nie pozwala powrócić temu, co raz jamę trzonu i dno opuściło; dolny odcinek, skracając swe ściany w wymiarze podłużnym, wywołuje zanik szyi i jej rozdęcie, oraz otwarcie ujścia zewnętrznego macicy. Praca dolnego odcinka musi być tak energiczną, że się odrywa od szyi. Pogląd zatem Schrödera, dzielący pracującą macicę na Hohlmuskel) część pracującą, sięgającą do pierścienia skurczowego i (Durchtrittschlauch) część bierną, którą składają: dolny odcinek i szyja, uważa kol. W. za nieracyonalny. Silniejsze przymocowanie popłodu: n. p. *ampullaris* do wewnętrznej powierzchni tej 3-iej części macicy, ma znaczenie dla mechanizmu 3-go okresu porodowego, mianowicie jest jedną z przyczyn, dlaczego łożysko z reguły rodzi się wypuklone powierzchnią owodni.

Wytłómaczenie, dlaczego macica składa się z 2-ch głównych części czynnych w sprawie rozwoju jaja płodowego i w sprawie porodu, a z jednej biernej, daje badanie anatomiczne i embryologia, które wykazują, że tkanki, składające właściwą szyję, są tego samego pochodzenia, co pochwa, a nawet po całkowitem wykształceniu się macicy okazują analogie w wielu szczegółach budowy. *(Autoreferat).*

W dyskusyi: Kol. Skałkowski zarzuca, że materyał, na którym W. oparł swe teorye, jest za mały, bo obejmuje zaledwie 2 przypadki. Fałdom otrzewnej, spostrzeganym przez prelegenta, odmawia znaczenia, gdyż były badane na macicach wyciętych, gdzie więzadła nie działały. Zaznacza, że wobec dzisiejszego stanu nauki, nie można ograniczyć procesu chorobowego na pewne części narządu, jak chce prelegent. Stanowczo jest zdania, że błony płodowe są słabiej przyczepione w dole, t. j. około ujścia wewnętrznego, a nie jak twierdzi prelegent.

Kol. Bylicki: Sprawa ta jest na porządku dziennym od 30 lat; to samo, co prelegent, twierdzą wszyscy przeciwnicy teoryi Schrödera. Na poparcie swych teoryj powinien był prelegent podnieść, że przedarcia macicy zaczynają się od szyi. Granica między przybłonkiem nie jest stała. Prelegent nie udowodnił, dlaczego dolny odcinek macicy jest czynny. W kwestyi t. zw. pierścienia skurczowego powiada, że tenże tworzy się nie w jednem pewnem miejscu, ale wogóle tam, gdzie są mięśnie okrężne. Na dowód przytacza przekrój macicy z muzeum w Bazylei, gdzie znajdują się 3 pierścienie skurczowe. Wogóle tworzy się pierścień skurczowy tam, gdzie jest najmniejszy opór, a granicą między dolnym odcinkiem macicy, a jej resztą, jest żyła, i w tem miejscu otrzewna zaczyna ściślej przylegać.

Kol. Kwiatkiewicz: Górna część szyi może się stać dolnym odcinkiem macicy. Wogóle granice te są bardzo nieścisłe. Jest zdania, że dolny odcinek macicy jako taki nie istnieje, ale jest następstwem rozszerzania się macicy.

Kol. Hojnacki: Dolny odcinek macicy nie jest jej częścią anatomiczną. Każda część macicy może się skurczyć i wszędzie powstać może pierścień skurczowy.

Kol. Kośmiński przytacza doświadczalną pracę, która przeczy wywodom kol. Wątorka.

Kol. Wątorek w odpowiedzi podnosi, że najważniejszą rzeczą w jego odczycie jest pozytywne stwierdzenie faktu, iż objaw kliniczny, nazwany przez Bandla pierścieniem skurczowym, ma przyczynę anatomiczną a mianowicie, iż zależy on od obecności mięśnia okrężnego na granicy trzonu i dolnego odcinka, w t. zw. przez kol. W. okolicy pierścienia skurczowego. Według mniemania kol. W. jest on pierwszym w literaturze, który ten objaw tak tłómaczy. Na uwagę kolegów, iż już inni autorowie, jak Kölliker, donoszą o obecności mięśnia okrężnego na granicy trzonu — odpowiada kol. W. w ten sposób, że dawniejsze podania, jak Köllikera, Hyrtla, odnoszą się do macic nieciężarnych i w zupełności potwierdzają podanie kol W. odnośnie do macicy połogowej i ciężarnej.

Na zarzut, iż hypotezie kol W jako nieopartej na własnych badaniach mikroskopowych, a tylko na opisie mikroskopowym dwóch wypadków — brakuje podstaw realnych, odpowiada kol. W. w ten sposób, iż fakta gołem okiem stwierdzić się dające są pewniejsze, niż mikroskopowe, które zależą od skomplikowanej techniki, wobec czego na faktach makroskopowych z całą ufnością oprzeć się można. Zresztą fakta przez niego podane są w zgodzie z faktami mikroskopem stwierdzonymi, opisanymi w literaturze. Stwierdzić je zaś i skontrolować może sobie każdy, kto ma mikroskop, zresztą jak historya dyskusyi nad tą kwestyą poucza, same badania mikroskopowe nie były w stanie trudności rozwiązać. Dlatego też, zdaniem kol. W., należy tę sprawę syntetycznie, z uwzględnieniem wszelkich faktów z położnictwa i ginekologii dotyczących, traktować, w myśl programu podanego w odczycie — a sprawa wystąpi jasno.

2. Kol. Breiter demonstruje rozszerzadła Bossiego, zapomocą którego udało mu się w krótkim czasie ukończyć poród. T. K. l. 19, pierwiastka, przewieziona do kliniki, nieprzytomna. Ciepłota ciała 38°, tętno 132. Od 3 godzin słabe bóle porodowe, pięć silnych napadów drgawek porodowych. Podczas przyjmowania chorej napad silny, trwający 3 minuty; po 20 minutach drugi napad na sali porodowej. Podskórnie morfina i chloral w lewatywie. Do ujścia zupełnie zamkniętego przy szyi zanikłej w uśpieniu chloroformowem wprowadzono rozszerzadło bez nasadek, a w miarę rozszerzania założono nasadki. W przeciągu 20 minut ujście było rozwarte na 6 ctm. w średnicy, poczem założono kleszcze Madurowicza na główkę, przypartą do wchodu miednicy, której wymiary: *dst. spin.* $21\frac{1}{2}$, *d. cr.* 27, *d. tr.* $30\frac{1}{2}$, *c. ext.* $16\frac{1}{2}$. Po 12-tu forsownych pociągnięciach udało się główkę przeprowadzić i urodzić płód żywy 3000 grm. z nieznacznemi odgnieceniami na główce. Podczas porodu nieznaczne pęknięcie szyi po stronie lewej; z powodu nieznacznego krwawienia — wytamponowano macicę i pochwę. Cały zabieg trwał 70 minut. Po 14 godzinach dwa napady drgawek; gazę z macicy usunięto. Od tego czasu przytomność powoli wracała, ciepłota przez 3 dni dochodziła do 38°, również spadła; białko w ilości 2% znikło, stan zadowalniający. Chora po 10 dniach opuściła klinikę, czując się zupełnie zdrowa, wraz z córką. Co do rozszerzadła samego, to może ono oddać nieспożyte usługi w przypadkach nagłego rozwiązania i wyrugować zupełnie nacięcia Dührssena lub cięcie cesarskie pochwowe. Obawa o rozdarcie szyi jest zupełnie wyrugowaną, gdyż poruszając śrubą przyrządu można odczuwać dokładnie i mieć pojęcie o napięciu wiązek mięsnych szyi macicy. Prelegent poleca gorąco rozszerzadło Bossiego.

W dyskusyi zabierali głos: kol. Kośmiński, Bylicki i Brejter.

3. Kol. Zalewski przedstawia chorego po atykoantrotomii.

Dr. Ruff, sekretarz.

VII. Polskie uzdrowiska dla chorych piersiowych.

D. 23. listopada, w obecności naczelnych przedstawicieli władzy państwowej i autonomicznej, oraz licznego zastępu lekarzy z całej Polski, poświęcono i otwarto Sanato-

ryum dla chorych piersiowych w Zakopanem. Gmach 4-piętrowy, zbudowany gruntownie i celowo na przybytek klimatycznego leczenia, wznosi się na wysokości 1050 metrów nad powierzchnią morza, wśród lasu, pokrywającego w połowie 14-morgowy obszar, stanowiący terytoryum uzdrowiska. Jeden rzut oka wystarcza na zoryentowanie się, że budowniczy miał na względzie jak najdoszczętniejsze wyzyskanie terenu dla przysporzenia budynkowi możebnie największego dostępu słońca, a jednocześnie zasłonięcia go od wiatrów.

Jeśli powiemy, że Sanatoryum w Zakopanem zostało zbudowane i urządzone podług najnowszych zasad i wymagań wzorowego uzdrowiska dla chorych piersiowych, to tem samem stwierdzamy, że wszystkie pokoje są słoneczne, że całe ich urządzenie zmierza do łatwego odkażania i przewietrzania, że obok obfitości powietrza i słońca wytworzono tu warunki ciszy i odosobnienia, że każde piętro posiada łazienkę, windę osobową i kuchenną, że jest tu wodociąg, oświetlenie elektryczne i centralne ogrzewanie, że przyrząd desinfekcyjny odkaża bieliznę, że spluwaczki tekturowe niszczą się w ogniu, że jest piękna leżalnia z całodziennem słońcem, że służba tu liczna, świadoma swych zadań i dziś już wyćwiczona, że zapomocą kontraktów zabezpieczono dostawę artykułów spożywczych, że budynek posiada kanalizacyę, a kanał ściekowy skierowany do wartkiego i oddalonego potoku, że Zakład łączy się z Zakopanem telefonem i posiada własną bitą drogę, łączącą się z gościńcem kościeliskim, że urządzenia ściśle lekarskie nic nie pozostawiają do życzenia, że kierownictwo pozostaje w rękach sprężystych, doświadczonych i do zadań znakomicie przygotowanych d-ra Kazimierza Dłuskiego i jego małżonki d-ra Pani Dłuskiej.

Stosownie do swego przeznaczenia i gdzieindziej nabytego doświadczenia Sanatoryum w Zakopanem przyjmuje chorych na gruźlicę w pierwszych jej okresach, a niemniej, wobec najdoskonalszych warunków desinfekcyi i czystości, — chorych na przewlekły nieżyt oskrzeli, rozedmę płuc, oraz wyzdrowieńców po zapaleniu płuc, wreszcie osoby zdrowe, lecz usposobione do gruźlicy. Metoda leczenia polega na stałem używaniu górskiego leśnego powietrza, bądź to na spacerach w lesie, bądź w leżalni, bądź w pokoju przy odpowiedniem regulowaniu powietrza za pomocą wentylatorów i okien. Obok czystego górskiego powietrza uzdrowisko zakopańskie posiada drugi ważny czynnik leczenia chorób piersiowych — obfitą, zdrową i dobrze przyrządzoną kuchnię. Wreszcie, przy całem uwzględnieniu indywidualności chorego, stosuje się w Sanatoryum zabiegi wodolecznicze. Rzecz oczywista, że prócz wymienionych czynników leczenia sanatoryalnego, kierownik zakładu rozporządza wszystkiemi innemi metodami, stanowiącemi dzisiejsze lecznictwo farmakodynamiczne.

Tak więc, na łonie Tatr i na tle szczytów granitowych, stanęło szczytne dzieło myśli i duszy ludzkiej: bo chociaż Sanatoryum w Zakopanem nie powstało z ofiar, to jednak społeczeństwo polskie dobrze to odczuwa, że ludzie, którzy umożebnili dźwignięcie tego dzieła, nie działali dla zysku, że dając szlachetny kruszec, dawali jednocześnie szlachetne uczucie miłości bliźniego, cząstkę swej dobrej duszy.

Na równinach Mazowsza, wśród sosnowego lasu, w miejscowości „Rudka“, odległej o 15 minut drogi od stacyi kol. żel. „Mrozy“, stanął pod dach kompleks murowanych budynków, przeznaczonych na Sanatoryum dla mniej zamożnych chorych piersiowych. Jak to czytelnicy nasi niezawodnie wiedzą, inicyatorem, pierwszym ofiarodawcą i opiekunem tego wykończającego się zakładu jest Dr. Teor Dunin. Samo ujęcie tej sprawy przez lekarza i obywatela tej miary oddziałać musiało atrakcyjnie na szlachetne serca: posypały się ofiary i dobra myśl jest w okresie stania się dokonanym czynem. Książe Stanisław Lubomirski pośpieszył z darowizną pod Sanatoryum 20-morgowego lasu, będącego częścią 300-morgowego obszaru leśnego, rosnącego na przepuszczalnej glebie, w okolicy uprawnej, oddalonej od siół i fabryk.

Wedle planów całość Sanatoryum „Rudka“ składać się będzie z 5 murowanych budynków i studni artezyjskiej. Budynek główny ma 120 metrów frontu, zbudowany półkolisto ku stronie południowo-zachodniej, wznosi się na piwnicach, posiada parter, dwa piętra i poddasze. Zaprojektowany na 120 chorych, obecnie urządza się na połowę tylko tej liczby, zanim ofiarność obywatelska nie umożebni wykonania całego planu. Wymiary resztujących budowli obliczone już dziś na 120 chorych. Wszystkie pokoje dla chorych są od strony południowej; objętość pokoju na jedną osobę wynosi 51 metrów, na dwie 75 m.; budynek główny posiada salę zebrań, ogród zimowy, czytelnię, centralny system ogrzewania, oświetlenie elektryczne, wodociąg, gabinety lekarskie i wszelkie podręczne urządzenia, odpowiadające wymaganiom sanatoryów pierwszorzędnych. Z tym budynkiem głównym połączoną jest w całej jego długości leżalnia, zasłonięta od wiatru i deszczu.

Obok budynku głównego znajduje się ściśle z nim połączony budynek drugi, na 50 metrów długi, mieszczący w wysokich suterenach piwnice, łazienki, salę do procedur wodoleczniczych, suszarnię bielizny, salę gimnastyczną, gabinet lekarza kierującego wodoleczeniem. Na parterze tego budynku mieści się jadalnia na 1?0 osób, oraz ubikacye gospodarskie, niezbędne przy jadalni. Na I-szem piętrze znajduje się kuchnia i do niej przynależne izby uboczne; na piętrze II-giem mieszkanie służby kuchennej i składy rezerwowe. Kuchnia posiada windę przez wszyskie piętra budynku.

Budynek trzeci jest wyłącznie budynkiem maszyn, przysparzających dwom pierwszym światła, ciepła i wody. W nim się mieści kamera desinfekcyjna.

Budynek czwarty, przeznaczony na mieszkanie lekarza kierującego, jest dopiero w projekcie. Na razie główny lekarz zamieszka w gmachu I-szym, gdzie jest dwa apartamenty, przeznaczone dla lekarzy.

Budynek piąty parterowy zajmuje służba zewnętrzna, pełniąca obowiązki poza obrębem budynku głównego, oraz ludzie z rodzinami.

Wody — i to dobrej wody — dostarcza całemu zakładowi studnia artezyjska.

Ogólny układ i wewnętrzne urządzenie Sanatoryum jest dziełem Komitetu, wyznaczonego przez Radę warszawskiego Towarzystwa higienicznego. Komitet sumiennie zbadał uzdrowiska zagraniczne i wyzyskał ich doświadczenie w naszkicowaniu planów, które po głębokiem rozważeniu zatwierdziła Rada Towarzystwa higienicznego.

Wszystko to, co tworzy się w wykończającym się Sanatoryum „Rudka“, jest dziełem ofiarnych serc: kwota złożonego do tej pory kapitału, wraz z ceną dostarczonych bezpłatnie materyałów, wynosi 90,000 rubli, t. j. ledwie trzecia część sumy prelimowanej.

Tym sposobem przychodzi u nas do skutku drugi typ uzdrowiska dla chorych piersiowych, przeznaczony dla osób mniej zamożnych, należących przeważnie do warstwy inteligencyi, zapracowanych zawodowo po miastach i miasteczkach.

Na sercu i sumieniu społeczeństwa polskiego leży typ trzeci; sanatoryum bezpłatne dla chorych zupełnie ubogich. Typ to najważniejszy, bo musi być obliczony na wielką liczbę chorych, rozmieszczonych w licznych uzdrowiskach kraju. Szerokie to ale i owocne pole działania dla samorządu gminnego w połączeniu z ofiarnością prywatną, która złożyła i składa tyle dowodów obywatelskiego i miłosiernego ducha.*)

A. K.

*) Pierwsze Sanatoryum dla chorych piersiowych nie tylko w Polsce, ale w całej Europie, założył Dr. H. Dobrzycki r. 1879 w Mieni pod Warszawą. Trudności, stawiane w owym czasie wszelkiej inicyatywie prywatnej do samoobrony, sprawiły, że Sanatoryum w Mieni istniało tylko lat 4. Dziś leczenie sanatoryalne uważa się za pomysł Niemców, w istocie jednak tak nie jest, myśl i inicyatywa należą się Dr. H. Dobrzyckiemu.

† Docent dr. Alfons Erlicki,

znany psychiatra i autor wielu prac naukowych z akresu chorób umysłowych, zakończył życie w Petersburgu. Urodził się w Warszawie r. 1846. Po ukończeniu gimnazyum w mieście rodzinnem wpisał się na wydział inżynieryi w Instytucie w Puławach; po zwinięciu zaś tego zakładu w r. 1863 wstąpił do Szkoły Głównej na wydział lekarski, który ukończył ze stopniem lekarza w r. 1868. W następnych latach poświęcał się praktyce w kilku miejscowościach. W r. 1877 został przykomenderowany przez departament medyczny na lat 2 dla dalszego kształcenia się w Akademii medyko-chirurgicznej. Tu poświęcił się badaniu chorób nerwowych i umysłowych w klinice prof. Mierzejewskiego. Podczas wojny tureckiej był czynny na bułgarskim placu boju. W r. 1880 uzyskał stopień doktora medycyny i zaraz objął obowiązki ordynatora w klinice prof. Mierzejewskiego i w tymże roku mianowany został stałym ordynatorem w domu obłąkanych, założonym przez ówczesnego następcę tronu. Od r. 1882 był docentem w petersburgskiej Akademii lekarskiej.

Zmarły zostawił znaczną i poważną spuściznę literacką, mianowicie, obok większych rozmiarów podręcznika psychiatryi „Wykłady kliniczne o chorobach umysłowych“, ogłosił mniejszych lub większych rozpraw: 12 w „Gazecie lekarskiej“, 4 w „Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego warszawskiego“ i 3 w „Medycynie.“ Pisał prawie wyłącznie po polsku.

Cześć pamięci zasłużonego. *A. K.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 4. grudnia

Otrzymujemy następujący komunikat:

Komitet polski dla XIV międzynarodowego Kongresu lekarskiego w Madrycie podaje w dalszym ciągu do wiadomości publicznej, co następuje:

Termin Kongresu. W następstwie ankiety, przeprowadzonej za pośrednictwem Komitetów narodowych, postanowiono trzymać się terminu pierwotnego, t. j. wiosny, a nie jak proponowano m. lipca. Kongres odbędzie się więc w czasie od 23 do 30 kwietnia 1903 r.

Uczestnicy. Wobec często przedkładanych nam pytań zaznaczamy powtórnie, że członkami Kongresu mogą być lekarze, dentyści, farmaceuci, weterynarze i wogóle osoby, wykonujące jakąkolwiek z gałęzi nauk lekarskich, a także osoby, nie należące do stanu lekarskiego, ale posiadające jaki tytuł zawodowy, lub naukowy, wreszcie reprezentanci prasy. Zgłaszający się na uczestnika Kongresu winien oznaczyć sekcyę, w której, — lub w których uczestniczyć pragnie. W tym ostatnim razie wymienić ma główną, bo tylko z tej głównej sekcyi otrzymać może bezpłatne sprawozdanie (*compte rendu*), z innych zaś tylko o tyle, o ile w nich wygłosił przyjęte do sprawozdania odczyty.

Sekcye. Sekcyj będzie 16, a mianowicie:

1. Anatomia. 2. Fizyologia, fizyka i chemia biologiczna. 3. Patologia ogólna, anatomia patologiczna i bakteryologia. 4. Terapia i farmacya. 5. Patologia wewnętrzna. 6. Neurologia, psychiatrya i antropologia kryminalna. 7. Pedyatrya. 8. Dermatologia i syfilografia. 9. Chirurgia ogólna. 10. Okulistyka. 11. Oto-rino-laryngologia. 12. Odotologia i stomatologia. 13. Położnictwo i ginekologia. 14. Medycyna i higiena wojskowa oraz marynarska. 15. Higiena, epidemiologia i technika sanitarno-lekarska. 16. Medycyna sądowa i toksykologia.

Językami urzędowymi Kongresu madryckiego mają być: język francuski, angielski i niemiecki, jak to z reguły dla międzynarodowych kongresów postanowiono; a nadto język hiszpański, włoski, a dowiadujemy się, że i Rosya dla siebie uznania języka rosyjskiego domaga się. Będziemy więc mieli stosunki, przypominające nam wieżę Babel.

Zgłoszenia uczestnictwa, referatów i odczytów. Komitet polski pośredniczy w przyjmowaniu zgłoszeń, odczytów (o ile możności przed 1 stycznia 1903 r.) i w zbieraniu wpisowego, wynoszącego 30 pezetów, czyli mniejwięcej 25 franków = 24 koron = 20 marek, lub = 10 rubli. Pieniądze przesyłać należy na ręce skarbnika Komitetu polskiego, prof. Dra Władysława Reissa (Kraków, ul. Basztowa L. 25). Zgłoszenia odczytów i referatów przyjmuje prezes Komitetu (Wolska, 11). Formularzy do zgłoszeń uczestnictwa, formularzy do zamawiania albumu (patrz niżej), tymczasowych programów Kongresu w języku francuskim udziela na żądanie sekretarz Komitetu, p. Dr. Buzdygan (Kraków, ulica Wiślna 8).

Dotychczas zgłosili przez Komitet polski następujący panowie odczyty, względnie referaty: Dr. Pręgowski z Heidelbergu jeden, Dr. Reichman i Dr. Kucharzewski z Warszawy i prof. Wicherkiewicz z Krakowa — po dwa.

Uprasza się kolegów o podawanie dokładnych adresów, a przy zapisywaniu się na członka trzeba przesłać kartę wizytową dla jeneralnego sekretaryatu, który odebrawszy od naszego skarbnika uzbierane kwoty wpisowe, prześle już wprost przyszłym członkom Kongresu, wedle ich własnych adresów, karty uczestnictwa. Z tego to powodu podawanie dokładnych adresów jest niezbędne dla uniknięcia późniejszych reklamacyj. Panie, towarzyszące członkom Kongresu, otrzymają karty udziałowe w cenie 12 pezetów od osoby, uprawniające do korzystania z uroczystości kongresowych, a także do zniżek, przyznanych członkom na kolejach i statkach.

Album pamiątkowe artystyczne. Wspomnieliśmy już swego czasu, iż Komitet wykonawczy przygotowuje wspaniałe album, mające pomieścić reprodukcye fotografij najwybitniejszych członków Kongresu. Komitet ten rozesłał, porozumiawszy się z komitetami narodowymi, prośbę do najwybitniejszych osobistości świata lekarskiego o przysłanie w tym celu fotografii formatu gabinetowego. Chcąc odpowiedzieć przy tej sposobności na często jeszcze powtarzające się zapytywania, nadmieniamy, że tylko osoby zaproszone do tego przez Komitet wykonawczy będą mogły w albumie figurować, i to jeżeli zapisały się na członków Kongresu, a przesyłając fotografię dołączyły zarazem 35 franków na ręce jeneralnego sekretarza (Excmo Sr. Dr. Angel Fernandez-Caro, Madrid. Facultad de Medicina), jako pierwszą ratę ceny albumu, która dopiero później będzie unormowaną, ale nie przekroczy 65 franków. Drugą, dopełniającą ratę, złoży się przy odbiorze albumu w Madrycie. Osoby, któreby nie odebrały albumu w przeciągu dwóch miesięcy po zamknięciu Kongresu, tracą prawo do wpłaconej raty pierwszej.

Delegaci. Pożądaną byłoby rzeczą, aby korporacye naukowe już dziś wybrały swoich delegatów na Kongres, a to w tym celu, aby jeneralny sekretaryat mógł dowiedzieć się o ich nazwiskach i wczas przesłać im zaproszenie do przesłania fotografii dla albumu pamiątkowego.

Ułatwienia podróży. Pod względem zniżek cen przejazdu, to Francya, Hiszpania, Włochy przyznały po 50%; Kompania transatlantycka 33% zniżki za okazaniem karty uczestnictwa; natomiast Austrya, Niemcy i Rosya, odmówiły zniżki wogóle, a Szwajcarya nie udzieliła jeszcze odpowiedzi Komitetowi wykonawczemu.

Pomieszkania zamawiać już można teraz (w Bureau des logements, faculté de Médecine, Madrid) i to wedle formularzy, których Komitet nasz dostarcza. Ceny oznaczono, jak następuje: W hotelach od 15—50 pezetów, czyli 15—40 franków; w domach prywatnych 10—30 pezetów, czyli 9—25 franków za pokój, trzykrotne posiłki dziennie od osoby. Ceną objętą jest należytość za przewiezienie gościa z bagażem do domu i z powrotem na kolej.

Wycieczki. Planu wycieczek organizowanych Komitet centralny dotychczas nie ogłosił, a niezawodnie i nie ogłosi, natomiast polecił zająć się tą sprawą firmie „Bureau Central des Voyages Pratiques à Paris 9, rue de Rome“ (Gare St. Lazare), które, jak to ogłasza w piśmie do nas wystosowanem, dyrektor tegoż biura, p. Junot, udziela chętnie bezpłatnie wszelkich wskazówek, tak co do sposobu udawania się do Hiszpanii, jakoteż co do podróżowania po Hiszpanii, wskazuje nadto stosowne hotele, organizuje wspólne podróże do głównych miast Hiszpanii i to dla pojedynczych grup, stosownie do życzeń komitetów narodowych. Odnośne grupy narodowe mogą mieć tłómacza i przewodnika. Skoroby koledzy objawili Komitetowi naszemu życzenia co do wspólnych wycieczek po Hiszpanii, to Komitet, o ileby życzenia te dały się ująć w jeden wspólny odpowiedni plan, chętnie później porozumiałby się z „biurem praktycznych podróży“.

Skład Komitetu polskiego o tyle doznał zmiany, iż ś. p. Dr. Florkiewicz złożył z przyczyn podupadłego zdrowia już w czerwcu urząd wiceprezesa; w jego miejsce wybrano wiceprezesem profesora Kryńskiego w Warszawie.

Prof. Dr. Bol. Wicherkiewicz, prezes Komitetu polskiego.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 'dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem wybrano na członka honorowego kol. prof. Dr. **Henryka Jordana**. Po przedstawieniu chorych i okazów

przez kol. Doc. Bossowskiego, odbyły się odczyty: kol. Doc. Bochenka: »Nowe pojęcia o znaczeniu przysadki mózgowej i kol. Dr. Godlewskiego: »Nowsze badania nad regeneracyą«.

* Doc. Dr. Jan Raczyński mianowany został profesorem nadzwyczajnym pedyatryi w Uniwersytecie Jagiellońskim.

* Wydział lekarski Uniw. Jag. mianował I-szym asystentem w Klinice chorób wewnętrznych Dr. Stanisława B. Kwiatkowskiego, II gim Dr. Józefa Latkowskiego, III-cim Dr. Kazimierza Flisa.

* Już po ogłoszeniu swojej rozprawy: »Czy istnieje fizyologiczne zwolnienie tętna w połogu«, spostrzegł Dr. St. Lewicki, że w przeglądzie piśmiennictwa pominął pracę Dra H. Święcickiego, który jeszcze w r. 1884 ogłosił artykuł o tym samym przedmiocie. W liście do redakcyi uzupełnia Dr. Lewicki swoją rozprawę niniejszą notatką.

* Dr. Serkowski ogłasza w warszawskich czasopismach lekarskich, że d. 10 stycznia 1903 r. otwartą zostanie w Łodzi Wystawa higieniczno-spożywcza, z której dochód ma być przeznaczony dla Pogotowia Ratunkowego.

* »Boln. Gazeta Botkina« (N. 45) donosi, że posady asystentów klinicznych w Uniwersytetach rosyjskich nadawane odtąd będą tylko doktorom medycyny.

* Między 19 a 25 listopada doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), horodeńskim (2 gm.), jaworowskim (1 gm.), kamioneckim (1 gm.), nadworniańskim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XLVI (9—15—XI). Ludność średnia roczna wynosi 94057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 29, urodziło się dzieci 59, zmarło osób 52, mianowicie: z gruźlicy 4 (1 zam.), z zapalenia płuc 8, z błonicy 4 (4 zam.), z płonicy 6 (4 zam.), z duru brzusznego 2 (1 zam.), z cholery dziecięcej 3 (1 zam.).

Mianowania i odznaczenia. Mianowani: Doc. Vulpius (chirurgia ortopedyczna) i Doc. Schmidt (chirurgia) profesorami w Heidelbergu. Doc. Hertel (okulistyka) — profesorem nadzwyczajnym w Jenie. Dr. Cibert profesorem kliniki ginekologicznej w Grenoble. Tytuł profesorów nadzw. otrzymali w Wiedniu docenci: Bing, Klein, Fernwald i Schleisinger.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Rafał Witkowski, l. 39, w Warszawie. Dr. Mehnert — prof. anatomii w Halli. Dr. Paci — prof. chirurgii w Pizie. Dr. Bidder, b. prof. ginekologii w Petersburgu, licząc lat 63.

Bibliografia:

— *Czasopismo lekarskie* Nr. 11. A. Sokołowski: Leczenie ostrego włóknikowego zapalenia płuc. Dunin: Parę uwag w sprawie praktykowania wśród ludu wiejskiego. Borowski: Improwizowanie przyrządów do przewożenia chorych na wsi (dok.).

— *Medycyna* Nr. 48. Biro: Porażenie mięśnia zębatego przedniego wielkiego, istotne i wrzekome (c. d.). Bregman: Spostrzeżenia kliniczne z syringomyelii (c. d.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 48. Goździcki: O wytrzymałości i wskaźniku wytrzymałości czerwonych krążków krwi u chorych na gruźlicę. Dembiński: O odporności. I. Aleksyna i substancya uczulająca. Brudziński: Najnowsze teorye krzywicy i najnowsze próby jej leczenia. (dok.).

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 10. Jesensky: O profilaktyce próchnicy zębów.

— *Kronika lekarska* Nr. 22. St. Orłowski: O hipnotyzmie leczniczym. Giedgowd: O odczynie dwuazotowym. Bornstein: Rozpoznanie różniczkowe neurastenii i pierwszych okresów bezwładu postępującego (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 48. Honl: Bakteriologická diagnosa tuberkulosy. (c. d.). Kutvirt: O nádorech mandlí. Haškovec: O tlaku krewním vůbec a v neurose traumatické zvlášť. (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 94. Dobove: Rzekoma niedrożność przewodu pokarmowego na tle nerwowem.

— Nr. 95. Lavarenne: Nowa Akademia lekarska. Labbé: Zadanie gruczołów trawiennych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 47. Herxheimer: O glicerynianach. Albu: Dalszy przyczynek do nauki o gniciu w jelitach. Pappenheim: Co wiemy o barwieniu ziarnek chromatyny jednokomórkowych. Mitulescu: Przyczynek do badań przemiany materyi w gruźlicy przewlekłej. (dok.). Hamburger: O uprawnieniu i konieczności przerwania ciąży u kobiet gruźliczych w klasie roboczej (dok.). Levinson: Przyczynek do wiedzy o atonicznem rozszerzeniu przełyku (dokończenie).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 47. Arnold: Fagocytoza, synteza i inne sprawy śródkomórkowe. Hegar: Operowanie włókniakomięśniaków macicy. Landerer: Operacyjne leczenie gruźlicy płuc. Hoesslin i Gebhardt: O spirometryi. Pal: Wyjaśnienie działania atropiny na jelita, z uwzględnieniem jej zastosowania w niedrożności jelit. Hohlfeld: O gruźliczych suchotach płucnych u osesków. Stark: O działaniu leczniczem bismutozy. Bumke: Paraldehid i skopolamina jako środki nasenne i kojące w chorobach cielesnych i umysłowych. Oswald: Leczenie żelatyną czarnej choroby noworodków. Tiegel: Przyczynek kazuistyczny śmiertelnego krwotoku w żołądku. Schröder: Dwa przypadki ciężkiego ropnego zapalenia ucha środkowego wskutek wąchania tabaki. Bierbaum: Przerost gruczołu krokowego i galwanokaustyczne jego leczenie według metody Bottini-Freudenberg. Bettman: O zastosowaniu kółka kauczukowego dla złagodzenia ucisku miejsca bolącego na nodze. Graeser: Zarząd marynarki a choroby płciowe. Perthes: Doświadczenia z praktyki lekarskiej w Chinach. Roemisch: O wyniku leczenia gruźlicy według metody Goetschego (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 48. Koch: Przenoszenie się gruźlicy bydlęcej na człowieka. Falk: Narkotyzacya chloroformem z domieszką tlenu. Kuckein: Dwa przypadki raka przełyku, przebiegające pod postacią tętniaka aorty. Popielski: Celowość w pracy gruczołów trawiennych. Albu: Dobrotliwy gruczolak żołądka w następstwie wrzodu okrągłego. Bouma: Wczesne rozpoznanie żółtaczki.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 48. Clairmont: Gruźlica gruczołu tarczykowego. Halban: Przyczynek do rozpoznawania przy pomocy cystoskopu. Schwoner: O rozróżnianiu drogą aglutynacyi prątka błonicy prawdziwej od prątka błonicy rzekomej. Swoboda: Rozwiązanie pytania: ospa a ospica (dok.).

Redakcya otrzymała. Sonderegger: Podstawy ochrony zdrowia (Przekład Dr. E. Biernackiego). Szaniawski: Sanitarno-karantinnyja uczreždenija na Persidskom zaliwie. Wobr: 1) Schlamm-Behandlung. Trenčén — Teplitzer Schlamm, seine Wirkung und Anwendungsweise. 2) Léčení vleklých chorob kožních a celkové přijice láznĕmi, zwláštĕ sirnými vřidly.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 10 grudnia, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy,*** posiedzenie nadzwyczajne, na którem 1) kol. prof. Rosner mówić będzie: „O nowych teoryach menstruacyi i implantacyi jajka;“ 2) kol. Dr. Surzycki: „O leczeniu ostrych chorób zakaźnych i o środkach przeciwgorączkowych“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków 13 Grudnia 1902. Nr. 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki dermatologicznej Prof. Reissa w Krakowie.

O włókniakach nerwowych wielokrotnych skóry (*neurofibroma cutis multiplex*). Przyczynek kliniczny i histologiczny.

Podał

Dr. Franc. Krzyształowicz,

docent dermatologii Uniw. Jag.

Dopiero od czasu pracy Recklinghausena (1882) wiemy, że wiele włókniaków (*fibroma molluscum*) jest rzeczywiście pochodzenia nerwowego, chociaż nie wszyscy autorowie godzą się na to, iżby wszystkie nowotwory, znane pod tą nazwą, rozwijały się z otoczek nerwowych. Włókniaki te nerwowego pochodzenia (*neurofibroma*) odróżniamy znowu od nerwiaków rzeczywistych (*neuroma*), w których włókna nerwowe jednego z pni nerwowych biorą czynny udział, podczas gdy w włókniakach pochodzących z nerwów (*neurofibroma*), guz sam składa się wedle dotychczasowych zapatrywań z komórek tkanki łącznej, powstałych z rozrostu osłonek włókien nerwowych.

Badaniem tych nowotworów zajmowali się dotychczas znacznie więcej chirurdzy i anatomowie, niż dermatolodzy; często bowiem chorzy udawali się po poradę na swe cierpienie do chirurgów, — co daje się wytłómaczyć przebiegiem choroby; — anatomowie zaś nieraz znajdowali przypadki tej choroby na stole sekcyjnym, gdy nowotwory spowodowały śmierć, lub też inna choroba wikłająca położyła kres życiu.

Chory, którego miałem sposobność spostrzegać w klinice Prof. Reissa, zgłosił się skutkiem rzeżączki; — bliższe dopiero badanie skóry wykazało zmiany, które poniżej opisuję, a które nie sprawiały choremu żadnych dolegliwości. Zgłoszenie się zatem chorego do kliniki w początkach choroby dało nam sposobność badania zmian mało jeszcze rozwiniętych.

Zygmunt S., muzyk, liczący lat 23, nie miał nigdy chorować. Rodzice pomarli w późnym wieku (około 70 r. ż.). Zgłasza się dnia 16 lutego 1902 do kliniki dla leczenia rzeżączki podostrej; — o chorobie zaś skórnej, na którą mu zwrócono uwagę, niewiele podać umie. W 9 r. życia spostrzegał już plamy żółte na skórze szyi; od tego czasu miały się one rozszerzać i na tułów, a w 18 r. życia i na kończyny. Guzki w skórze zauważył dopiero w lecie 1901 r., ale co do czasu i sposobu ich powstania nic powiedzieć nie umie; — stwierdza tylko, że nie sprawiały mu ani przedtem, ani teraz żadnych dolegliwości. Obecnie widać na skórze szyi, klatki piersiowej, grzbietu i brzucha liczne plamy barwy jasno-brunatnej, dochodzące od wielkości prosa do wielkości halerza, rozsiane nieregularnie, a gęsto obok siebie — w mniejszej ilości znajdują się także na ramionach i przedramionach, jakoteż na udach. Wielkością swą (3 ctm długie) odznaczają się plamy na pośladkach. Wszystkie zaś nie wystają ponad powierzchnię skóry i nie łuszczą się.

Wśród tych plam widzi się tu i owdzie w skąpej ilości inne zmiany: jedne w postaci sinawo-czerwonych plam, wielkości małej soczewicy, — inne w postaci guzków tejsamej barwy i tejsamej wielkości. Na zewnętrznej stronie uda lewego istnieją trzy takie guzki, dochodzące do wielkości grochu, — wszystkie zbitości bardzo miękkiej. Przy dotyku tak plam, jak i guzków ma się uczucie, jakby ta część skóry wypełniona była tkanką znacznie miększą, niż tkanka otaczająca. Powyżej zaś na pośladku lewym znajduje się guz wielkości orzecha laskowego, wypuklający skórę i z nią przesuwalny, zbitości miękkiej, ciastowatej, dający się z łatwością wtłoczyć w głąb skóry tak, że ma się uczucie usuwania się płynu, który po odjęciu palca na nowo napełnia uciśniętą przestrzeń. Barwa skóry pokrywającej ten guz, nie różni się prawie zupełnie od otaczającej.

Rozpoznano: *Neurofibroma cutis multiplex.*

Taki był stan chorobowy skóry w chwili zgłoszenia się chorego o przyjęcie do kliniki; stan ten mimo kilkomiesięcznego spostrzegania prawie zupełnie się nie zmienił; nie można było bowiem zauważyć zwiększenia się guzków, ani ilościowego, ani co do ich rozmiarów.

Chcąc nakreślić dokładniejszy obraz kliniczny, niż podają podręczniki dermatologii, trzeba przejrzeć dotąd ogłoszone przypadki tego rodzaju włókniaków (*neurofibromatosis*).

Na mocy danych, dotąd znanych z piśmiennictwa, stwierdzić można przedewszystkiem, że ten rodzaj włókniaków występuje w pierwszych latach życia; — w niektórych przypadkach wykazano, że były wrodzone, w innych sprawdzano nawet ważny szczegół dziedziczności, gdyż podano podobne objawy u kilku nawet członków tejsamej rodziny, w linii wstępującej, lub zstępującej. Wyraźnie za wrodzonem cierpieniem oświadczają się: Modrzejewski, Köbner, Payne, Bourgnet i Legrain, Girard, Feindel i Oppenheim, Merken, Danlos, Rolleston i Mognihan; — wielu autorów stwierdza, że nowotwory wystąpiły w pierwszych latach życia, chociaż spostrzegali je nawet w wieku późniejszym. Największa liczba przypadków spostrzeganych klinicznie przypada na wiek młody, — między 20 a 30 r. życia. O dziedziczności, a zatem o podobnych objawach u rodziców lub rodzeństwa, wspominają: Heydweiler, Loewenstein, Königsdorf (u matki i trzech sióstr), Philippson, Collet . Lacroix, Picqué i Merken. Większość zatem autorów, którzy spostrzegali przypadki tego cierpienia za życia (istnieje bowiem dużo prac z zakresu anatomii), uważa włókniaki nerwowe za wrodzone, a nierzadko i dziedziczne.

W naszym przypadku nie mogłem wykazać dziedziczności ze strony rodziców, lub też podobnego cierpienia u któregoś z rodzeństwa; — stwierdzić jednak zdołałem, że sprawa rozpoczęła się we wczesnym wieku, bo, o ile chory sobie przypomina, plamy barwikowe były wyraźnie rozwinięte już w roku 9-tym życia; — o istnieniu zaś innych plam i guzków, na które zwróciłem mu uwagę, bardzo mało mógł

powiedzieć, a tem samem nie mógł i czasu ich powstania oznaczyć.

Same nowotwory przedstawiają się klinicznie nader rozmaicie, tak pod względem postaciowym, jak i ilościowym. Najczęściej znajdowano dużą liczbę guzów, rzadko tylko po kilka lub kilkanaście, a czasami liczba ta była nadzwyczajna (Modrzejewski, Hasselbeck, Bourguet i Legrain podają około 3000). Nowotwory rozrzucone bywają na całej powierzchni skóry, w największej jednak liczbie na tułowiu, a mniej na kończynach. Postaciowo zaś przedstawiają wielką rozmaitość, szczególnie co do wielkości. Podczas gdy jedne okazują się w postaci plam wielkości soczewicy, inne wzrastają do wielkości orzecha laskowego, (jak w naszym przypadku), a nierzadko mają rozmiary głowy ludzkiej, jak to w przypadkach niektórych autorów opisano. Desquin n. p. opisuje guz, ważący 17 klgr. Przytem jedne nie wystają ponad powierzchnię skóry, inne tworzą guzki dość płaskie, lub też twory osadzone na szypułach.

Barwa guzków lub plam jest zazwyczaj sinawo- lub żółtawo-czerwona; większe mają zabarwienie skóry prawidłowej, a czasami widać na szczycie większych guzków zaskórnik *(comedo)*, co w naszym przypadku spostrzegałem na guzie miękkim pośladka, a wspomina o podobnych także Rille i Monat.

Już barwa nowotworu, szczególnie postaci plamistej, wskazuje po części na siedzibę jego w skórze; przy dotyku zaś wyczuć można, że leżą one w głębi skóry, jak gdyby pod skórą właściwą, z którą dają się przesuwać. Niektórzy autorowie wspominają przy opisie swych przypadków o guzach, leżących wyraźnie na większych pniach nerwowych, czego w naszym przypadku wykazać nie mogłem, dlatego w tej sprawie głosu nie zabieram. Wszystkie guzki i początkowe plamy, które spostrzegałem w powyższym przypadku, dały się wymacać w skórze, jako twory nader miękkie, przesuwalne wraz ze skórą i jak gdyby otoczone dość ściśle tkanką zbitości prawidłowej. Zbitość guzków, szczególnie największego, była tak miękką, że przy dotyku miało się wrażenie, jak gdyby palec wpadał w głąb skóry bez żadnej przeszkody, a w guzku na pośladku wykazać było można nawet pozorne chełbotanie. W znanych dotąd przypadkach w piśmiennictwie wielu autorów wskazuje także na tę szczególną miękkość nowotworów: Hallopeau porównywa je z naczyniakami; w przypadku Sherwella guz robił wrażenie torbielaka; Philippson i Taylor opisują, że przy dotyku tych tworów palec wpada jakby w otwór w skórze; Jaqueau stawia je co do zbitości na granicy między tłuszczakiem a odmą skóry; Monat porównywa z miękkością tłuszczaka, a Heidingsfeld uważa miękką zbitość za cechę. odróżniającą tę postać włókniaków pochodzenia nerwowego od włókniaków zwyczajnych. W przypadku Danlosa wszystkie nowotwory były miękkie, szczególnie jednak jeden większy (wielkości orzecha laskowego) na pośladku, — zupełnie podobnie zatem, jak w przypadku naszym.

Zaznaczyć trzeba zarazem, że guzki opisane w naszym przypadku nietylko nie sprawiały choremu żadnych dolegliwości, nietylko nie były bolesne przy dotyku, ale nawet czucie skóry na guzie największym zdawało się być nieco upośledzone. O bolesności tworów wspomnieli tylko ci autorowie, którzy spostrzegali za życia guzy wyraźnie złączone z pniami nerwowymi, a u Duhringa i Bronsona tylko spotkałem wzmiankę o bólach napadowych, pojawiających się od czasu do czasu. W naszym przypadku, jak wspomniałem, nie było tworów złączonych z pniami nerwowymi, nie spostrzegałem zatem objawów przeczulicy bolesnej.

Tak przedstawiają się pojedyncze plamy, guzki lub większe guzy; — jak wspomniałem, — liczba ich, ułożenie na powierzchni skóry ma być różne, bez oznaczonych reguł; a różne kształtem i wielkością, rozsiane w wielkiej liczbie, mogą nadawać potworne nawet wejrzenie.

Do ogólnego obrazu chorobowego skóry należą i liczne zazwyczaj plamy barwikowe różnej wielkości, barwy mlecznej kawy. W naszym przypadku plamy te zajmowały bardzo dużą przestrzeń skóry, bo od górnej części szyi aż do ud, gdzie były, jak i na kończynach górnych, mniej liczne. Z przypadków ogłoszonych w znacznej większości znaleziono je również, a również większość autorów uważa je za należące ściśle do obrazu klinicznego tego cierpienia.

Obok tego chcę zwrócić uwagę na to, że znalazłem w moim przypadku także parę drobnych brodawczaków miękkich *(naevus mollis)*, jakoteż drobne bardzo naczyniaki w skórze *(angioma)*, — o istnieniu których w swoich przypadkach piszą: Köbner, Pomorski, Heller i inni, a Girard nawet stwierdza, że włókniaki nerwowe nie występują nigdy same, a zazwyczaj obok jakiejś zmiany w skórze, polegającej na wadzie rozwojowej. Ten ostatni autor zaś, jak i Garré, Thomson, Oriot, Rolleston wskazują na względną częstość występowania mięsaków w takich guzach włókniakowych.

W przytoczonych w piśmiennictwie przypadkach włókniaków tego rodzaju spotyka się w wielu, spostrzeganych za życia, pewne zboczenia ogólne, które autorowie łączą mniej lub więcej ściśle z właściwymi objawami chorobowymi w skórze i czynią te ostatnie w pewnych przypadkach zależnymi od pierwszych. Najczęściej czyta się o neurastenii i upośledzonej inteligencyi, które to zboczenia przeważnie uważają autorowie za należące do obrazu chorobowego. Inni wspominają o zboczeniach w rozwoju kośćca: Bennati wskazuje na niemiarowość czaszki, Andry i Haushalter na skrzywienie kręgosłupa, a u chorego ostatniego autora istniała prócz tego padaczka i porażenie kończyn dolnych. W przypadku Paynea, u całkiem umysłowo prawidłowego chorego wystąpiło porażenie nerwów ruchowych. W naszym przypadku zaś obok wątłej budowy i miernego odżywienia, mogłem wykazać tylko dość znaczny stopień neurastenii; nie było żadnych jednak zboczeń, świadczących o zmianach w ośrodkach nerwowych, lub nerwach obwodowych. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Wlewanie podskórne *(hypodermoclysis)* w terapii.

Podał
Dr. Dziembowski
z Poznania.

Jest to może poniekąd smutny objaw, że środki lecznicze, bardzo nawet skuteczne, często bywają zaniedbane przez lekarzy, jeżeli ich zastosowanie napotyka na trudności techniczne. Dlatego zapewne tak względnie rzadko bywają stosowane wlewania podskórne fizyologicznego roztworu soli kuchennej pomimo, że zbawienne ich działanie zostało stwier-

dzone przez wielokrotne doświadczenia. Ten nihilizm tłómaczy się może i tą okolicznością, że publikacye o tym rękoczynie bardzo są rozrzucone i tem samem mniej są dostępne. Powiedziałbym nawet, że oprócz rozlicznych sprawozdań o zbawiennem działaniu wlewań podskórnych w cholerze azyatyckiej i w przypadkach groźnych krwotoków, mało mamy publikacyi o tym zabiegu w innych chorobach. Tymczasem wlewanie podskórne jest metodą leczniczą, która zasługuje niezaprzeczenie na większe zainteresowanie ogółu lekarzy, gdyż działa równie skutecznie w innych chorobach, które nawet częściej zachodzą w praktyce, aniżeli cholera azyatycka lub zagrażający życiu krwotok.

Chcąc się bliżej zapoznać z tą metodą, należy się cofnąć wstecz i rozejrzeć się w dziejach jej rozwoju, a jednocześnie zapoznać się z fizyologicznem działaniem tego zabiegu na ustrój ludzki.

Już w roku 1831 i 1832 DrDr. Th. Latta i Mc. Kintosh leczyli cholerę azyatycką z dobrym skutkiem zastrzykiwaniem fizyologicznego rozczynu soli kuchennej do naczyń krwionośnych. Cantani, który w roku 1865 znów zalecił ten sposób leczenia cholery azyatyckiej, nie jest przeto ojcem, jak to mniemano, tej metody. Tymczasem publikacye tych autorów przebrzmiały, gdyż nie było materyału, żeby sprawę tę dalej badać. Wlewania podskórne atoli, względnie wstrzykiwania rozczynu fizyologicznego soli kuchennej do żył, nie poszły w zapomnienie.

Zabieg ten jednakowoż wziął swój rzeczywisty początek nie od leczenia cholery. Z chwilą bowiem, gdy autorowie, jak Worm-Müller, Leser, Goltz, Landois, Cohnheim i inni wykazali, że przetoczenie (tranfuzya) obcej krwi jest dla człowieka niebezpieczne i że nie daje odpowiednich wyników, zaczęto szukać innych płynów, któreby mogły zastąpić krew zwierząt. Przytem badania, wykonywane na zwierzętach, które nadmierne ilości krwi utraciły, wykazały, że powodem śmierci wskutek znacznej utraty krwi nie jest, jak dawniej sądzono, brak krwinek czerwonych i tlenu, lecz zaburzenia natury mechanicznej, wywołane niedostatecznem napełnieniem naczyń krwionośnych, a w szczególności prawego serca. Opierając się na tych doświadczeniach zaczęli autorowie, jak Goltz, Kronecker, Sander i Cohnheim robić próby z wstrzykiwaniem rozczynu fizyologicznego soli kuchennej zwierzętom, które straciły bardzo wiele krwi. Cohnheim przytem był pierwszy, który dowiódł, że rękoczyn taki może rzeczywiście uratować życie zwierzęcia, które wskutek nadmiernej utraty krwi z wszelką pewnością zginąćby musiało bez tego zabiegu.

Ośmielony tymi wynikami Schwarz w r. 1881, a po nim wkrótce Bischoff wykonali pierwsze wstrzyknięcie fizyologicznego rozczynu do żyły u człowieka, zamiast przetoczenia krwi i obydwaj uratowali swych chorych. Dowiedli tym sposobem od razu, że zabieg ten u ludzi nietylko stosować można, ale że jest skuteczny i zastępuje zupełnie przetoczenie krwi. Późniejsi autorowie, jak Maydl (1884), Schramm (1885) i Feys (1894) wykazali ostatecznie, że zabieg ten jest prawie zawsze skuteczny, że przewyższa pod każdym względem przetoczenie krwi, a dla chorego nie przedstawia najmniejszego niebezpieczeństwa.

Rękoczyn ten stosowano odtąd prawie powszechnie, najczęściej w zakładach leczniczych, a opis przypadków, w których używano go z dobrym skutkiem, wzrósł do wielkich rozmiarów.

Powstała tylko z czasem jeszcze różnica zdań, czy wstrzykiwać rozczyn soli kuchennej do żyły, czy też według rad Cantaniego 1), Samuela 2), a później Michaela 3), podskórnie. Cantani zalecał wlewanie podskórne dlatego, że uważał je za mniej niebezpieczne, niż do żyły, że przy podskórnem użyciu rozczyn soli wolniej się dostaje do krwi i stopniowo ją rozrzedza, przez co działanie staje się trwalsze, wreszcie, że wlewanie podskórne jest rękoczynem łatwiejszym. Sprawę tę rozstrzygnęła ostatecznie epidemia cholery azyatyckiej w Hamburgu. W czasie bowiem tej epidemii Dr. Hager na oddziale Dr. Jolasse stosował systematycznie u swych chorych wlewanie podskórne i wykazał nietylko statystycznie, ale i przez porównanie poszczególnych przypadków, że wlewanie podskórne działa równie skutecznie i szybko, jak wstrzykiwanie do żyły. Skutkiem tych korzystnych wyników w leczeniu cholery używano wlewań podskórnych zamiast wstrzykiwań do żył w przypadkach znacznej utraty krwi i przekonano się, że i tu równie szybko i skutecznie działa. To spowodowało ogół lekarzy, że dziś w rzadkich tylko przypadkach i to zapewne tylko w szpitalach stosowane bywa wstrzykiwanie rozczynu soli do żył, a zresztą wszyscy posługują się wlewaniem podskórnem. Lewatywy z rozczynu fizyologicznego soli kuchennej zupełnie prawie zarzucono. Nie brak wprawdzie autorów, jak Eltz 4) i Warman 5), którzy rękoczyn ten zalecają i starają się dowieść teoretycznie jego uprawnienia. Jeżeli jednak się zważy, że zabieg ten nie jest wcale łatwiejszy, niż wlewanie podskórne, a przytem niepewny, gdyż nie wiemy, czy chory lewatywę w sobie zatrzyma, to wobec tego nie wolno nam go zalecać. Moglibyśmy się do niej uciec tylko wtedy, jeżeli przypadek jest bardzo nagły, a narzędzi potrzebnych przy sobie nie mamy.

Nierównie szybki, jak w silnych krwotokach, był rozwój wlewań podskórnych w cholerze azyatyckiej. Jak wiemy, już w roku 1831 zalecono wstrzykiwanie rozczynu fizyologicznego w cholerze. Atoli dopiero epidemia cholery w roku 1884, w czasie której używali tej metody Cantani, Keppler i inni lekarze włoscy, oraz późniejsza epidemia w Hamburgu, w której wydoskonalili ten zabieg Sick, Hager i Rumpf wykazały, że wlewanie podskórne jest jedynym skutecznym środkiem w tak zwanym okresie skostnienia *(stadium algidum)* w cholerze azyatyckiej.

Przyjrzyjmy się z kolei działaniu fizyologicznemu wlewań podskórnych na ustrój ludzki. Jak to już wiemy, wlewanie to powoduje w pierwszym rzędzie obfitsze napełnienie żył i serca, a przez to silniejszą czynność serca i żywsze krążenie krwi. Wskutek tego powraca tętno u chorego, który z powodu utraty krwi, leży w zapadzie; twarz blada nabiera znów barwy, chory budzi się z uśpienia, siły jego wracają, jednem słowem zapad mija. Oprócz tego w dalszym ciągu wzmaga się ciśnienie krwi, zwiększa się wydzielanie moczu (Magnus) i budzi się żywsza czynność wszelkich gruczołów ustroju. W równej mierze z tym całym, że się tak wyrażę, procesem ożywczym, powiększa się energia przemiany materyi w tkankach, a przytem wydzielanie się trucizn i jadów, które się albo dostały do ustroju z zewnątrz, lub w nim samym się wytworzyły. Drago z Ca-

tanii 6) zauważył nawet po wlewaniu podskórnem bardzo szybko rozwijającą się nadmierną leukocytozę.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę to różnorodne działanie wlewań podskórnych na ustrój ludzki, to rozróżnimy działanie dwojakie: wlewanie podskórne działa ożywczo, wzmacniająco i usuwa zapad, a powtóre przepłókuje niejako, jak się wyraził Sahli, 7) ustrój ludzki.

Nie można się przeto dziwić, że na podstawie tych danych zaczęto stosować wlewanie podskórne nietylko w krwotokach i w cholerze, ale także i w chorobach, których leczenie wymaga właśnie tego działania na ustrój, które wywołuje wlewanie. Mam na myśli szczególnie zatrucia wszelkiego rodzaju. Jednakowoż skutek dobry z wlewania podskórnego w zatruciach może tylko wtedy nastąpić, jeżeli trucizna nie działa wprost i gwałtownie na serce, i tylko w tych przypadkach, w których wydzielanie moczu nie jest zupełnie wstrzymane.

Nie mam zamiaru, ani też miejsce po temu, żeby szczegółowo wyliczać te wszystkie zatrucia, w których wlewanie podskórne jest wskazane. Odsyłam raczej czytelnika do dzieł specyalnych na tem polu. Pragnę jednakowoż w kilku słowach skreślić obecny stan nauki o wlewaniach podskórnych w poszczególnych grupach zatruć. Zaleca się więc ten zabieg w przypadkach zatrucia strychniną, atropiną i jodoformem 8). Autor 9) niniejszej rozprawy stosował pierwszy tę metodę przed kilku laty z dobrym skutkiem w 4 przypadkach zatrucia zgniłą szynką *(zootrophotoxismus tropeïnicus)*, które występuje wśród objawów takich samych, jak zatrucie atropiną. Chorym można przytem podawać pilokarpinę, jak to robił autor, jednakowoż nie podskórnie, z obawy przed osłabieniem ośrodków.

Dalej zaleca się stosowanie wlewań podskórnych w zapadzie, towarzyszącym zatruciu arszenikiem, jadowitymi grzybami i olejem krotonowym, szczególnie wtedy, gdy zapad u chorych został wywołany gwałtownemi wymiotami i rozwolnieniem. Równie skutecznie działa wlewanie podskórne w zatruciach nitrobenzolem, aniliną, karbolem i naparstnicą 10). W tych przypadkach można uratować chorych, jeżeli rękoczyn zdoła wzmódz wydzielanie moczu.

Zamiast przetoczenia krwi użyjemy z dobrym skutkiem wlewania podskórnego w przypadkach otrucia tlenkiem węgla CO i dwusiarczkiem węgla *(Schwefelkohlenstoffgas)*. Jednakowoż tak, jak dawniej, puścimy choremu krew przed przetoczeniem i przed wlewaniem podskórnem, żeby część trucizny z ustroju usunąć.

Atoli nie tylko w zatruciach, które powstały przez to że trucizna z zewnątrz dostała się do ustroju, ale i w tych przypadkach, w których trucizna w ustroju samym wskutek choroby się wytworzyła, wlewanie działa zbawiennie. Najważniejszym i praktycznie doniosłym przykładem tego jest samozatrucie, które nazywamy mocznicą. Nie wystarcza jednakowoż w mocznicy stosowanie samego tylko wlewania podskórnego. Przeciwnie, tak jak dawniej trzeba najpierw choremu puścić krew, żeby część trucizny wydzielić, z ustroju, a dopiero potem zrobić wlewanie, które przez pobudzenie wydzielania moczu i przez działanie potne ostatecznie usunie resztę trucizny z ustroju. O ile sposób ten leczenia jest odpowiedni w tak zwanej żółcicy *(cholaemia)* powiedzieć nie umiem, gdyż przypadki takie bardzo są rzadkie. W każdym razie jednak sądzę, że sprawa działania tej metody w tych przypadkach jest bardzo problematyczna. Zmiany bowiem anatomiczne, które powodują skażenie krwi składnikami żółci, są zazwyczaj tak poważne, że choćbyśmy nawet usunęli ich skutek przez wlewanie podskórne, to nie zdołamy pomimo tego usunąć choroby samej, ani też uratować chorego przed śmiercią.

Oprócz tych różnorodnych zatruć, w których stosujemy wlewanie podskórne, pozostaje nam jeszcze do omówienia cały szereg chorób, w których zabieg ten leczniczy wielką odgrywa rolę. Mam na myśli pewne choroby brzuszne. Jak to ogólnie wiadomo, rękoczyn ten jest wskazany przedewszystkiem w dwóch chorobach, które przypominają cholerę azyatycką, to jest w cholerynie niemowląt i w cholerynie osób dorosłych. Działanie i uzasadnienie wlewania podskórnego w cholerynie niemowląt jest bardzo jasne. W tej chorobie przyjąć bowiem można jako pewnik, że dzieci tracą wskutek ubytku płynów i soków $^1/_{10}$—$^1/_5$ swej wagi. Nic więc naturalniejszego, jak stosować u nich wlewanie podskórne. Skutek też bywa w tych przypadkach na razie wyśmienity. Mówię „na razie“, bo leczenie tej choroby nie ogranicza się do stosowania wlewań, a wyleczenie ostateczne jest zależne od bardzo wielu czynników. Daje nam atoli ten rękoczyn możność usunięcia zapadu, pobudzenia na nowo krążenia krwi i napełnienia naczyń.

Tak samo naturalnie powinniśmy stosować wlewania podskórne i w cholerynie osób dorosłych. W tych przypadkach zabieg ten będzie uwieńczony jeszcze lepszym skutkiem, gdyż choleryna u dorosłych jest chorobą nierównie mniej groźną, niż choleryna u dzieci.

Stosowanie wlewań podskórnych w tych przypadkach wskutek analogii z cholerą azyatycką dosyć jest znane. Mniej za to znane jest stosowanie tego zabiegu w zapaleniu. otrzewnej. Tymczasem środek ten, użyty w odpowiedniej chwili, świetny może dać wynik. Wiadomo bowiem, że zapalenie otrzewnej wywołuje przedewszystkiem zapad, pragnienie i wymioty. Jeżeli przytem zważymy, że nie wolno choremu podawać płynów do picia, że lód podawany niedostatecznie gasi pragnienie i wzmaga ruch robaczkowy kiszek, a środki podniecające, jak eter i kamfora, na zapad mało mają wpływu, to z radością chwycić nam się przyjdzie środka, który objawy te najprędzej i najpewniej usunąć powinien. To też z zadowoleniem patrzeliśmy, jak zbawiennie działa wlewanie podskórne na zapad, wywołany zapaleniem otrzewnej, naprzykład przy przedziurawieniu wyrostka robaczkowego. Gdy się wtedy widzi, jak wszystkie objawy groźne pod wpływem tego rękoczynu zwolna ustępują, to przychodzi się do przekonania, że to rzeczywiście i wyłącznie skutek wlewania podskórnego.

Natomiast inna sprawa, gdy chodzi o rozstrzygnięcie zagadnienia, czy i o ile zabieg ten wpłynie korzystnie na samą chorobę, jako taką. Nie chcielibyśmy tej sprawy na razie ostatecznie rozstrzygać. Wiemy wprawdzie z piśmiennictwa, że nie brak autorów, którzy, jak Leonpacher 11) przypisują wlewaniom działanie wprost leczące w zapaleniu otrzewnej. Ze zdań i uzasadnień tych autorów nie możemy jednakowoż zbyt pewnych wysnuwać wniosków. Na korzyść twierdzenia tych badaczów przytaczam atoli zdanie Fritscha, który, empirycznie wprawdzie, ale opierając się przytem na wielokrotnem doświadczeniu, widział w działaniu potnem, nie podając przytem chorym przez usta żadnego płynu,

najskuteczniejszy środek przeciwko szerzeniu się zapalenia otrzewnej po operacyach ginekologicznych. Stosowanie zatem wlewań podskórnych odpowiadałoby zupełnie żądaniu Fritscha. Przytem nie trzeba zapominać, że wlewania wzmagają czynność wszelkich gruczołów i obfitość moczenia. Przez tę czynność wydziela się wielka ilość jadów i bakteryj i wstrzymuje się rozwój zapalenia.

Pomimo tych rozumowań teorytycznych i nawet całego szeregu korzystnych wyników w praktyce, nie wolno nam się zbyt różowo zapatrywać na tę sprawę. Powinniśmy wprawdzie stosować ten rękoczyn w zapaleniu otrzewnej, ale jeżeli ono jest ogólne, to tylko w celu uśmierzenia dolegliwości i podtrzymania na pewien czas sił chorego. Więcej na razie spodziewać się nie można. Za to w przypadkach miejscowego zapalenia otrzewnej, szczególnie zaś w zapaleniu wyrostka robaczkowego, wlewanie podskórne stosować powinniśmy w nadziei, że nietylko sprawi ulgę choremu, ale pośrednio wpłynie także niepomiernie na cały przebieg choroby.

Pozostaje nam w końcu do omówienia sprawa działania swoistego wlewań podskórnych w chorobach zakaźnych. Wiemy z piśmiennictwa francuzkiego, a głównie angielskiego, że wykonywano zabieg ten z dobrym skutkiem w niektórych chorobach zakaźnych 12). U nas sprawą tą bardzo mało się dotychczas zajmowano. Nie wątpimy oczywiście, że w poszczególnych przypadkach i powikłaniach w chorobach zakaźnych, jak naprzykład po krwotoku, w durze brzusznym, rękoczyn ten stosować można z dobrym skutkiem. Inna rzecz, jeżeli mamy stwierdzić działanie swoiste. Zapatrywania optymistyczne autorów, oparte na wywodach Sahliego o przepłókiwaniu ustroju za pomocą wlewań, wydają się bez wątpienia na pozór bardzo słuszne. Tymczasem próby, które dotychczas robiono, nie wypadły dość pomyślnie. W gnilnem zatruciu krwi *(sepsis)* i w gorączce połogowej, przy których najczęściej dotychczas stosowano wlewania podskórne, nie otrzymano żadnych prawie wyników dodatnich. Możnaby zresztą, choćby nawet skutek był dobry, zawsze jeszcze zrobić zarzut, że choroba i bez tego zabiegu szczęśliwie się mogła zakończyć. Tymczasem nie brak pewnych wskazówek, które przemawiają za stosowaniem systematycznem wlewań podskórnych w chorobach zakaźnych. Jak bowiem wiemy, pozostawia wiele z nich po sobie zapalenie nerek. Jeżeli tacy chorzy używają wiele bardzo płynów nie drażniących, jak mleko i woda w czasie choroby zakaźnej, to spostrzegamy, że zapalenie nerek wtedy rzadziej i stosunkowo mniej silnie występuje, niż u tych, którzy nie mogli lub wzbraniali się przyjmować wiele płynów. Nie dzieje się to z pewnością li tylko przypadkiem, lecz polega bezwątpienia na wzmożeniu wydzielania moczu i potów, z którymi wydzielają się prędzej i łatwiej toksyny; stan rozrzedzenia tych ostatnich przez zwiększoną ilość płynów, które chory przyjmowali, zapobiega podrażnieniu nerek i innych narządów. Jeżeli zaś wiemy, że wlewania podskórne tym właśnie warunkom odpowiadają, przeto dziwić się nie można, że wielu autorów w działaniu ich upatruje działanie swoiste na choroby zakaźne. Tymczasem nie trzeba zapominać, że wiadomości nasze o biologii drobnoustrojów chorobotwórczych bardzo są jeszcze niedostateczne i że to, co o nich wiemy, nie wystarcza, żeby na tej podstawie zalecać wlewanie podskórne jako środek swoisty. Najwięcej uprawnione zdaje nam się być wlewanie w płonicy w celu zapobieżenia tak ważnemu powikłanu, jak zapalenie nerek, szczególnie, że w mocznicy tak skutecznie działa. Dalej stosowalibyśmy wlewanie w zapadzie po krwotoku w durze brzusznym, lub w tak zwanym „status typhosus". We wszystkich innych przypadkach brak nam jeszcze wyników metodycznego stosowania wlewań podskórnych, któreby wykazało, czego się po nich w chorobach zakaźnych spodziewać można.

Piśmiennictwo: 1) Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 36, 1892. 2) Berliner klinische Wochenschrift, 1883. 3) Deutsche medicinische Wochenschrift. Nr. 39 i 45, 1892. 4) Therapeutische Monatshefte, Nr. 9, 1898. 5) Therapeutische Monatshefte Nr. 9, 1893. 6) Medicina moderna, Nr. 15, 1900. 7) Volkmann Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 34. 8) Leonpacher Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie, Tom 6, zeszyt 3 9) Dziembowski: Przyczynek do nauki o zatruciach pokarmami ze świata zwierzęcego (zootrophotoxismus). Nowiny lekarskie. Nr 12, 1898. 10) Ringer i Samsburg: Action of the digitalis group Lancet, grudzień Nr. 49, 1883. 11) Leonpacher: *Loc. cit.* 12) Eberhart: Ueber subcutane 0,9% Kochsalzinfusionen bei Puerperalfieber. Therapeutische Monatshefte. Nr. 7, 1899.

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Radcy Dworu Prof. Dr. Jordana.

Pęknięcie macicy w ciąży.

Podał

Dr. Stanisław Dobrowolski.

Asystent kliniki

(Sprawozdanie przedstawione na posiedzeniu krakowskiego Towarzystwa lekarskiego w dniu 15 października 1902).

(Ciąg dalszy)

Przypadek o tak ciemnej etyologii przydarzył się właśnie w roku bieżącym w krakowskiej klinice Prof. Jordana i dlatego ogłaszam go po pierwsze dla jego rzadkości, po drugie i dla zawiłych przyczyn, które pęknięcie macicy w ciąży tutaj sprowadziły. Spostrzeganie tego przypadku nasuwa mi jeszcze dalsze nieznane czynniki, usposabiające do pęknięcia macicy, które jednakowoż wyników innych badaczy wcale nie kwestyonują.

B. A. l. p. k. 56 (14), l. 35, podaje: rodziła siedem razy, z czego pięć razy na czasie siłami przyrody, dzieci żywe w położeniu podłużnem główkowem; szósty poród na czasie ukończono przed trzema laty wymóżdżeniem, ostatni poród przedwczesny przed 1½ rokiem siłami przyrody w VIII. mies. ciąży. Połóg szósty z rzędu przebiegał z gorączką tak, że dłuższy czas była ciężko chorą, inne zaś połogi były prawidłowe.

Miesiączkowała zawsze prawidłowo, ostatnią regularność odbyła w pierwszej połowie marca 1901 r. Po ustaniu miesiączki czuła, że jest w ciąży, ruchy płodu poczuła we właściwym czasie; do ósmego miesiąca ciąży była zupełnie zdrową, w dwóch ostatnich miesiącach ciąży nie mogła wiele chodzić i pracować, gdyż natychmiast występowały znaczne obrzęki na kończynach, które jednakże przy spokojnem zachowaniu się chorej ustępowały bez jakiegokolwiek leczenia. Kres ciąży według obliczań chorej przypadał po 20 grudnia 1901 r. Przez cały czas trwania ciąży nie odczuwała żadnych dolegliwości w brzuchu, również nigdy z części rodnych nie miała odchodów krwawych.

D. 14 stycznia 1902 r. bez jakiejkolwiek przyczyny, bez wszelkiego urazu, bez odczuwanych bolów porodowych, stojąc przy kuchni, uczuła nagle gwałtowny ból w brzuchu tak, jakby jej coś pękło w kierunku poprzecznym powyżej pępka, poczem zaraz uczuła znaczne osłabienie, a otoczenie spostrzegło, że nagle bardzo zbladła; przytomności przy tem nie utraciła. Wkrótce wystąpiła u chorej znaczna duszność,

uczucie przykrego rozpierania w brzuchu i nudności. Czkawek i wymiotów chora nie miała. Równocześnie z powyższymi objawami ustały ruchy płodu. Wieczorem dnia tego oddała mocz i stolec dobrowolnie. Nazajutrz wezwany lekarz odesłał chorą do kliniki, dokąd po jeździe wozem przez trzy godziny i koleją przez cztery godziny przybyła 15. I. 1902 r o godz. 5·15 m. popołudniu.

Stan obecny w chwili przybycia chorej: Skoro chorą ułożono na łóżku, przedstawiała obraz osoby umierającej; skóra i błony śluzowe trupio blade z odcieniem sinawem, rysy twarzy zaostrzone, tętna na tętnicy sprychowej domacać się nie można, a duszność tak znaczna, że chora tylko może pozostawać w pozycyi siedzącej, przy czem oddechy są bardzo powierzchowne, bardzo częste, charczące. Po 10 minutach spokoju bez zastosowania jakichkolwiek środków, stan ogólny chorej nieco się poprawił; pojawiło się drobne, nikłe, o nizkiej fali tętno na tętnicy sprychowej w liczbie 132; oddechy stały się głębszymi w liczbie 42, ciepłota ciała niżej prawidłowej, 35·8°. Osoba w najwyższym stopniu bezkrwista, wzrostu małego, o budowie krzywiczej, licho odżywiona, wykazuje nieznaczne obrzęki na kończynach dolnych. Tony serca głuche, ale czyste, serce nieco rozszerzone w kierunku poprzecznym; w płucach, o ile badanie dało się przeprowadzić, zmian nie znaleziono. W sutkach znaleziono zmiany odpowiadające ciąży. Mocz odpuszczono cewnikiem w ilości 30 grm., mocz ten jest jasny, czysty, białka nie zawiera.

Brzuch beczułkowato wzdęty, znacznie obwisły, powłoki cienkie, napięte, żyły skórne na powłokach porozszerzane, na skórze liczne stare blizny poporodowe. Brzuch już już przy zupełnie powierzchownem badaniu miernie bolesny; bolesność ta na całej powierzchni jednakowa.

Wypuk jawny bębenkowy daje się stwierdzić tylko w dołku podsercowym; w obu okolicach lędźwiowych i w obu podżebrzach; zresztą nad całym brzuchem wypuk przytłumiony. Przy silniejszem opukiwaniu stwierdzić można, że wypuk po stronie prawej nad pachwiną jest bardziej tępy, aniżeli nad pachwiną lewą.

Przy powierzchownem obmacaniu brzucha wybadać się dał w brzuchu bezpośrednio pod cienkiemi powłokami płód, leżący podłużnie mniej więcej w pośrodku brzucha i to tak, że cały grzbiet płodu, co łatwo stwierdzić można było po widocznych nawet wyrostkach kolczastych kręgów, przylegał nieco na lewo od linii środkowej do przedniej ściany powłok. Linia kręgów, jak obmacaniem stwierdzić było można, przebiegała łukowato od góry i strony lewej, ku dołowi i stronie prawej; ślad linii kręgowej rozpoczynał się na dłoń poniżej łuku żebrowego lewego, a gubił się na trzy palce niżej pępka; prócz tego w podżebrzu lewem wybadano wyraźnie jakieś części drobne. Wysoko nad wchodem czuć było chwilami jakieś ciało duże, którego bliżej określić nie było można z powodu silnego napięcia powłok i bolesności brzucha. W podbrzuszu zresztą nad obu pachwinami stwierdzić można było po obu stronach zwiększoną oporność rozlaną, po lewej zupełnie nie dającą się określić, po prawej zaś odnosiło się wrażenie płaskiej poduszeczki, również jednakze bez wybitnych granic. Mimo całej ścisłości badania wśród danych warunków w pozycyi na pół siedzącej chorej, nigdzie nie można na pewno odszukać obrysów macicy, domyślać się zaś na podstawie wyniku badania można było, że poduszkowaty opór w podbrzuszu po stronie prawej może odpowiadać spłaszczonej, niezbyt powiększonej, miękkiej macicy. Wymiarów brzucha, jakoteż zewnętrznych wymiarów miednicy nie brano wobec stanu chorej. Przy osłuchiwaniu brzucha nigdzie żadnych szmerów, ani tonów nie udało się wysłuchać. Przy kilkakrotnem badaniu nigdy nie zauważono najmniejszej zmiany w ułożeniu płodu, ani też w rozłożeniu stłumienia.

Badanie wewnętrzne: Srom ziejący, międzykrocze naddarte, wejście do pochwy miernie szerokie, przedsionek nadzwyczaj blady, pochwa krótka, szeroka, błona śluzowa sucha, mało rozpulchniona. Sklepienie przednie i prawe szerokie, oporne, oba lekko wypukłone; sklepienie tylne wązkie, wklęsłe; sklepienie lewe napięte, płaskie, wązkie. Część pochwowa na pół falangi długa, gruba, walcowata, dosyć zbita, przebiega od przodu i strony prawej ku tyłowi i stronie lewej, a przeciągnięta ku stronie lewej i tyłowi przez bliznę, zajmującą całe sklepienie lewe. Warga przednia zbita i grubsza, tylna cieńsza, miększa. Ujście zewnętrzne poprzeczne, z wrębem płytkim po stronie prawej; po stronie lewej i od tyłu wrąb głęboki, przechodzący w bliznę sklepienia lewego. Ujście zewnętrzne przepuszcza wygodnie palec, który wchodzi łatwo do szyi na niecałą falangę, a szczyt palca natrafia na ślepy pozornie lejek.

Przez sklepienie przednie i prawe przy badaniu pojedynczem majaczy jakby dalszy ciąg szyi i trzon macicy, szeroki, płaski, bez ścisłych granic, w każdym razie nie odpowiadający macicy połogowej, a raczej macicy symptomatycznie powiększonej. Badanie zestawione było wprost w danych warunkach niemożliwe.

Przy badaniu ponownem pojedynczem udało się palcem, wprowadzonym do szyi w lejku, wytworzonym przez pierścień Muellera, odszukać drobny otworek, który pod lekkim uciskiem palca szybko się rozszerzył i wygodnie przepuścił palec. Palec wpadał, idąc po tylnej ścianie szyi w odległości falangi od ujścia zewnętrznego. do jamy, nie dającej się ograniczyć, w której przez chwilę coś się przesunęło, jakby pępowina lub jelito. Stale w jamie niczego się nie dało wybadać; idąc ku kości krzyżowej wyczuć można było cienką błonę przesuwającą się na wzgórku kości krzyżowej; fałd ten błony był przesuwalny, przeto uważano go za fałd otrzewnowy Douglasa; od przodu czuć było jakieś ciało podatne, wypukłe, które uważano za dalszy ciąg ściany szyi przerwanej palcem w bliźnie.

Wynik tego badania nie dał obrazu jasnego; na podstawie badania nie można było zupełnie postawić żadnego ścisłego rozpoznania. W rozpoznaniu trzeba było myśleć o ciąży zamacicznej przenoszonej, przerwanej, lub o pęknięciu macicy w ciąży.

Za pierwszem rozpoznaniem przemawiały prawie wszystkie objawy: 1) stwierdzono w jamie brzusznej płód nieruchomo usadowiony; 2) mimo bardzo wybitnych objawów krwotoku wewnętrznego znaleziono w obu okolicach lędźwiowych wypuk jawny; 3) sklepienie tylne było wązkie i wklęsłe; 4) domyślna macica dawała raczej uczucie macicy symptomatycznie powiększonej, aniżeli połogowej; 5) nie wybadano brzegów rany macicy rozdartej, a wreszcie i to brano pod rozwagę, że 6) pęknięcia macicy w ciąży należą do zdarzeń bardzo wyjątkowych. Jeżeli szukałoby się w danym przypadku za jakiemś tłem, ułatwiającem pęknięcie, to trzebaby go szukać w szyi, już pękniętej podczas jednego z przebytych porodów, o czem świadczyły blizny w sklepieniu i w tkance łącznej przymacicznej *(parametrium),* tymczasem tu szyja była nienaruszoną. Rozpoznaniu pęknięcia macicy ciężarnej sprzeciwiał się brak możności wybadania skurczonej macicy połogowej, która nawet w takich warunkach badania powinna się była zaznaczyć. W końcu pamiętano i o tem, że chora od pierwszych objawów do chwili przybycia do kliniki żyła już 30 godzin i przebyła tak daleką podróż kołami i koleją.

Po przechyleniu rozpoznania raczej w kierunku ciąży zamacicznej, rzucono myśl natychmiastowej operacyi i postanowiono, jak zawsze w przypadkach przenoszonej ciąży zamacicznej postępuje się w klinice, chorą dalej obserwować, zwłaszcza, że w dwie godziny po przybyciu do kliniki stan ogólny chorej i tętno poprawiły się, a objawy otrze-

wnowe wcale nie wystąpiły. W 10 godzin po przybyciu do kliniki zanotowano: chora spokojna, nieco spała, oddechy nasilone w liczbie 36, tętno 140, chwilami przepuszcza; nudności, wymiotów nie było, z części rodnych nie krwawi.

16. I. rano ciepłota wynosiła 37, tętno 132, regularne, lepiej napięte; chora spała dosyć; liczba oddechów 32, oddech spokojniejszy, na twarzy i błonach śluzowych znaczna bezkrwistość, objawów podrażnienia otrzewnej niema, mocz oddała, płyny przyjmuje.

Wieczorem: ciepłota 37·5, tętno 132, regularne, miękkie. Liczba oddechów 36, nasilone; język wilgotny. Wiatry nie odchodzą, okolica żołądkowa więcej wzdęta. Ilość moczu dobrowolnie oddanego wynosi 500 grm., białka nie zawiera.

Noc z 16 na 17 spędziła względnie nie źle, bo podobnie jak poprzednio; dopiero około 7 rano zaczęła narzekać na znaczne rozpieranie w brzuchu, zatrzymanie wiatrów, odbijania. Ciepłota wtedy wynosiła 37·9, tętno 148, gorsze niż dnia poprzedniego. O godzinie 9 rano wystąpiły jednorazowe skąpe wymioty, po nich zaraz stan chorej znacznie się pogorszył, ogólna bladość zwiększyła się, wystąpiła sinica, tętno stało się nitkowatem, niezliczalnem, duszność tak znaczna, że chora robiła wrażenie osoby konającej. Płód w brzuchu zmienił także nieco swe położenie, wygięcie kręgosłupa płodu stało się jeszcze wyraźniejsze, a znikły zupełnie części drobne, pierwotnie badalne w podżebrzu lewem. Rozpoznano wtórny krwotok wewnętrzny i z tego wskazania przystąpiono natychmiast do operacyi. Chorą napół przytomną ułożono na stole poziomo, powłoki, obmyte w zwykły sposób, rozcięto bez uśpienia chorej w linii środkowej na długości 25 ctm., równomiernie powyżej i poniżej pępka. Równocześnie z rozpoczęciem operacyi wlano do żyły 2000 grm. rozczynu fizyologicznego soli kuchennej. W otwartej jamie brzusznej napotkano najpierw płód zmacerowany, który natychmiast wydobyto; leżał on w położeniu podłużnem miednicowem pierwszem. Wraz z płodem wylała się z jamy brzusznej spora ilość krwi skrzepłej i płynnej, poczem śladem długiej pępowiny dotarto, idąc ku dołowi i stronie prawej, do łożyska, przyczepionego do jakiegoś ciała kulistego, miękkiego. Po oczyszczeniu pola operacyjnego przekonano się, że łożysko leży odklejone na swem właściwem podłożu, t. j. na ścianie macicy, a macica jest wzdłuż tylnej ściany pęknięta i w zupełności w y n i c o w a n a tak, że powierzchnia śluzowa macicy stała się powierzchnią zewnętrzną pękniętej macicy, powierzchnia zaś otrzewnowa, która stała się powierzchnią wewnętrzną, wytworzyła jamę macicy. Macica była tak zmieniona w swych kształtach, że nawet po otworzeniu jamy brzusznej odrazu jej rozpoznać nie było można. Oddzielenie łożyska od macicy było bardzo łatwe. Skoro płód i popłód usunięto i oczyszczono jamę brzuszną z nagromadzonej krwi, musiano rozstrzygnąć szybko, co robić z macicą. Wobec bardzo rozległego pęknięcia nie pozostawało nic innego, jak ją wyłuszczyć, a wobec bardzo złego stanu chorej musiano dokonać amputacyę macicy nadpochwową, przy czem naturalnie macicę odnicowano. Mimo całego pośpiechu operacyjnego nie zdołano operacyi dokończyć na żywej; z chwilą właśnie, kiedy odcięto macicę, chora żyć przestała.

Płód wydobyty donoszony płci męskiej o olbrzymim rozwoju ze śladami dosyć daleko posuniętej maceracyi, uwidoczniającej się tak na skórze jak i kościach czaszki, waży 4700 grm., długość jego wynosiła 53 ctm., a obwód główki 39 ctm.

Łożysko wydobyte całe wraz z błonami waży 650 grm., ma kształt owalny, o wymiarach 22 × 18, jest grube na $2^1/_2$ ctm., zmian w utkaniu nie okazuje żadnych. Pępowina surowiczo-krwawo nasiąkła o nielicznych skrętach, grubości kciuka, ma długość 45 ctm.

Macica wyłuszczona połogowa, amputowana nizko w części nadpochwowej, jest pęknięta wzdłuż tylnej ściany trzonu i przez dno, a przytem w zupełności wynicowana. Pęknięcie to przebiega wzdłuż tylnej ściany dolnego odcinka trzonu tuż przy *parametrium* lewem prawie prostolinijnie na długości 10 ctm., potem zagina się nagle pod kątem 40° i przebiega aż do szczytu dna na długości 11 ctm., potem zagina się znowu nieco pod kątem rozwartym i dochodzi aż do przyczepu trąbki prawej.

Brzeg pęknięcia dolnego odcinka trzonu po stronie lewej jest znacznie grubszy i mierzy 2 ctm., podczas gdy brzeg prawy mierzy zaledwie 3 milimetry; takie ścieńczenie brzegu prawego utrzymuje się na długości 3 centymetrów. Powyżej pierwszego załamania się linii pęknięcia brzeg lewy wynosi 2 ctm., prawy zaś 8 milimetrów. Grubość pęknięcia brzegów w dnie jest po obu stronach jednakowa i wynosi po $2^1/_2$ ctm. Na przedniej ścianie jamy macicy i w dnie znajdujemy miejsce łożyskowe na długości 10, a szerokości 8 ctm., tak jednakże, że pęknięcie nie przechodzi przez miejsce łożyskowe. Długość jamy amputowanej macicy wynosi 13 ctm.

Zewnętrzną powierzchnię macicy okrywa odpowiednio do połogu zmieniona otrzewna, nie wykazująca nigdzie żadnych zmian zapalnych.

Prócz tego na preparacie dostrzega się oba więzy okrągłe, z których lewy jest silniej od prawego rozwinięty, widać dalej obie trąbki z odciętymi odcinkami brzusznymi, ale w przebiegu swym aż do ujść macicznych trąbek zupełnie niezmienione; prawa trąbka utrzymana w długości 9, lewa na długości 8 ctm.; wreszcie dostrzega się oba parametrya, z których prawe jest cienkie, niezmienione makroskopowo, lewe grube bliznowate.

Preparat resztki przewodu rodnego, wydobyty przy sekcyi zwłok, wykazuje: pęcherz, fałd otrzewnowy przedni niezmienione; kikut części nadpochwowej, odpowiadając przedniej ścianie, jest dłuższy i mierzy 3 ctm.; tylnej krótszy i mierzy $1^1/_2$ ctm.; widać dalej resztki trąbek, resztki więzów okrągłych, jajniki, parametryum prawe cienkie, podatne, lewe grube, bliznowate, w zatoce Douglasa nieliczne, długie i wiotkie zrosty. Pochwa zmian nie okazuje. Warga przednia jest długa na 2 ctm. i jest znacznie grubsza; warga tylna zaznacza się tylko na długości 1 ctm. i jest cieńsza; ujście zewnętrzne tworzy szparę poprzeczną, wygodnie dla kciuka drożną. Od ujścia ku stronie prawej biegnie wrąb, dochodzący prawie do sklepienia; po lewej znajdujemy wrąb głębszy, który przechodzi w bliznowate parametryum lewe. Szyja utrzymana w długości 3 ctm.; na szczycie szyi nie natrafia się nigdzie na zmiany anatomiczne.

Sekcya zwłok wykazała w obu płucach obrzęk i niedodmę w płatach dolnych, zrosty opłucnowe po stronie lewej, ogromna bladość wszystkich narządów miąższowych, zresztą nigdzie w narządach, ani też na otrzewnej śladów zakażenia makroskopowo nie znaleziono. (Dok. nast.).

IV. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Trzy rzadsze zabiegi operacyjne, wykonane w szpitalu powszechnym w Brzeżanach.

Podał

Dr. Adam Kowenicki,

sekundaryusz.

I. U pierwiastki H. A., liczącej lat 18, karliczki, której wzrost wynosił 127 ctm., a którą od dłuższego czasu trzymaliśmy w szpitalu z powodu zwężenia miednicy zna-

cznego stopnia, wystąpiły d. 3 czerwca b. r. bóle porodowe. Dla dokładniejszego przeglądu podaję wymiary miednicy u H. A., obok wymiarów miednicy prawidłowej: (Schauta *Lehrbuch der gesammten Gynäkologie, 1896)*.

Wymiary miednicy u H. A.	Wymiary miednicy prawidłowej.
Distantia spinalis 21 ctm.	26 ctm.
Distantia cristalis 24 ctm.	29 „
Distantia trochanterica 25 ctm.	31 „
Conjugata externa 16 ctm.	20 „
Conjugata diagonalis 8 ctm.	$12^1/_2$ ctm.

Podane wymiary wskazują na to, że u H. A. miednica jest ogólnie jednostajnie ścieśniona i to w bardzo wysokim stopniu. Przez tak ścieśnioną miednicę płód donoszony, choćby nieduży, przecisnąć się nie może, a u H. A. wszelkie objawy przemawiały za tem, iż bóle porodowe wystąpiły przy końcu ciąży prawidłowej.

Z wywiadów dowiedzieliśmy się, iż ostatnia miesiączka miała miejsce w końcu sierpnia 1901 r.; macica sięgała na dwa palce poniżej wyrostka mieczykowatego, a obwód brzucha, mierzony w okolicy pępka, wynosił 101 ctm. Płód znajdował się w położeniu czaszkowem, grzbietem ku stronie prawej; główka płodu, stojąca nad wchodem miednicy, ruchoma, o kościach, o ile przez powłoki jędrne dało się wyczuć, twardych.

Z powodu bezwzględnego niestosunku porodowego ukończyliśmy poród cięciem cesarskiem sposobem zachowawczym Sängera w czasie I. okresu porodowego. Cięcie poprowadziłem wzdłuż linii białej, a wytoczywszy macicę po otwarciu jamy brzusznej i oddzieliwszy ją kompresami, otworzyłem macicę cięciem podłużnem i wyjąłem żywy płód płci żeńskiej. Następnie wydaliwszy łożysko z błonami, zaszyłem jedwabiem macicę szwem dwupiętrowym i dobrze skurczoną wpuściłem do jamy brzusznej, którą zamknąłem. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy tak, iż mogłem już dnia 15 czerwca wyjąć szwy u położnicy, a w dniu 20 czerwca pozwoliłem jej wstawać z łóżka. Rana w powłokach brzusznych zagoiła się dokładnie bez jakiegokolwiek ropienia.

Płód płci żeńskiej ważył 2830 gramów; długość jego wynosiła 49 ctm., obwód główki 33 ctm., średnica czołowo-tyłogłowowa 10 ctm.; podbródkowo-tyłogłowowa $10^1/_2$ ctm.; ciemieniowa 9 ctm.

W dniu 5 czerwca, ponieważ H. A. czuła się zupełnie dobrze, a także miała dostateczną ilość pokarmu, przystawiono dziecko do piersi i od dnia tego H. A. stale sama karmiła. Dziecko rozwijało się prawidłowo i zupełnie zdrowe wraz z matką wypuszczono ze szpitala.

II. Dnia 5 sierpnia b. r. zgłosiła się do szpitala N. S , kobieta 54-letnia, skarżąc się na silne bóle we wnętrznościach, a przytem żądając, by jej wypuścić wodę z brzucha. Ponieważ chora zachowywała się z powodu bólów bardzo niespokojnie, a w dodatku ciągle powtarzała swoje żądanie, przeto wstrzyknąłem jej 0,01 morfiny, a gdy się uspokoiła, przystąpiłem do wywiadów i badania przedmiotowego.

Chora podaje, że już od roku zauważyła po stronie prawej guz w dolnej części brzucha, który początkowo nie sprawiał żadnych dolegliwości, jednak stale się powiększał; od czterech miesięcy doznaje chora uczucia gniecenia i ucisku w dołku podsercowym i pewnego utrudnienia przy oddechaniu, które występowało najsilniej w pozycyi siedzącej. Chora dodaje, że guz ten poruszał się w jamie brzusznej swobodnie, a gdy zeszedł na dół, czuła się znacznie lepiej. Dnia 1 sierpnia b. r. objawy ucisku w całej jamie brzusznej znacznie się powiększyły, miało to wystąpić nagle po obudzeniu się chorej ze snu; od dnia tego chora nie oddawała stolca, mimo zażycia oleju rącznikowego. Dnia 3-go sierpnia wystąpiły wymioty i silne bóle w całym brzuchu, które nie ustawały i one to zmusiły chorą do zgłoszenia się do szpitala.

Badanie przedmiotowe wykazuje: Osoba wzrostu dobrego, silnie zbudowana, licho odżywiona, ciepłota ciała 37,6, tętno 112 uderzeń na minutę, język suchy. Brzuch znacznych rozmiarów, niejednostajnie powiększony, znaczniejsze wypuklenie widoczne w podżebrzu prawem i po stronie lewej poniżej pępka. Obmacywaniem można wykazać guz w jamie brzusznej chełboczący, nieruchomy; guz ten nie da się oddzielić od spojenia łonowego. Wypukiem nie znaleziono wolnego płynu w jamie brzusznej. Tak przy obmacywaniu, jak i opukiwaniu chora skarży się na znaczny ból. Badanie przez pochwę wykazało wysokie ustawienie sklepienia pochwowego, a przez nie wyczuć można chełbotanie; część pochwowa bardzo mało ruchoma; położenia macicy oznaczyć nie można. Badanie przez kiszkę stolcową daje wynik ujemny.

Rozpoznaliśmy torbiel jajnikowy znacznych rozmiarów, uciskający prawdopodobnie górny odcinek kiszki odchodowej i rozpoczynające się zapalenie otrzewnej. Chorej zaproponowaliśmy zabieg operacyjny, na który po dłuższem wahaniu się zgodziła. Po odpowiedniem przygotowaniu i uśpieniu chorej poprowadziłem cięcie wzdłuż linii białej, a po otwarciu otrzewnej ściennej, silnie nastrzykanej, wcisnęła się do rany przednia powierzchnia guza brudno wiśniowej barwy. Mimo dużego cięcia (4 ctm. poniżej wyrostka mieczykowatego, 6 ctm. powyżej spojenia łonowego) z trudnością udało się guz wydostać na zewnątrz. Po wyjęciu go przekonaliśmy się, że guz wychodzi z przydatków macicy strony prawej i że był on kilkakrotnie okręcony około swej szypuły, utworzonej z więzadła jajnika, trąbki Fallopiusza i części więzadła szerokiego. Szypuła ta była silnie obrzękła i ciemno wiśniowo zabarwiona. Po odkręceniu guza i rozpatrzeniu się w stosunkach anatomicznych, założyłem uciskadła na szypułę, jedno tuż przy rogu macicy, drugie nieco wyżej, przeciąłem szypułę między uciskadłami i w ten sposób guz wydaliwszy, obrzuciłem szwem ciągłym jedwabnym pozostałą część szypuły, zakładając szew tak głęboko, by i przecięte naczynia nim zacisnąć. Tak w zagłębieniu pomiędzy pęcherzem a macicą, jak i w jamie Douglasa, znajdowała się mierna ilość cieczy surowiczo-krwawej i wiotkich skrzepów; ciecz tę wydaliłem tamponami, a jamę brzuszną następnie zaszyłem.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy; dnia 9 sierpnia zapomocą lawatywy wywołałem wypróżnienie; 15 sierpnia wyjąłem szwy powierzchowne, a 19 sierpnia głębokie. Rana brzuszna zagoiła się przez rychłozrost. Dnia 22-go założyłem opaskę brzuszną, a 24-go odjechała N. S. do domu, jako zupełnie wyleczona. Wyjęty guz miał kształt nieregularnego elipsoidu, przedstawiał się jako silnie napięty pęcherz, ważył 6 klg ; po przecięciu ścian wylała się treść surowiczo-krwawa w znacznej ilości. W ścianach torbiela znajdowały się dwa mniejsze torbiele, każdy wielkości gęsiego jaja, które także były wypełnione treścią surowiczo-krwawą.

III. Dnia 24 sierpnia b. r. zgłosił się do szpitala P. G., mężczyzna liczący 56 lat, z powodu silnych bólów w okolicy pępka, które w nocy miały wystąpić i trwają bez przerwy. Badaniem przedmiotowem prócz miernego wzdęcia i bolesności brzucha, szczególniej w okolicy pępka, nic innego nie znalazłem. Badaniem przez kiszkę odchodową stwierdziłem w niej znaczne ilości kału.

Rozpoznałem kolkę jelitową i zastosowałem wlewania lejkiem Hegara, po których nastąpiło znaczne wypróżnienie. Chory czuł ulgę; noc następną przepędził on spokojnie; zrana jednak skarżył się znowu na ból w dolnych częściach brzucha i na nudności. Po raz drugi zastosowano wlewania lejkiem Hegara, tym razem bez skutku, a ponieważ popołudniu wystąpiły silniejsze bóle, wstrzyknąłem choremu atropinę z morfiną. W nocy wystąpiły wymioty żółciowe, czkawka i silniejszy bol w brzuchu, a zrana dnia 26 sierpnia stwierdzono silniejsze napinanie się jelita cienkiego w okolicy zastawki Bauhina. Gdy wlewania wysokie do kiszki odchodowej okazały się bezskuteczne, przychyliliśmy się do rozpoznania niedrożności przewodu pokarmowego w okolicy

zastawki Bauhina, nie przesądzając jednak z góry rodzaju tej niedrożności, prócz bowiem napinania się jelita cienkiego w okolicy tej zastawki, wzdęcia jelit i bolesności brzucha, nic innego nie można było wykazać. Choremu przedstawiliśmy potrzebę operacyi, na którą się zgodził.

Po uśpieniu chorego i otwarciu jamy brzusznej w linii białej, wcisnęły się do rany silnie przekrwione i rozdęte jelita cienkie. Przeszkodę znalazłem w okolicy zastawki Bauhina: tu jelito cienkie na przestrzeni około 8-miu ctm. było wgłobione w jelito grube wstępujące. Wgłobienie dało się bardzo łatwo odprowadzić, a ponieważ ściana jelita wgłobionego była elastyczną (wypełniła się bowiem natychmiast po odprowadzeniu) i nie przedstawiała zmian zgorzelinowych, wprowadziłem jelita napowrót do jamy brzusznej, poleciwszy przedtem założyć dren do kiszki odchodowej, przez który odeszły znaczne ilości płynnego kału i wiatrów, poczem jamę brzuszną zaszyłem.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy. Dnia 29 sierpnia oddał chory stolec, dnia 6 września wyjąłem szwy powierzchowne, a dnia 9 września głębokie i założyłem na opatrunek opaskę brzuszną. Dnia 14 września P. G wyszedł ze szpitala jako zupełnie wyleczony.

Od czerwca b. r. używamy w szpitalu sterylizatora Dra Wątorka, wykonanego w pracowni p. Bogdanowicza we Lwowie według wskazówek Dra Wątorka, któremu na tem miejscu za bezinteresowną uprzejmość dziękujemy. Nie chcąc szeroko opisywać samego przyrządu, podać muszę to tylko, iż jest to sterylizator bardzo praktyczny, dokładny i trwały, kosztuje 230 koron, a przy swoich zaletach, jakoteż i dlatego, że może być wykonany w kraju, zasługuje bardzo na rozpowszechnienie.

W końcu, spełniając miły obowiązek, dziękuję Wielmożnemu Panu Drowi Albertowi Żaudererowi, Dyrektorowi szpitala, za odstąpienie mi wyżej opisanych przypadków operacyjnych i za zachętę do ich opisania.

V. Wyciągi.

Moeller. **W sprawie przeniesienia się gruźlicy ludzkiej na bydło rogate i kozy.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 40, 1902). Z poczynionych doświadczeń wynika, że cielęta nie zapadają na gruźlicę, pomimo że bywają przez dłuższy czas karmione paszą, zawierającą prątki gruźlicze; taki sam był wynik po podskórnych i śródżylnych wstrzykiwaniach plwociny gruźliczej, po wziewaniach albo wcieraniach hodowli prątków, lub wreszcie po śródotrzewnowych wstrzykiwaniach laseczników gruźliczych, które już raz przeszły przez kozi ustrój. Kozy, którym podawano ostatniego rodzaju prątki nawet w znacznych ilościach, wcale nie chorują; atoli skutkiem wstrzykiwania śródotrzewnowego wytwarza się wprawdzie jakieś guzkowe cierpienie otrzewnej, które jednak zgoła niema skłonności do rozszerzania się w ustroju.

Dr. Pisek (Podgórze).

Olshausen. **Przerzuty szczepienne raka.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 42, 1902). U pacyentki, u której przed 20-tu laty wyjęto oba jajniki z powodu torbielaków wielokomorowych, pojawił się od $1\frac{1}{2}$ roku rosnący guz w powłokach po prawej stronie blizny pooperacyjnej. Guz ten po wyjęciu okazywał utkanie rakowe, powstał on, zdaniem autora, skutkiem przeszczepienia podczas operacyi ogniska rakowego, które często w torbielakach tego utkania się znajdują. Prócz raka łatwemu przeszczepieniu ulegają także rzekome śluzaki, jeżeli część treści galaretowatej zostanie w jamie brzusznej. Baumgarten opisuje nawet przeszczepienie do rany powłok zwykłego torbielaka dobrotliwego. *P.*

Prof. Obrastcow (Kijów). **O obmacywaniu odźwiernika.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 43, 1902). W stanie prawidłowym, — jak wiadomo, — tak odźwiernik, jak i cała część odźwiernikowa żołądka są pokryte lewym płatem wątroby, skutkiem czego części te są niedostępne badaniu. W pewnych jednak przypadkach, jeśli n. p. chorobowo zajęta wątroba zmieni w ten sposób swe położenie, że lewy jej płat uniesie się ku górze, albo żołądek do pewnego stopnia uniesie się ku dołowi, wówczas część odźwiernikowa żołądka staje się wymacalną. Badająca ręka czuje w takich razach w odległości 8—10 ctm. powyżej pępka pod powłokami brzusznemi postronek grubości palca, wyraźnie zmieniający swą zbitość, a usuwający się pod prawy płat wątroby, pozostawiając na swojem miejscu wyczuwalne, tętnicę główną i stos kręgowy. W podobnych przypadkach, przytoczonych przez autora, dała się część odźwiernikowa żołądka wybadać w kształcie wałeczka, leżącego albo poziomo, albo skośnie, od góry i prawo ku dołowi i lewo, 2—7 ctm. powyżej pępka, najczęściej w pobliżu mięśnia prostego brzucha. Charakterystyczną cechą tego wałeczka była rytmiczna zmiana zbitości: od chrząstkowatej twardości aż do nieledwie znikającej pod palcami miękkości — objaw, który niczem innem nie jest, jak tylko ruchem robaczkowym części odźwiernikowej, przewyższającym co do nasilenia swego ruch innych części przewodu pokarmowego, dostępnych badaniu. Nie rzadko zamiast wałeczka można spotkać mniej lub więcej okrągły guzek wielkości orzecha laskowego w blizkości (1—2 ctm.) pępka, występujący po większej części w przypadkach znacznego opadnięcia żołądka. Drugą ważną cechą, na którą badająca ręka natrafia, jest nader lekkie kruczenie, nietylko wyczuwalne, ale nawet na pewną odległość słyszalne, jako dziwny pisk, podobny do mysiego — objaw, będący prawdopodobnie następstwem wracania guzów z kurczącej się części odźwiernikowej do żołądka.

W rozpoznaniu należałoby się mieć na baczności, by takiego stwardnienia w okolicy odźwiernika nie brać za nowotwór; — w tym względzie znamienne a powyżej opisane prawie rytmiczne znikanie, kruczenie i wreszcie cichy pisk naprowadzą na właściwą drogę. W odróżnieniu zaś od jelita poprzecznego służy oznaczenie dolnej granicy żołądka: jeśli guzek znajduje się 4—8 ctm. powyżej tej granicy, można go śmiało uważać za część odźwiernikową. Także i odgłos wypukowy wielce rzecz wyjaśnia: jeśli jelito poprzeczne leży obok wątroby lub pod nią, wówczas odgłos wypukowy jest nad wątrobą przytłumiono-bębenkowy, w przypadkach zaś, w których pod wątrobą znajduje się część odźwiernikowa żołądka (*antrum pyloricum*), odgłos jest zupełnie stłumiony. Autor nie przypisuje żadnego klinicznego znaczenia temu okresowo pojawiającemu się stwardnieniu odźwiernika; pomimo że Bouveret (*Lyon médical* Nr. 25, 1901) widzi w nim siedzibę bólów żołądka, co najwyżej może uchodzić za t. zw. rzekomy guz żołądka, opisywany przez Einhorna.

Dr. Pisek (Podgórze).

Theilhaber. **Przyczyny, objawy i leczenie niedomogi niebrzemiennej macicy.** (*Münchener med. Wochenschrift* 1902, Nr. 41). Znaną jest niedomoga mięśnia macicznego w 2 i 3 okresie porodowym i po porodzie, a objawami jej są przeciąganie się porodu, nieodklejanie łożyska i poporodowe krwotoki. Przyczynę różnych krwawień, lub zanadto obfitych i długich miesiączek u kobiety nieciężarnej upatruje autor również w niedomodze mięśnia. Jak w innych narządach, tak i tu odgrywa ważną rolę częstość i jakość skurczów. Im one częstsze i wybitniejsze, tem większy przepływ krwi; w razie niestosunku między skurczami a przepełnieniem narządu krwią wystąpi zastój żylny. W dzieciństwie i starości istnieje mniejwięcej równowaga między naczyniami krwionośnemi, a mięśniem; w okresie dojrzewania i dojrzałości spotykamy się często z zaburzeniami, mianowicie w razie braku skurczów — z zastojem żylnym i limfatycznym, w razie zaś nadmiernego odżywienia krwią — z nadmierną wydzieliną (białe upławy). Zwolna powstaje przerost macicy. Silne skurcze podczas miesiączkowania stale zmniejszają ilość krwi miesiączkowej, słabe — powiększają, zwłaszcza, że i przerost błony śluzowej przyczynia się do tego. Macice różnią się od siebie nietylko stosunkiem ilości tkanki łącznej do mięsnej, ale i sposobem ułożenia i rozmieszczenia ich względem siebie. Oprócz tego włókniakowate obfitują w mięśnie, rakowate zaś są w nie ubogie. Macice osób młodych, ale często rodzących, są także uboższe w mięśnie, taksamo osób gruźliczych, albo cierpiących na włókniaki, ale wyniszczonych krwotokami. W ostatnich latach często wycinano macicę bez żadnych wskazań klinicznych, jedynie z powodu znacznych krwotoków. W przypadkach tych znajdowano przerost tkanki łącznej, a zanik mięsnej, nadto zwężenia naczyń wskutek zgrubienia ich ściany. Autorowie, jak Reinicke, Cholmogoroff, Pichevin i Petit upatrywali przyczynę krwawień w zmianie naczyń, a przerost tkanki łącznej i zanik mięśnia uważali za zmianę uboczną. Tymczasem Th. odnosi przyczynę krwotoków właśnie do niedostatecznych skurczów zmienionego mięśnia, a przez to niemożności wykonania przepisanej mu pracy — *insufficientia uteri*. Autor dzieli ją na 1) *hypoplasia muscularis uteri*, trafiającą się u dziewcząt tuż po pokwitaniu, gdzie naczynia krwionośne potężnie się rozwijają, a mięsień bardzo miernie. U tych często miesiączkowanie jest zrazu dłuższe i obfitsze, połączone z upławami. Zaburzenia te figurują błędnie pod nazwą *endometritis chronica*, choć nie rzadko spotykamy się z niemi u dziewic. 2) *Myodegeneratio uteri*: u cho-

rych wyniszczonych blednicą, gruźlicą, chorobami zakaźnemi występują obfite krwawienia z upławami lub bez nich, a to skutkiem zwyrodnienia macicznego; jeśli niema krwawień, to jedynie dzięki ogólnemu obniżeniu parcia krwi. 3) *Myofibrosis uteri:* jestto częsty objaw blizkiego wygasania czynności płciowych. Zgrubienie ścian naczyniowych powoduje w starszych latach zwolnienie prądu krwi, a następowo przerost tkanki łącznej. Przez rozmaite wpływy, n. p. wykroczenia *in baccho et venere*, światło naczyń zmniejsza się wolniej, pojawia się zastój żylny, a za nim t. zw. *endometritis fungosa* z swemi następstwami. 4) *Uterus adnexorum*: wśród ciężkich, ostrych i podostrych schorzeń trąbek i otrzewnej miednicy, przy zaśniadzie w trąbkach, zapaleniu okołomacicznem i przydatków, wzrasta ilość krwi w macicy, przez co przychodzi do bardzo obfitych krwawień. 5) *Uterus myomatosus:* podśluzowe mięśniaki działają podobnie drażniąco, jak resztki łożyska lub jaja płodowego; miąższowe również wywołują niedomogę mięśnia, a w następstwie krwotoki. 6) *Subinvolutio uteri:* chodzi tu o niedostateczne skurcze wskutek nieodpowiedniego toru w cofaniu się naczyń macicy do pierwotnego stanu przed ciążą, a następowo o wytwarzanie się żylnego zastoju.

Do następstw niedomogi macicznej zaliczamy: zanadto obfite i długie miesiączki, maciczne krwotoki, przerost tkanek miąższu, nadmierne wydzielanie. Leczenie ich można osiągnąć 1) środkami, działającymi swoiście na niedomogę: — w bladaczce żelazo, w schorzeniach przydatków środki sprowadzające wessanie, przy włókniakach — wyłuszczenie. 2) Mechanicznem drażnieniem, mięsieniem, przestrzykiwaniem i tamponowaniem zapomocą gazy jodoformowej; chemicznem drażnieniem — chlorkiem cynku, nalewką jodową; bodźcami elektrycznymi i cieplnymi („atmocausis", gorące przestrzykiwania od 30—40° R.). 3) Nasiadowemi kąpielami od 15—20 R., które dobrze usuwają przekrwienie miejscowe; podawaniem *hydrastis canadensis*, odciągnięciem małej ilości krwi z macicy zapomocą nacięć, albo stosowaniem zatykadeł z gliceryny. 4) Wodoleczniczem i dyetetycznem postępowaniem, sprowadzającem ogólne obniżenie parcia krwi. Wreszcie 5) przyżeganiem rozczynem chlorku cynkowego, formaliny i wyskrobaniem wnętrza macicy. *Grzybowski.*

Hartz. **O gruźlicy narządu rodnego u kobiet.** (*Monatsschrift f. Geb. und Gyn.*, T. 16, Z. 3, 1902). Gruźlica narządu rodnego żeńskiego występuje w każdym wieku; są nawet znane przypadki, w których znaleziono prątki gruźlicze u płodów. Rozróżniamy gruźlicę narządu płciowego żeńskiego ostrą i przewlekłą, — pierwotną i następową, — wstępującą i zstępującą. Aby gruźlica mogła się rozwinąć, konieczne jest pewne usposobienie i obecność prątków gruźliczych. Przyczynami usposabiającemi są: złe odżywienie, blednica, zmiany rozwojowe i zapalne samego narządu rodnego, połogi, miażdżyca tętnic macicy i urazy. Prątki zaś dostają się do narządu rodnego jużto z zewnątrz, jużto z wewnątrz. Z zewnątrz za pośrednictwem kału, śliny, ropy; dalej wprost z powietrza, miejsc ustępowych, bielizny i t. p.; pośrednikami mogą być również lekarze i położne; wreszcie przez spółkowanie z mężczyzną dotkniętym gruźlicą prącia. Z pochwy prątki szerzą się ku górze; 1) drogą szpar chłonnych tkanki okołopochwowej i okołomacicznej; 2) błonami śluzowemi; 3) mechanicznie zapomocą palca, narzędzi, lub nawet przez nasienie męzkie. Z wewnątrz: z narządów sąsiednich, zajętych gruźlicą *»per continuitatem«*, lub z narządów odległych drogą krwi lub limfy. Objawy gruźlicy narządu rodnego, zwłaszcza części głębszych, nie są cechujące Na sromie i w przedsionku występuje ona w postaci wrzodów lub tocznia; w pochwie tylko w postaci wrzodów. Rozpoznanie, choć zwykle nietrudne, powinno być potwierdzone badaniem mikroskopowem. Gruźlica części pochwowej i szyjki jest rzadka. Najczęściej występuje ona tu w postaci prosówkowej lub wrzodów; te są łatwe do rozpoznania. Prócz tego w postaci nacieku rozlanego lub guzów brodawkowatych. Ta ostatnia postać jest czasem bardzo trudna do rozpoznania — i z powodu podobieństwa do guzów rakowych może się stać powodem omyłek. Tu znowu rozstrzyga mikroskop. Gruźlica trzonu macicy jest częstszą w wieku dziecięcym i w okresie przejściowym. Jedni tłómaczą to tem, że błona śluzowa macicy u kobiet w okresie rozkwitu jest więcej odporną wskutek ciągłej regeneracyi po peryodzie; — inni, że bakterye gruźlicze w tym okresie łatwo zostają niejako spłókane z wydzieliną gruczołów i krwią miesiączkową. Większa część ginekologów przyjmuje trzy okresy gruźlicy trzonu macicy: 1) prosówkowy, 2) tworzenia się wrzodów i 3) otok ropny macicy. Z błony śluzowej może sprawa gruźlicza przejść na warstwę mięsną, wywołując jej zanik. Najczęściej w narządzie rodnym występuje gruźlica w trąbkach i to zwykle obustronnie. Zajmuje ona zwykle najprzód część brzuszną trąbki. Cała trąbka staje się grubszą, ściana jej twardszą, a wskutek wypukleń ściany przyjmuje kształt różańcowaty. Rozpoznanie za życia chorej jest bardzo trudne, a nawet niemożliwe; niema bowiem nic charakterystycznego, coby ją odróżniało od rzeżączki, lub innych spraw zapalnych w trąbkach. Najrzadziej zdaje się występować gruźlica w jajnikach; jest ona zwykle następowa, — pierwotna gruźlica jajników nie jest znana. Objawia się i tu również w postaci prosówkowej lub jamek wypełnionych masą serowatą. Przy rozpoznaniu gruźlicy głębszych części narządu rodnego (trąbka, jajniki) należy wziąść za podstawę wywiady i wynik badania całego ustroju. Hegar zauważył, że w gruźlicy otrzewnej miednicy można nierzadko przy badaniu przez pochwę, lub przez odbytnicę wymacać guzki w jamie Douglasa, na więzadłach krzyżowo-macicznych, na więzadle szerokiem, a nawet na trąbkach i otrzewnej pokrywającej macicę; mają one wtedy znaczenie rozpoznawcze, jeżeli są małe, twarde i liczne. Rokowanie jest zawsze poważne, szczególnie przy zmianach w trąbkach. Samowyleczenie nie jest wykluczone. Leczenie wrzodów gruźliczych przedsionka lub pochwy polega na ich wycięciu lub wyskrobaniu z następowem wypaleniem. Przy leczeniu gruźlicy trzonu macicy należy zwrócić uwagę na przydatki; jeżeli i one są zajęte, najlepiej będzie wyjąć całą macicę wraz z przydatkami. Przy zmianach w samej tylko macicy radzą jedni ją wyskrobać i leczyć następnie jodoformem, poczem mają być bardzo dobre wyniki; inni zaś zalecają nawet i w tych przypadkach wyjąć całą macicę, szczególnie jeżeli dłuższe leczenie zachowawcze pozostaje bez skutku. Przy równoczesnych ciężkich zmianach w płucach należy odstąpić od wszelkich zabiegów. Operować najkorzystniej drogą laparotomii, wtedy bowiem można chore części dokładnie uwolnić od zrostów i ostrożnie a całkowicie je wyłuszczyć; równocześnie można usunąć i zmienione gruczoły. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Braunstein. **O ropniach podoponowych pochodzenia usznego.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde* Tom 55, 1902). Ropnie podoponowe zdarzają się o wiele częściej u mężczyzn, niż u kobiet. U mężczyzn spostrzegano ropnie podoponowe w 9,5% wszystkich przypadków, w których robiono operacyę na wyrostku sutkowym; u kobiet w 5,4%. Ropnie podoponowe jednakowo często zdarzają się po obydwóch stronach. Körner twierdzi, że podobnie jak i inne powikłania mózgowe pochodzenia usznego częściej występują po stronie prawej; $^3/_4$ wszystkich ropni podoponowych przypada na tylną jamę czaszkową, a zaledwie $^1/_4$ na środkową. Różnicę tę co do częstości ropni podoponowych w tylnej i środkowej jamie czaszkowej, zauważył już Grunert; da się ona wytłómaczyć tem, że ropnie podoponowe w jamie środkowej mają swą przyczynę zwykle w ropieniu w atyce, która przedstawia o wiele lepsze warunki do odpływu ropy, niż jama wyrostkowa, której sprawy zapalne są zwykle przyczyną ropni podoponowych w jamie czaszkowej tylnej. W przypadkach przewlekłych można było zwykle stwierdzić przedmiotowo znaczne zmiany w uchu; w ostrych przypadkach zmiany były nieraz bardzo małe tak, że bynajmniej nie kazały się domyślać powikłań mózgowych.

Badanie bakteryologiczne wykazało we wszystkich przypadkach obecność jednych i tychsamych drobnoustrojów w ropie, pochodzącej z ucha i z ropnia podoponowego; w ostrych przypadkach najczęściej znaleziono *diplococcus pneumoniae*, w przewlekłych łańcuszkowca i gronkowca. Tylko w tych przypadkach, w których połączenie między uchem a ropniem zamknęło się, mogą być w ropniu inne drobnoustroje, niż w uchu.

Co do rozpoznania, to jest ono bardzo trudne, gdyż ani jeden ze spostrzeganych objawów nie jest charakterystycznym dla ropni podoponowych. Statystyka, przytoczona przez autora, mająca świadczyć, że ropnie tylnej jamy czaszkowej dają częściej charakterystyczne objawy w postaci zmian w okolicy ucha, niż ropnie środkowej jamy czaszkowej; obrzęk lub ropnie poza wyrostkiem sutkowym w okolicy *emissarium mastoideum* uprawniają do przypuszczenia ropnia podoponowego w tylnej jamie czaszkowej. Niezwykła ilość wydzieliny, która jest zbyt duża, by mogła pochodzić tylko z ucha, może nieraz ułatwić rozpoznanie. Ściśle do jednego miejsca ograniczony ból głowy może nieraz dopomódz do zrobienia rozpoznania, szczególnie jeżeli istnieje niestosunek między wielkością bólu, a zmianami przedmiotowemi w uchu.

Pewne rozpoznanie można dopiero zrobić w czasie operacyi. W wielu przypadkach przed operacyą nie podejrzywano nawet powikłań mózgowych wogóle. W większości przypadków ropień podoponowy opróżnia się sam na zewnątrz, czy to przez ucho, czy też zapomocą przetoki na powierzchnię czaszki. W jednym przypadku ropień podoponowy środkowej jamy czaszkowej opróżnił się na zewnątrz zapomocą przetoki ponad przewodem usznym zewnętrznym; w innym zaś ropień, usadowiony w okolicy *foramen lacerum anterius*, opuścił się do gardła i dał powód do powstania ropnia pozagardłowego. Operowano 87 przypadków ropni podoponowych, z tych 42 było przypadków przewlekłych i 45 ostrych; z przewlekłych wyleczono 76%, z ostrych 89%. *Dr. Teofil Zalewski*

L. Dunning. **Użycie i nadużycie morfiny po laparotomiach.** *(Journal of Amer. Med. Ass.*, 12 kwietnia 1902 r.). Wobec sprzecznych poglądów między chirurgami na korzyść ze stosowania morfiny i innych przetworów makowca po laparotomii, prof. Dunning z Indianapolis postanowił odpowiedzieć na następujące pytania: jakie są wskazania do stosowania morfiny po rozcięciach brzucha? o ile jest skutecznym ten lek — i odwrotnie: jakie następstwa szkodliwe mogą być po podaniu jego w nieodpowiednich razach? Wnioski autora są następujące: Szablonowe stosowanie morfiny i innych przetworów makowca należy potępić. Dla uspokojenia silnych bólów i znacznego niepokoju morfina jest daleko skuteczniejsza, niż kodeina, chociaż po pierwszym z tych leków mogą wystąpić nieprzyjemne objawy, jak nudności, wymioty, zmniejszenie wydzielania różnych narządów, wreszcie zaparcie stolca. Poważnym następstwom po zastosowaniu morfiny można zapobiedz w znacznym stopniu przez podanie do picia przed operacyą wielkiej ilości wody, wlaniem do odbytnicy natychmiast po operacyi ½ litra normalnego roztworu solnego, wreszcie przez wczesne wywołanie stolca zapomocą lewatyw. Przy uporczywych wymiotach, zależnych nie od zakażenia gnilnego, lub zapalenia otrzewnej, małe dawki morfiny, zastrzyknięte pod skórę, bardzo często przynoszą ulgę. W następowym wstrząsie (*shock*) wskutek strachu lub silnego niepokoju, morfina w małych dawkach bywa nadzwyczaj skuteczną.

Dr. St. Rudzki (Lublin).

Kikuchi. **Waga kosteczek słuchowych u ludzi rozmaitych ras.** (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde* Tom 41, 1902). Najwięcej ważą wszystkie trzy kosteczki słuchowe razem u Chińczyków (60,96 mm.), najmniej u negrów afrykańskich (51,10 mm.). Różnicy w wadze między kosteczkami z prawej i lewej strony niema. Co do płci, to u mężczyzn młoteczek i kowadełko są cięższe, niż u kobiet; natomiast strzemiączko jest u kobiet cięższe, niż u mężczyzn. U mężczyzn kosteczki przeciętnie ważą: 23,6 mm., 26,9 mm.; u kobiet: 22,9 mm., 26,2 mm. i 3,1 mm. *Dr. Teofil Zalewski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 3 października 1902.

Przewodniczący kol. Sołowij — obecnych członków 33.

1. Kol. Przewodniczący zawiadamia, że w swoim czasie wysłał telegramy dziękczynne do pp. Tchórznickiego i Balcera z okazyi skutecznej obrony Morskiego Oka.

2. Kol. Jan Świątkowski przedstawia dwie chore, u których rozpoznaje rumień lombardzki *(pellagra)*. Jedna pochodzi z powiatu śniatyńskiego, druga ze stanisławowskiego, a więc obie z powiatów, gdzie ludność żywi się przeważnie kukurudzą, co też wywiady w zupełności stwierdzają. Chore żywiły się w domu prawie wyłącznie mąką kukurudzianą i to często zepsutą. U obu chorych stwierdza się znacznego stopnia charłactwo i rozmaite objawy ogólne, świadczące o jakiemś ogólnem schorzeniu ustroju, dla którego badanie narządów wewnętrznych przyczyny nie wykazuje. Objawy ze strony układu nerwowego, — a mianowicie: znieczulenia — przeczulica, u jednej chorej zniesienie, u drugiej wzmożenie się odruchów aż do *clonus* stopowego, u jednej lekka zaduma, u drugiej głębokie osłupienie z negatywizmem i niemotą psychiczną, — świadczą również o ciężkiem uszkodzeniu układu nerwowego, a grupują się w ten sposób, że wytłómaczyć je można tylko jakiemś zatruciem ustroju. Oprócz powyższych objawów obie chore okazują zmiany na skórze rąk, nóg, twarzy i szyi, to jest w miejscach, wystawionych na działanie promieni słonecznych. Od kilku lat co roku na wiosnę w miejscach tych skóra zaczerwienia się, piecze i łuszczy się tak, że chore muszą miejsca te owijać mokrymi płatami, aby mogły w polu pracować. W sierpniu objawy skórne zaczynają ustępować i dlatego obecnie pozostały po tych zmianach tylko ślady. Są to pierwsze dwa przypadki tej choroby, towarzyszącej nędzy, stwierdzone w naszym kraju i oby były ostatnie.

Dyskusya: kol. Łukasiewicz uważa zmiany na skórze, znajdujące się u tych chorych, za zwykły przewlekły wyprysk, jaki zwykle występuje u osób pracujących w słońcu. W tych przypadkach rumienia lombardzkiego, które Ł. widział, był zawsze rumień, tu zaś nie znajduje go.

Kol. Świątkowski stwierdza, że przy rumieniu lombardzkim może nawet nie być zmian skórnych, a jeżeli są, to przedstawiają całą skalę, począwszy od zwykłego wyprysku, a skończywszy na ciężkich postaciach zmian skórnych. Wszystkie te zmiany, powstające przy rumieniu lombardzkim, są także następstwem działania promieni słonecznych.

3. Kol. Bądzyński: »O kwasie alloksyproteinowym, nowym składniku normalnego moczu«. Prelegent wspólnie z Drem Pankiem wyosobnili z moczu prawidłowego związek, charakteryzujący się jako kwas, we własnościach swych zbliżony do kwasu oksyproteinowego. Autorowie nadają mu nazwę: kwasu alloksyproteinowego. Analizy elementarne, dokonane z solą borową i srebrową tegoż kwasu, dały wynik zgodny. Z otrzymanych dat oblicza się na kwas wolny skład:

C:38% H:6·3% N:13·1% S:6% O:36%

Charakterystyczną cechą, wyróżniającą oba wspomniane kwasy od siebie, jest zachowanie się względem odczynu diazowego Ehrlicha. Kwas oksyproteinowy jakoteż sole jego dają mianowicie ze znanym odczynnikiem Ehrlicha charakterystyczne zabarwienie szkarłatne (reakcyę diazową), natomiast kwas alloksyproteinowy reakcyi tej nie okazuje (demonstracya). Ilość wydzielanego kwasu alloksyproteinowego w ciągu doby obliczają autorzy na 1—1,5 grm. Obecność kwasu alloksyproteinowego, oraz oksyproteinowego w moczu wyjaśnia w głównej części pochodzenie tak zw. »siarki neutralnej« moczu. (Rzecz przeznaczona do druku w »Przegl. lek.«). (Autoreferat).

4. Kol. Świtalski: »Przypadek naczyniaka w rdzeniu przedłużonym i w moście Warola«, z przedstawieniem rysunków i preparatów. (Rzecz przeznaczona do druku w »Przegl. lek.«). Dyskusyi nie było.

Dr. Ruff, sekretarz.

Posiedzenie naukowe dnia 24 października 1902.

Przewodniczący kol. Jasiński — obecnych członków 30.

1. Kol. Ziembicki przedstawia *a)* chorą z wadą wrodzoną w postaci *gigantismus partialis* kończyny dolnej prawej. Cała stopa zamieniona w pakiet guzów, wielkości dwóch głów ludzkich. W guzach tych badanie promieniami Roentgena nie wykazało kości. U chorej tej Z. ma zamiar wykonać operacyę Lisfranca; *b)* chorą po operacyi Talmy — z wynikiem pomyślnym.

Dyskusya: kol. Gluziński A. nie uważa tego przypadku za marskość wątroby, ale sądzi, że puchlina brzuszna była następstwem sprawy zapalnej np. *perihepatitis,* na co go naprowadza i opis wątroby i istniejące ślady przebytego zapalenia opłucnej.

Kol. Ziembicki nie upiera się wcale przy rozpoznaniu, ale sądzi, że w takich przypadkach zarówno jak w marskości, operacya Talmy może dać bardzo pomyślne wyniki.

2. Kol. Sieradzki: »O precypitynach«. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusya: kol. Niemiłowicz stwierdza, że w działaniu precypityn niema akcyi czysto chemicznej, ale jest zarówno działanie rozkładające i syntetyczne. Jest zdania, że powinno się jeszcze zapomocą kryoskopii lub przewodnictwa elektrycznego zbadać ilość jonów. Odczynowi Uhlenhutha przypisuje w przyszłości wielkie znaczenie. — Kol. Moraczewski twierdzi, że trawienie znosi własność precypitowania. — Kol. Sieradzki odpowiada, że praca jego nie jest jeszcze zupełnie ukończona i dalsze badania są w toku.

Lwów dnia 7 listopada 1902. *Dr. Ruff,* sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 19 listopada 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Przewodniczący zawiadamia, że otrzymał zaproszenie do wzięcia udziału w otwarciu Sanatoryum w Zakopanem i żąda upoważnienia do repzezentowania Tow. lek. przy uroczystości otwarcia. Udzielono.

III. Kol. Przewodniczący przedstawia imieniem Komitetu Tow. listę członków komitetu przedwyborczego. Na Przewodniczącego Komitetu przedstawia kol. prof. Jakubowskiego; na członków koll. Ackermanna, Bielańskiego, Biera, Borzęckiego, Bochenka, Cerchę, Ciechanowskiego, Dobrowolskiego, Drobę, Glińskiego, Grażyńskiego, Kirschnera, Krzyształowicza, Kwiatkowskiego, Lachsa, Landaua Jana, Lewkowicza,

Murdzieńskiego, Pieniążka, Piotrowskiego, Spirę, Surzyckiego, Zolla, Żydłowicza.

Listę powyższą w całości przyjęto.

IV. Kol. Wrzoska przyjęto w poczet członków czynnych Tow. lekarskiego.

V. Kol. prof. Klecki, dotychczasowy członek korespondent, został wpisany w poczet członków czynnych.

VI. Kol. Surzycki omawia sprawę jednorazowej nauki, która obecnie jest aktualną ze względu na orzeczenie krajowej Rady Zdrowia.

Kol. Przewodniczący imieniem Komitetu proponuje wybór Komisyi, któraby się miała zająć sprawą jednorazowej nauki. W skład tejże wybrano koll. prof. Bujwida, prof. Cybulskiego, radcę dworu Jordana, Kwaśnickiego, Landaua Jana i Surzyckiego.

VII. Kol. Przewod. wita przybyłego na dzisiejsze posiedzenie kol. Dobrzyckiego z Warszawy, poczem tenże przedstawia obraz budującego się pod Warszawą uzdrowiska dla chorych piersiowych.

VIII. Kol. Ozga przedstawił preparat z przypadku ciąży zamacicznej.

IX. Kol. doc. Bochenek miał wykład: «O drogach nerwowych odruchów wywołanych wrażeniami wzrokowemi«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi brali udział docent Siedlecki; kolega Spira zwraca uwagę, że u tabetyków cierpiących na bezwład, a lepiej chodzących i poruszających kończynami i oczami otwartemi niż zamkniętemi, drogi odruchowe, ciągnące się od ośrodków wzrokowych podstawowych do rdzenia pacierzowego odgrywają ważną rolę.

Kol. Majewski zwraca uwagę, że przedstawiona przez kol. prelegenta sprawa odruchów świadomych, sięgających do kory mózgowej i nieświadomych, przechodzących tylko przez zwoje podstawowe, — jest w okulistyce praktycznej na porządku dziennym. Ilekroć mamy do czynienia ze ślepotą bez dostrzegalnych zmian na dnie oka, badamy zawsze oddziaływanie źrenicy. Jeśli źrenica nie oddziaływa, wtedy przypuszczamy, że przyczyną ślepoty jest uszkodzenie dróg optycznych między okiem a zwojami podstawowymi, jeśli zaś odczyn źrenicy utrzymany, wtedy ślepotę odnosimy do zmian umiejscowionych we włóknach Gratioleta, lub w korze płatów potylicznych.

Co do *semidecussatio* włókien nerwu wzrokowego, utarte jest przekonanie, że to częściowe ich skrzyżowanie stoi w związku z częściowem nakrywaniem się pól widzenia obu siatkówek. U wielu jednak niższych zwierząt oczy są umieszczone po bokach głowy, a tem samem każde oko posiada zupełnie oddzielne pole widzenia. M. zapytuje, czy nowsze badania porównawczo-anatomiczne potwierdzają domniemanie licznych autorów, »że u takich zwierząt skrzyżowanie włókien w *chiasma n. opt.* nie jest częściowe, lecz zupełne?«

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 6 listopada 1902.

Przewodniczący: Kol. J. Rosner — obecnych członków 14.

I. Kol. Zawadil przedstawia: *a)* chorą po wyłuszczeniu włókniaka z przedniej ściany pochwy; *b)* cztery przypadki raka macicy, operowane sposobem Wertheima.

II. Kol. Mars: *a)* przypadek krwiaka sromu, powstałego po urazie. W przypadku tym krwiak nie wytworzył się bezpośrednio po urazie, lecz dopiero w kilkanaście godzin później; powstał zaś tak nagle, że w przeciągu niespełna 2 godzin doszedł do wielkości głowy ludzkiej. Po nacięciu i wypuszczeniu skrzepów zaszyto jamę piętrowo, a rana zagoiła się gładko; *b)* przedstawia przypadek ręcznego wydobycia łożyska. W przypadku tym łożysko było tak silnie połączone ze ścianą macicy, że tylko z trudnością udało się, oddzielając powoli jedno miejsce za drugiem, wydobyć łożysko, w środku którego znajdował się jeden płat obumarły, wielkości przeszło 5-koronówki.

III. Kol. Wein omawia przypadek z własnej praktyki. *Hermaphroditismus masculinus spurius.*

IV. Kol. Czaplicki przedstawia chorą z *incontinentia urinae* w czasie ciąży. Ciekawym u tej chorej objawem jest ta okoliczność, że przypadłości te występują w każdej ciąży, poczem po porodzie wnet ustępują.

V. Kol. Bocheński omawia *a)* przypadek obumarcia płodu w czasie ciąży z powodu błoniastego przyczepienia pępowiny. (Rzecz przeznaczona do druku); *b)* demonstruje wylęgarnię, używaną w klinice położniczej lwowskiej w celu pielęgnowania niedonoszonych noworodków. Urządzenie wylęgarni jest w ten sposób zrobione, że żądana ciepłota i wilgotność stale się utrzymują. Od 2 tygodni pielęgnowany w niej $6^1/_2$-miesięczny noworodek rozwija się bardzo dobrze; *c)* przedstawia przypadek, w którym, w celu ukończenia porodu, użyto do rozwarcia ujścia rozszerzadła Frommera. Użycie 8 ramion do rozszerzania ujścia w tym przyrządzie, a nadto ta okoliczność, że nie trzeba w czasie operacyi wyjmować przyrządu w celu nałożenia nasadek na końce ramion, jak to ma miejsce przy użyciu rozszerzadła Bossiego, stanowi, zdaniem prelegenta, wyższość nad rozszerzadłem Bossiego; jeden tylko zarzut czyni prelegent temu przyrządowi, a mianowicie, że ramiona, służące do rozszerzania, są bardzo cienkie tak, że podczas rozszerzania, gdy są silnie napięte, wrzynają się w miąższ szyi tak, że ich nawet z miąższu nie widać. W przypadkach więc takich, gdzie trudności będą znaczne z powodu niepodatności ujścia lub szyi, lub zbliznowacenia, mogą one łatwo przez to wrzynanie się spowodować silne obrażenia szyi i stać się przyczyną znacznego krwawienia.

Dr. Bocheński, sekretarz.

Sekcya Sanocka Tow. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe kwartalne odbyte w Zarszynie 15 listopada 1902.

Przewodniczący: kol. Zaleski — obecnych członków 14.

Kol. Stauber ze Lwowa miał odczyt «O skrofulozie i jej leczeniu«, opierając swoje zapatrywania na istotę tej choroby i jej leczenie na długoletniem własnem doświadczeniu w Iwoniczu. Kol. Pajączkowski z Sanoka podał dodatnie wyniki, otrzymane w leczeniu niektórych chorób skórnych i zapalenia przyjądrza tigenolem Rochea, wypróbowawszy ten lek na licznym materyale szpitalnym.

Dr. Pajączkowski, sekretarz sekcyi.

VII. XII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie w dniach 14, 15 i 16 lipca 1902.

Podał

Dr. Bolesław Żmigród.

(Ciąg dalszy).

16. Chlumsky: **Przedstawienie chorej po operacyi krwawnic (hemoroidów) sposobem Riedla.** Prelegent, demonstruje chorą, wyleczoną sposoben Riedla, który polega na tem, że okłówa guzy krwawnicowe katgutem w przerwach półcentymetrowych promienisto do rzyci. Jest to sposób bardzo prosty, a ma tę zaletę, że przebieg pooperacyjny jest idealny.

Dyskusya: Szuman radzi trzymać się starej metody Langenbecka, która jest bardzo dobrą. Sposobu Esmarcha próbował dwa razy, lecz chorzy skarżą się na bóle wskutek wciągnienia nerwów w bliznę; metoda Riedla nadawałaby się chyba dla osób bardzo wyniszczonych.

Trzebicky dobiega ośmsetnej operacyi krwawnic, a stracił tylko jednego chorego, bardzo wyniszczonego; operuje zawsze sposobem Langenbecka, który uważa za bardzo dobry.

Wehr popiera zdanie Trzebickyego.

Wachtel radzi wstrzykiwać 5—10 grm. gliceryny do prostnicy na $^1/_2$ godziny przed operacyą, by chorzy lepiej wypierali guzy krwawnicowe na zewnątrz.

Oderfeld podwiązuje wszystko, chwyciwszy przedtem pensami, czasem nawet pozostawia pensy na krótki czas i nigdy nie miał krwotoku.

Chlumsky nie uderza wcale na stare metody; ponieważ Riedel ogłosił 32 przypadków z wynikiem bardzo dobrym, spróbował i przedstawia wynik. Operacya trwa 5 minut i jest prawie bezkrwawa.

17. Sawicki: **Gojenie braków kości goleniowej po częściowej jej zgorzeli.** Jamę powstałą w kości goleniowej po sekwestrotomii wypełnia się płatem mięśniowym z mięśnia bliźniaczego łydki.

Dyskusya: Bossowski wypełniał dotychczas ubytki w kości plastycznie, przymocowawszy płat skórny gwoździkami stalowymi, teraz próbuje tego nowego sposobu.

18. Kader: **Przypadek wrodzonego skrócenia mięśni zginaczy przedramienia.** K. demonstruje 24-letniego mężczyznę z wrodzonem skróceniem zginaczy obu przedramion. Stawy łokciowe zupełnie prawidłowe. Prostowanie (extensio) możebne tylko do 90°.

Z prawej strony zrobił K. przedłużenie plastyczne wszystkich zginaczy. Prostowanie obecnie możebne do 170°. Zmian anatomicznych w mięśniach nie można było zauważyć. Wobec tego, że chory miał ciężką wadę serca z tętnem bardzo powolnem (40—44 uderzeń na minutę), chciał K. operować w miejscowem znieczuleniu, dlatego odpreparował w Schleichu *sulcus bicipitalis internus, plexus axillaris* i wstrzyknął w nerwy kilka kropli 20% kokainy, względnie stosował powierzchownie ten sam roztwór, jednakże bez skutku; znieczulenie nie nastąpiło. Trzeba było zastosować uśpienie chloroformowe, który chory zniósł dobrze. (*autoreferat*).

19. Staszewski: **Badania zachowania się składników krwi w przebiegu gojenia się ran.** Badania te wykazały, że największym zmianom podczas gojenia się ran ulegają we krwi ciałka białe. Przedewszystkiem już w godzinę po operacyi jest leukocytoza, która do szczytu dochodzi przy końcu pierwszej doby, potem powoli opada, a podczas czwartej doby wraca do stanu prawidłowego. Jeśli leukocytoza utrzymuje się dłużej, to musiała w ustroju nastąpić jakaś zmiana i to, jeśli leukocytoza z przeważającymi neutrofilami, to jest ropienie w ranie, gdy zaś przeważają eozynofile, to zmiany są poza raną, czy to jako zapalenie płuc, oskrzeli, nerek itp.

Dyskusya: Kader zwraca uwagę na znaczenie tych badań; jestto pierwsza praca w tym kierunku. Do jakich ona wyników doprowadzi, nie podobna obecnie osądzić; zdaje się jednak, że krew jest bardzo wrażliwym odczynnikiem na wszelkie zboczenia z drogi prawidłowej w przebiegu ran operacyjnych. Być może, że się uda przez badanie krwi w przypadkach wątpliwych co do zachowania się ran pooperacyjnych uzyskać cenne i miarodajne wskazówki.

20. Rydygier Ant. (jun.): **Kryoskopia moczu po uśpieniu chloroformowem.** Badania przeprowadzał R. na kilkudziesięciu moczach przed i po uśpieniu i zauważył, że czynność nerek nie ulega żadnej zmianie, jeśli te nerki są zdrowe. Inaczej rzecz się ma z nerkami choremi, jak to już uczą spostrzeżenia kliniczne i chorych takich nie powinno się narkotyzować. Do swych badań używał R. florydzyny.

Dyskusya: Pruszyński sądzi, że kryoskopia nie jest sposobem dość dokładnym do oznaczenia sprawności nerek; zamiast florydzyny radzi używać błękitu metylenowego, jako mniej szkodliwego.

Klęsk potwierdza w zupełności zapatrywania Rydygiera. Próba florydzynowa jest, o ile sądzić można, zabiegiem niewinnym, a ważnym w rozpoznaniu usadowienia się cierpienia w nerkach. Sam stosował tę próbę w przypadku gruźlicy nerki prawej i żadnych zaburzeń po tej próbie nie widział.

21. Zawadzki: **Aseptyka wstrzykiwań i przemywań** (z przedstawieniem przyrządów własnego pomysłu). Przyrządy te demonstrowane przez Z. mają zaletę, że się bardzo czysto dają utrzymać.

22. Blassberg: **O stosunku ciałek białych we krwi przy ropieniu** (drukowano w Nr. 34 „Przegl. lek." 1902).

23. Rydygier: **Podręczna umywalnia.** R. demonstruje umywalnię swojego pomysłu na stojakach z pedałem, dającą się łatwo przesuwać. Służyć ma do obmywania rąk w płynach antyseptycznych podczas operacyi.

24. Chlumsky: **O stosowaniu fenolu na rany zakażone.** Mięszanina, którą Chlumsky poleca, składa się z fenolu i kamfory w stosunku 1:2 albo 1:3. Przedstawia się ona jako płyn, który należy przechowywać w ciemnych, szczelnie zamkniętych flaszkach, podobny go zwykłego wodnego roztworu karbolu, o zapachu kamfory; nie drażni rany i nie jest trujący. Stosować ją można w róży i różnych ropnych zapaleniach. W róży w ten sposób, że naciera się miejsce chore raz lub dwa razy dziennie, owija watą, batystem Billrotha i opaską: zaraz następnego dnia opada gorączka, a w 2—3 dni jest wygojenie. To samo w zapaleniu naczyń chłonnych (*lymphangioitis*). W zanokcicy i ropówkach otwiera się ropień i wymywa tym płynem, lecz nadmiaru tego płynu nie obmywa się ani alkoholem ani wodą, jak to robią Phelps, Bruns i Honsell przy stosowaniu czystego karbolu.

25. Pomorski: **Wycięcie śledziony z powodu białaczki z szczęśliwym wynikiem.** P. wyciął u kobiety 37-letniej śledzonę z powodu białaczki. Po wycięciu nastąpiły znaczne krwotoki jelitowe, które ustały dopiero po podaniu arszeniku i żelaza. Chora ma się obecnie dobrze; badania krwi wykazują teraz 45% hemoglobiny w ciałkach czerwonych i stosunek 1:35 ciałek białych do czerwonych; przed operacyą hemoglobiny było 25%, a stosunek ciałek był 1:25. Pomorski na zapytanie Sawickiego odpowiada, że wątroba, która przed operacyą była powiększoną, po operacyi się zmniejszyła.

26. Trzebicky: **Przyczynek do wycięcia śledziony** (drukowana jako praca Dr. Strycharskiego w „Nowinach lek.")

27. Hordyński: **Przedstawienie wyleczonego przypadku promienicy na szyi.** Przedstawiony chory, obecnie zdrowy, dotknięty był promienicą szyi, karku i nieco klatki piersiowej. Leczenie było częściowo operacyjne (skrobanie), częściowo wewnętrzne (do 15 grm. jodku potasu dziennie).

28. Hordyński: **Przedstawienie chorego z wyleczonym ropieniem pourazowym mózgu.** Żołnierz został uderzony ostrzem szydła w lewą kość ciemieniową. Po sześciu tygodniach znaleziono w tem miejscu przetokę, z której się sączyła ropa; wobec tego i znacznej gorączki zrobiono trepanacyę i znaleziono w odpowiedniej części mózgu ropień wielkości jaja gęsiego. Założono sączek i chory wyszedł ze zgojoną raną. Po kilku miesiącach nastąpiło porażenie prawej połowy ciała, bóle głowy i napady drgawek podobnych do padaczki Jacksona. W uśpieniu wycięto całą bliznę, sięgającą aż do mózgu. Przez 6 miesięcy napadów nie było, obecnie (2 lata po drugiej operacyi) wróciły częściowo napady drgawek i zdarzają się raz na dwa tygodnie.

29. Barącz: **Demonstracya preparatów mikroskopowych z promienicy.**

30. Bossowski: **W sprawie wodniaka mózgu urazowego (cephalhydrocele traumatica)** (z przedstawieniem chorego i preparatów). Choroba ta powstaje przy złamaniach kości czaszki u dzieci, którym to złamaniom towarzyszy i przedarcie opon mózgowych, przez które pod czepcem (*galea aponeurotica*) dostaje się płyn mózgowordzeniowy, wypukla ją i wytwarza guz miękki, chełbocący. W tych przypadkach radzi B. szeroko nacinać, odsłaniać szczelinę w kości złamanej i tamponować ranę aż do zagojenia się *per secundam*. B. operował trzy przypadki: dwoje dzieci zmarło po operacyi, jedno, u którego szczelinę pokrył plastycznie, żyje.

31. Kader: **O zwichnięciu stawu biodrowego wrodzonem.** K. demonstruje 16-letnią chorą, u której udało się mu odprowadzić bezkrwawo jednostronne wrodzone zwichnięcie biodra. Jest to jedyny przypadek, w którym w tak późnym wieku udało się odprowadzenie. Obecnie w 9 miesięcy po odprowadzeniu kończyna stoi zupełnie mocno. Główka się nie przesuwa. Trochę nieprzyjemne jest jeszcze niewielkie odwodzenie (abdukcya). Chora chodzi bez gipsu i laski. Hoffa uważa 10—11 rok życia za granicę, po za którą nawet operacya krwawa nie prowadzi do skutku. Nadto pokazuje K. fotografię röntgenograficzną tego przypadku i zwraca uwagę na przeoczoną asymetryę miednicy, wyrażającą się lekkiem skrzywieniem i mniejszymi rozmiarami strony chorej. Bardzo ważną rolę gra w tem pierwszy opatrunek, od którego zależy skuteczność leczenia (*Streszcz. własne*).

Dyskusya: Rydygier stwierdza, że röntgenogram jest bardzo niewyraźny i wogóle powątpiewa w to zreponowanie. Zdaniem jego jest tu tylko antepozycya.

Kader uważa röntgenogram za bardzo dobry, a przedewszystkiem zadowolony jest z wyniku, który jest pomyślny.

Chlumsky ma chorą, w której przed $1\frac{1}{2}$ rokiem ze skutkiem zreponował wrodzone zwichnięcie, chora chodzi i siedzi zupełnie dobrze. Wynik zależy w pierwszym rzędzie od dobrego opatrunku; u Hoffy widział 50% repozycyj, u Mikulicza 75%.

Wehr każe röntgenogramowi skośnie się przypatrzeć, a wtedy się przyzna racyę Kaderowi.

32. Kader: **Plastyka nerwów i ścięgien przy porażeniach mięśni.** K. demonstruje dziewczynkę 11-letnią z porażeniem n. strzałkowego (*n. peroneus*) i mm. wyprostnych wskutek przebytej przed 8 laty *poliomyelitis* (czy *polioencephalitis*) *anterior*. Wyprostne zastąpił częściowo zginaczami. Nerw strzałkowy po nacięciu przyszył do n. goleniowego *tibialis*. Bezpośrednim wynikiem było porażenie wszystkich mięśni. Obecnie w 4 miesiące po operacyi wystąpiły ruchy m. m. wyprostnych i wyraźny odczyn w n. strzałkowym. Jest to pierwszy przypadek w ten sposób operowany. Przy plastykach ścięgien wskutek porażeń chodzi o dwie rzeczy: o możliwe zastąpienie porażonych mięśni i ścięgien zdrowymi i o ustawienie stopy lub wogóle kończyny w normalnej pozycyi. To ostatnie daje wyniki mechaniczne dobre i tam, gdzie niema polepszenia w działaniu mięśni. W ogóle operował K. ostatnimi czasy 8 przypadków porażeń mięśni, wszystkie ze znacznem „polepszeniem;" w 4 była stosowana plastyka nerwów, lecz tylko w powyższym przypadku osiągnięto dobry wynik. Jaką drogą regeneracya nerwu następuje, rozstrzygnąć może tylko doświadczenie szczegółowsze. (*Str. wł.*).

33. Frommer; **Przyczynek do techniki amputacyi.** Po nieudałych próbach pokrycia kikuta osteoplastycznie sposobem Biera, tworzy prelegent płat skórno-mięśniowo-okostnowy, w którym pojedyncze warstwy pozostają w nieprzerwanej łączności. (Technikę tego sposobu demonstruje na preparatach anatomicznych). Powstały w ten

sposób kikut, w którym przepiłowana część trzonu kości zamkniętą jest zupełnie tym płatem, spełnia swe funkcye znakomicie tak, że chory już po kilkunastu dniach może całym ciężarem ciała na nim się wspierać. Na oddziale prof. Trzebickyego operowano w ten sposób 30 chorych z pomyślnym skutkiem. Następuje demonstracya chorego i röntgenogramów.

34. Ziembicki: **Krwotok śmiertelny po tracheotomii.** W przypadku tracheotomii dolnej, robionej z powodu twardzieli, chora piątego dnia po operacyi się skrwawiła. Sekcya wykazała jako przyczynę krwotoku tętnicę bezimienną, która szła tuż pod dolnym brzegiem rany, zrobionej w tchawicy. Zdaniem prelegenta zrobiono tracheotomię za nizko, a w ogóle powinno się z powodu nieprawidłowego przebiegu naczyń na szyi możliwie ograniczyć wskazania do tracheotomii dolnej.

35- Frommer: **Jeszcze kilka słów w sprawie wad pętli esowatej.** W piśmiennictwie jest opisanych 74 przypadków nieprawidłowości jelita grubego, a w szczególności pętli esowatej. F. podaje dokładne historye choroby przypadków, operowanych na oddziele chirurgicznym, w liczbie siedmiu: trzy razy zrobiono sztuczną przetokę pomiędzy dolnym odcinkiem jelita cienkiego a górną częścią odbytnicy; dwa razy ustalono położenie pętli esowatej, a dwa razy odprowadzono skręconą pętlę esowatą w położenie prawidłowe. Demonstruje potem chorych w stanie bardzo dobrym po ileorektostomii.

36. Schramm: **W sprawie leczenia gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci.** (drukow. w Nr. 41. „Przegl. lek.").

37. Schramm: **Rzadki przypadek schorzenia sieci.** W przypadku tym znalazł S. u dziecka po otwarciu jamy brzusznej zgrubiałą, pozwijaną sieć, która uległa zdaje się torbielkowatemu zwyrodnieniu, taka masa torbieli na niej się znajdowała. S. wyciął sieć i zaszył powłoki, dziecko wyzdrowiało. (C. d. n.).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 11. grudnia.

* Rozporządzeniem ministerstwa spraw wewnętrznych z d 25 listopada 1902 r. unormowaną została cena surowicy przeciwbłoniczej, wyrabianej w państwowym Zakładzie wiedeńskim. Rozporządzenie zacznie obowiązywać od d. 1 stycznia 1903.

Przy zakupnie przynajmniej 10 flaszeczek bezpośrednio z Zakładu państwowego naznacza się za 1 flaszeczkę cena następująca:

a) za flaszeczkę surowicy zwykłej w ilości od 6 do 10 sześc. ctm.

I gatunek o 700 jednostkach 1 k. 20 h.
II » o 1000 » 2 » — »
III » o 1500 » 3 » — »

b) za flaszeczkę surowicy wysokowartościowej od 2 do 5 sześc. ctm.

gatunek *A* o 1000 jednostką 3 k.
» *B* o 1500 » 4 »
» *C* o 2000 » 5 »

Instytut nie wydaje w zasadzie mniej niż 10 flaszeczek naraz. Koszta przesyłki ponosi Instytut.

Instytut może dać większym odbiorcom zniżkę 15% od cen powyżej oznaczonych. Wykaz takich składów głównych ma być przedłożonym.

W handlu detalicznym, w aptekach, cena surowicy wyznacza się w sposób następujący:

a) surowica słabsza

I gatunek 1 k. 80 h
II » 2 » 60 »
III » 4 » — »

b) surowica mocniejsza

Gatunek *A* 4 k.
» *B* 5 »
» *C* 6 »

Ceny powyższe mają być umieszczone w taksie aptekarskiej na r 1903.

Na każdej flaszeczce surowicy ma być ta cena detaliczna wydrukowaną, jako też i data, po której surowica, jako nieskuteczna, na świeżą wymienioną być winna.

Po tym terminie powinne być niesprzedane dawki w Instytucie wyrobu surowic wymienione na świeże, przyczem już koszta przesyłki ponosi odbiorca, a nie zakład. Namiestnictwa różnych krajów zostały wezwane do opublikowania tego rozporządzenia i do obznajomienia z nim władz politycznych, lekarzy i aptekarzy.

Rozporządzenie dodaje, że w krótkim przeciągu czasu w podobny sposób zostanie unormowaną i opublikowaną cena innych surowic leczniczych.

Odpis rozporządzenia powyższego przesłany został również do namiestnictwa we Lwowie z wezwaniem, aby doręczony został Zakładowi wyrobu surowic leczniczych Prof. Bujwida w Krakowie, który mocą rozporządzenia z d. 6 czerwca 1896 r. obowiązany jest stosować się ściśle do przepisów, obowiązujących państwowy Zakład wyrobu surowic w Wiedniu. Rozporządzenie przytoczone obniża cenę surowicy wiedeńskiej, oraz ustala cenę detalicznej sprzedaży w aptekach, wprowadzając surowicę do cennika aptecznego. Jest to zatem rozporządzenie dla ogółu korzystne. Znane są bowiem powszechnie nadużycia, popełniane przez niektóre apteki, gdzie w nagłych wypadkach cena surowicy wzrastała do 10 kor. i więcej.

Dla galicyjskich stosunków specyalnie rozporządzenie to ma wszakże jedną ujemną stronę, a mianowicie: obniżenie cen surowicy wiedeńskiej i zmuszenie Zakładu wyrobu surowic Prof. Bujwida do ścisłego stosowania się do tej taksy, będzie istotnie podwyższeniem ceny dla odbiorców surowicy z tego zakładu. Dotychczas bowiem Zakład krakowski wyrabiał tylko surowicę mocniejszą, oznaczoną w cenniku jako *b)* gatunek *A*. Surowica ta sprzedawaną była po 1 k. 60 h. za pojedynczą flaszeczkę, a 1 kor. 40 h. dla większych odbiorców. Dziś Zakład zmuszony będzie sprzedawać tę samą surowicę po 3 korony, a detaliczni odborcy będą musieli płacić za nią koron 4.

Wobec tego rozporządzenia Zakład krakowski będzie zmuszonym dawać za dotychczasową cenę, a raczej za 1 k. 20 h , surowicę słabszą, oznaczoną w cenniku *a)* gatunek I. Surowica taka, jak wiadomo, uznaną została przez lekarzy praktyków za nader niewygodną w użyciu, skutkiem bowiem konieczności wstrzykiwania dużych objętości płynu powstają częściej daleko powikłania miejscowe, a nieraz i ogólne, z powodu wprowadzenia do ustroju większej ilości ciała — bądź co bądź — obcego, jakiem jest surowica końska.

To też czy raczej nie byłoby właściwszem dalsze obniżenie cen surowicy Zakładu wiedeńskiego, aniżeli podwyższanie cen surowicy krakowskiej, wynikające tylko z konieczności ujednostajnienia cen w całem państwie? Wszak codzienne doświadczenie życiowe poucza, że jeśli zakład wytwarzający artykuły użyteczności publicznej, nie jest wstanie zrównać ceny swego wyrobu z ceną innego tańszego zakładu, to nie ten drugi, lecz pierwszy przeprowadza zwykle u siebie wewnętrzną reorganizacyę, a w ostateczności nawet zwija swoją działalność. A cóż dopiero powiedzieć, jeśli ten wyrób jest lekiem tak wielkiej doniosłości jak surowica przeciwbłonicza! Żadna władza tego świata nie ma prawa zmuszać producentów do droższego sprzedawania leków: zakres rządu ogranicza się właściwie do nadzorowania, ażeby wyrób był doskonały i jednaki w całem państwie, a cena jego żeby nie była wyższa od postanowionej; ale zmuszanie do sprzedawania po cenie wyższej od praktykowanej od kilku lat, gwoli popierania Zakładu droższego, to jest już uzurpacya, na obronę której wątpimy by ministeryum znalazło dość przekonywujących argumentów etycznych przed forum parlamentu.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. Dr. Ozga demonstrował preparat anatomiczny; kol. prof. Rosner miał odczyt: »O nowych teoryach menstruacyi i implantacyj jajka«. Odczyt ten wywołał ożywioną dyskusyę.

* Posadę fizyka m. Krakowa nadała Rada miejska doktorowi Aleksandrowi Wilkoszowi.

(t.) W sprawie obowiązku lekarza do zeznawania przed sądem w charakterze rzeczoznawcy — świadka wydała Izba lekarska w Insbruku, odnośnie do poszczególnego przypadku, przez swego zastępcę prawnego następującą opinią: § 350 obowiązującego obecnie postępowania karnego postanawia, że przepisy o dowodzie, uzyskanym od świadka, mają zastosowanie i wtedy, gdy dla stwierdzenia byłych faktów i stanów, które mogły być tylko przez biegłego w sztuce stwierdzone, potrzebnem jest przesłuchanie takich właśnie, znających się na rzeczy osób. Pod przepis ten podpadają także zeznania lekarzy w razie zażądania ich przez sąd i w tym przypadku nie wolno odmawiać zeznań pod karą aresztu. Za takie zeznania wolno liczyć tylko należytość za świadczenie, a nie za orzeczenie, jeżeli sąd wzbrania się likwidować koszta za to ostatnie. Gdyby sądy żądały świadectw od lekarzy

na podstawie powyższego przepisu w ten sposób i w tym stopniu, że okazałaby się potrzeba przeciwdziałania ze strony lekarzy, natenczas to przeciwdziałanie mogłoby nastąpić tylko przy uwzględnieniu następujących uwag: *a)* lekarz ma prawo odmówić zeznań o istniejących faktach i stanach, które mogą być stwierdzone przez rzeczoznawców; *b)* lekarz ma obowiązek wydać opinię tylko o istniejących faktach i stanach, a natomiast może odmówić zeznań, o ile one dotyczą wniosków ze stwierdzonego stanu rzeczy, czyli krótko: wolno żądać od lekarza tylko stwierdzenia przedmiotowego stanu; *c)* każdy świadek ma obowiązek składać zeznania o faktach, o ile je ma w pamięci i nie można znaleźć żadnej normy prawnej, któraby zobowiązywała świadka do przypominania sobie pewnych okoliczności przez badanie materyałów lub zapisków, jakoteż przez inne dochodzenia, uskutecznione przed rozprawą.

* Minister sprawiedliwości orzekł, że sędzia ma prawo prowadzić dochodzenie śledcze, pomimo złożonego świadectwa lekarskiego, że stan zdrowia podsądnego na tem ucierpi, — jeśli nabierze przekonania, że świadectwo lekarskie nie jest należycie uzasadnione.

Powszechne słyszymy skargi na nieposzanowanie w naszych czasach wszelkich »autorytetów«; — lecz jeśli rząd i to minister sprawiedliwości — podkopuje powagę nauki, trudno wymagać, ażeby ostał się urok i powaga osób, chociażby te miały teki ministeryalne pod pachą.

* Virchowa *„Jahresberichte über die Fortschritte und Leistungen der gesammten Medicin“*, pomimo śmierci długoletniego redaktora, dalej będą wychodzić w tym samym układzie i programie. Wydawcami będą prof. Waldeyer i prof. Posner, który od lat 10 kieruje redakcyą tego czasopisma.

* Między 26—XI a 2—XII doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: brodzkim (1 gm.), ropczyckim (1 gm.), skałackim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XLVII (16—22—XI). Ludność średnia roczna wynosi 94 057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 19, urodziło się dzieci 83, zmarło osób 57, mianowicie: z gruźlicy 13 (4 zam.), z zapalenia płuc 6 (1 zam.), z błonicy 1 (zam.), z płonicy 3, z cholery dziecięcej 1.

Mianowania i odznaczenia. Mianowani zostali Dr. Zaimis — profesorem chirurgii — w Atenach. Dr. Heckscher — profesorem otyatryi w Kopenhadze.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Feuer, profesor okulistyki — w Peszcie. Dr. Józef Zgorzelski, lat 32, — w Lachowiczach (Gub. mińska). W Gracu zmarł nagle prof. Nicoladoni, znany chirurg, autor wielu prac, szczególnie z zakresu ortopedyi. Kilka metod operacyjnych zawdzięcza swoje istnienie inicyatywie zmarłego.

Bibliografia:

— *Zdrowie* Z. 12. Rzętkowski: Sprawozdanie za r. 190$^1/_2$ z leczenia metodą sanatoryjną suchotników na oddziale Dr. T. Dunina w szpitalu Dz. Jezus. — Nowy gmach szkolny. — W sprawie Wystawy kucharsko-spożywczej w Warszawie.

— *Gazeta lekarska* Nr. 49. Sobierański: Krytyczne uwagi nad czynnością nerek. Gotard: Rola chloroformu w przypadkach nagłej śmierci podczas operacyi. Bychowski: Czy bywa nierówność źrenic u ludzi zupełnie zdrowych.

— *Medycyna* Nr. 49. Biro: Porażenie mięśnia zębatego przedniego wielkiego, istotne i rzekome (c. d.). Bregman: Spostrzeżenia kliniczne z syringomyelii (c. d.).

— *Przegląd felczerski* Nr. 23. Główniejsze zjawiska w organizmie matki w okresie połogowym (c. d.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 49. Honl: Bakteriologická diagnosa tuberkulosy. (c. d.). Kutvirt: O nádorech mandlí. (dok.). Haškovec: O tlaku krevním vůbec a v neurose traumatické zvlášť. (ciąg dalszy).

— *La Presse médicale* Nr. 96. Gouget: Narząd oddechania a zakażenie.

— Nr. 96. Budin: Dzieci wątłe. Rentz: Połączenie ropni opadowych z oskrzelami. Tuffier: Obecna technika kokainizacyi drogą rdzenia pacierzowego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 48. Witzel: Jak powinniśmy narkotyzować? Ewelt: 500 narkotyzacyj w praktyce ginekologicznej. Kurrer: Samodzielnie zamykająca się flaszka z eterem do narkotyzacyi. Heinrich: Badania nad zakresem trawienia białka w żołądku ludzkim, a także przy jednoczesnem podawaniu wodników węgla. Einchorn: Zdanie sprawy z nowego przypadku kiłowego wrzodu żołądka. Port: O wyrównywaniu zniekształtnień kostnych. Goebel: Ciąża powikłana rakiem części pochwowej macicy. Rudolph: Skombinowane leczenie gruźlicy wapnem i tuberkuliną. Stumpf: Sprawozdanie z wyników szczepienia ospą ochronną w Bawaryi za r. 1901.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 49. Rochelt: Przyczynek do chirurgii płuc. Schmidt: Przyczynek do nauki o prątkach paratyfusu. Volk: Objawy tamowania przy świeżej surowicy uodporniającej. Lengsfelder: O wrodzonym defekcie mięśnia piersiowego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 48. Baginsky: O przeciwpaciorkowcowej surowicy w płonicy. Schanz: O wyprostowaniu skrzywień bocznych kręgosłupa. Halpern: W sprawie hemolizyny w surowicy ludzkiej. Mendel: Ostra ograniczona opuchlina. Piórkowski: O surowicy paciorkowcowej.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 49. Kraus. O znaczeniu rozpoznawania czynnościowego (funkcyonalnego). Levy i Pfersdorff: Uzyskanie trudno dostępnych wytworów przemiany materyi drobnoustrojów, zawierających się w ciele tych ostatnich. Feldmann: Jedenaście przypadków ostrych zaburzeń umysłowych u pijaków. Huismans: Skrzyżowane odruchy adduktorów w syryngomyelii i zapaleniu nerwów. Kulisch: Kazuistyczny przyczynek do pochodzenia kilaków.

Redakcya otrzymała. Stella Sawicki: Rady dla młodych mężatek.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 17 grudnia, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne. Na porządku dziennym: 1) Sprawozdanie Komisyi w sprawie dwurazowej nauki szkolnej. 2) Wybory zarządu Towarzystwa na rok 1903.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

L. 194.

Konkurs.

W gminie **Drwar** (Dol. Unac.) pow. Bos. Petrovac okręg Bihać w Bośnii obsadzoną będzie z dniem 1 stycznia 1903 posada lekarza gminnego. Lekarz gminny zobowiązany będzie wypełniać także obowiązki lekarza kasy chorych w bośniackiem akcyjnem towarzystwie drzewnem w Drwarze, obowiązki lekarza kolejowego i prowadzić gminne ambulatoryum i aptekę domową.

Roczna pensya 2400 K., 600 K. dodatku za służbę kolejową, trzymiesięczne wzajemne wypowiedzenie. Gmina może podnieść po roku pensyę do 3000 K., jak również podwyższyć dodatek kolejowy.

Petenci przynależni do Austro-Węgierskiej monarchii lub do Bośnii-Hercogowiny zechcą wnosić podania zaopatrzone w metrykę, dowód przynależności, w legalizowany odpis dyplomu i dowód dotychczasowej czynności lekarskiej, najdalej do **20 grudnia 1903.**

Kandydaci muszą władać jednym z języków słowiańskich; posiadający chirurgiczną i położniczą praktykę będą mieli pierwszeństwo.

Urząd gminny Drwar, dnia 20 listopada 1902.

Burmistrz: *Bursać.* m. p.

L. 5256.

KONKURS na posadę lekarza gminnego z płacą roczną 1000 koron dla **Knihinina**. Podania wnosić należy do 16. grudnia b. r. Urząd gminny Knihinin wieś. ad Stanisławów, dnia 1 grudnia 1902.

Towarzystwo lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że z funduszu imienia D-ra Med. i Chirurgii LEONA KONITZA przyznaną zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 Października 1905 roku, jako w rocznicę zgonu D-ra Konitza, nagroda pieniężna w kwocie Rub. 256 kop. 50 za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszeryi, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac. ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 1 Kwietnia 1902 roku do dnia 31 Marca 1905 roku. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specyalności, jak również i podręczniki obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 Marca 1905 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem »Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie« (ulica Niecała Nr. 7), lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków Towarzystwa, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia Konitza. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłomaczona na język polski, nie może być nagrodzoną. Rozprawa uwieńczona z liczby prac w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa, zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr. Hoyer.*

Rok XLI. Kraków 20 Grudnia 1902. Nr. 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Rydygiera we Lwowie.

Przypadek ropnia okołomózgowego pochodzenia nosowego.

Podał

Dr. Teofil Zalewski.

Sprawy zapalne mózgu i jego opon dopiero w ostatnich czasach zaczęły zwracać większą uwagę chirurgów. Pomimo znacznego postępu, jaki uczyniliśmy w zrozumieniu tych spraw chorobowych, wiadomości nasze okazują jeszcze znaczne braki. Badania anatomo-patologiczne i spostrzeżenia kliniczne wykazały, że sprawy ropne wewnątrz czaszki są najczęściej sprawami następowemi, które zawdzięczają swoje powstanie przejściu ropienia z otoczenia bądź na mózg, bądź też na jego opony. Posiadamy bardzo obszerne piśmiennictwo o ropieniach wewnątrzczaszkowych pochodzenia usznego, natomiast o ropieniach wewnątrzczaszkowych pochodzenia nosowego skąpe mamy wiadomości. Dzięki pracom ostatnich lat wiemy, że ropienie ucha środkowego dość często stosunkowo jest przyczyną powstawania ropienia wewnątrzczaszkowego; wiadome nam są mniej lub więcej i drogi, któremi ropienie z ucha przechodzi do czaszki; wiemy też, że przez odpowiedni zabieg chirurgiczny możemy zapobiedz temu powikłaniu, lub też istniejące ropienie wewnątrz czaszki usunąć.

Że nos może być punktem wyjścia dla ropnia mózgu, względnie jego opon, jest rzeczą pewną. Istnieją spostrzeżenia, które niezbicie dowodzą, że sprawy zapalne zatok nosowych, mogą drogą naczyń chłonnych i krwionośnych, albo też przez szerzenie się z sąsiedztwa, niszcząc ściany kostne nosa, przejść do czaszki i wywołać zapalenie opon mózgowych albo samego mózgu. Istnieją także spostrzeżenia, które wskazują, że nawet po stosunkowo nieznacznych zabiegach w nosie może nastąpić śmierć wskutek powikłań ze strony mózgu. Wprawdzie w wielu opisanych przypadkach nie było sekcyi, nie mamy więc niezbitych dowodów, że śmierć nastąpiła wskutek powikłań wewnątrzczaszkowych; znane są jednak przypadki, gdzie np. po wydaleniu polipów nosowych śmierć nastąpiła wśród objawów zapalenia opon mózgowych i gdzie sekcya potwierdziła rozpoznanie kliniczne. Dreyfuss w rozprawie swojej „O chorobach mózgu i jego opon wskutek ropienia w nosie“ przytacza przypadek Thibaulta, gdzie po nieznacznem zadraśnięciu słomą błony śluzowej nosa nastąpiła śmierć, a sekcya stwierdziła zapalenie opon mózgowych.

Przypadek, który spostrzegano w klinice chirurgicznej lwowskiej, nie należy do codziennych ze względu na swój przebieg, a prócz tego obserwowany był za życia i skończył się wyzdrowieniem, kiedy dotychczasopisane przypadki znane są przeważnie ze sekcyi. Z tych powodów uważam ogłoszenie go za pożyteczne.

D. 23 kwietnia 1901 zgłosiła się do kliniki chirurgicznej B. G. lat 56, z przetoką na czole, z której sączy się ropa. Przed 4 tygodniami zauważyła ona na czole ponad brwią lewą różowy guzek, wielkości fasoli, który lekarz naciął i z którego wyciekła ropa. Rana, która pozostała po nacięciu, dotąd zgoić się nie może pomimo leczenia. Chora przeczy, by miała kiedykolwiek jakie dolegliwości ze strony nosa; nigdy nie zauważyła zwiększonej wydzieliny z nosa. Wypytywana specyalnie o zaburzenia ze strony mózgu, przeczy stanowczo; nawet bólu głowy nigdy nie miała; słowem żadnej poważniejszej choroby nigdy nie przechodziła.

Na czole po stronie lewej, tuż pod guzem czołowym, widzimy przetokę, z której wydziela się ropa. Przez przetokę wchodzimy zgłębnikiem ku dołowi na głębokość przeszło 1 ctm., przyczem zgłębnik wchodzi nie tylko ku dołowi, lecz i w kierunku ku wewnątrz do czaszki tak, że dochodzimy do kości, lecz nieobnażonej. Skóra naokoło przetoki cośkolwiek zaczerwieniona. Okolice zatok czołowych na ucisk niebolesne.

Badanie nosa wykazuje obecność dość dużego polipa po stronie lewej; zresztą objawy nieznacznego nieżytu. Wydzieliny znaczniejszej niema. Polip znajduje się w przedniej części nosa i wychodzi ze środkowego przewodu nosowego.

Biorąc pod uwagę zmiany w nosie, przypuszczaliśmy, że mamy do czynienia z ropieniem w zatoce czołowej lewej z przebiciem przedniej jej ściany. Utworzenie przetoki na czole tłómaczyliśmy sobie w ten sposób, że polip założył ujście zatoki czołowej w nosie i uniemożliwił odpływ wydzieliny do nosa, wskutek czego ropa przebiła przednią ścianę zatoki. Wprawdzie przebicie następuje najczęściej do oczodołu przez dolną ścianę, ale możliwe jest także i przebicie przedniej ściany. Kierunek, w jakim wchodził zgłębnik, wprowadzony przez przetokę, przemawiał przeciwko ropieniu w zatoce czołowej. Także i zupełny brak ropy w nosie pomimo kilkakrotnego badania i pomimo poruszania polipa, przemawiał przeciwko zajęciu zatoki czołowej. Przyjęliśmy jednak, że mamy do czynienia z ropieniem w zatoce czołowej, bo trudno było przypuścić jakieś powikłanie ze strony mózgu wobec braku jakichkolwiek objawów.

W przekonaniu, że mamy do czynienia z ropieniem w zatoce czołowej, uważaliśmy za wskazane rozszerzyć przetokę i tym sposobem otworzyć zatokę. Nadmienić wypada, że chora na wyjęcie polipa zgodzić się nie chciała i stanowczo oświadczyła, by polip zostawić w spokoju. Chorą uśpiono i wprowadziwszy zgłębnik do przetoki, rozszerzono przetokę, wydłutowawszy kość wielkości korony. (Dr. Zalewski). Wtedy przekonaliśmy się, że zgłębnik nie pozostawał w zatoce czołowej, lecz że koniec jego opierał się o kość sitową w okolicy grzebienia koguciego i że z tego miejsca pochodzi ropa. Opona twarda mózgu okazała się przedziurawioną i ropa znajdowała się po obydwóch stronach opony. Tętnienie mózgu wyraźne. Kość sitowa nie okazuje próchnienia. Zatoka czołowa nie została otwartą.

Chora w 6 tygodni pojechała do domu zupełnie wyleczona. Opatrunek zmieniano przez cały czas gojenia co trzy dni. Przy pierwszych dwóch opatrunkach wydobywała się ropa z przestworu między mózgiem a oponą twardą; później wychodziła tylko ciecz surowicza. Rana zabliźniła się zupełnie, pozostało tylko małe zagłębienie. Na wyjęcie polipa chora i teraz się nie zgodziła.

Mamy więc przypadek ropnia wewnątrzczaszkowego,

usadowionego na kości sitowej. Rodzi się pytanie, jaką drogą nastąpiło zakażenie? Oczywiście jest rzeczą możliwą, że ropienie to mogłoby być ogniskiem pierwotnem; wydaje się to jednak mniej prawdopodobnem. Łatwiej jest przypuścić, że zmiany w nosie i czaszce są w pewnym ze sobą związku. Obecność polipa w nosie każe nam przypuścić, że w nosie istniała dłuższy czas sprawa zapalna, która w następstwie doprowadziła do wytworzenia sie polipa; czy była to sprawa ropna, czy też zwykły nieżyt? rozstrzygnąć się to obecnie nie da. Usadowienie ropnia na kości sitowej wskazuje, że najprawdopodobniej zakażenie nastąpiło z nosa — przez kość sitową i że przyczyna ropnia była też przyczyną, która wywołała wytworzenia się polipa w nosie.

Zapalenie z jamy nosowej może przejść do czaszki, jakeśmy to już wyżej powiedzieli, albo *per continuitatem*, niszcząc kość, albo też drogą naczyń chłonnych i krwionośnych. W przenoszeniu się zakażenia z nosa do czaszki Dreyfuss przypisuje bardzo ważną rolę żyłom, idącym z jamy nosowej do czaszki i żyłom samych kości, oddzielających jamę nosową od jamy czaszkowej. Zdaje się jednak, że naczynia chłonne odgrywają tutaj ważniejszą rolę, w szczególności naczynia chłonne otoczek gałązek nerwu węchowego. Pierwszy Schwalbe później Key i Retzius wykazali, że naczynia te mają związek z przestrzenią podpajęczą i że od przestrzeni podpajęczej można je nastrzykać. Heubner spostrzegł przypadek ropnego zapalenia opon mózgowych, gdzie błona śluzowa nosa okazywała objawy ostrego zapalenia ropnego, a gałązki nerwu węchowego pływały wprost w ropie; inne nerwy na podstawie czaszki nie okazywały zmian.

W naszym przypadku na kości sitowej nie znaleźliśmy żadnych zmian, które niewątpliwie powstałyby, gdyby zakażenie *per continuitatem* przeszło z jamy nosowej do czaszki; musimy więc przyjąć, że zakażenie przeszło drogą naczyń chłonnych, najprawdopodobniej drogą otoczek gałązek nerwu węchowego.

Co do sprawy pierwotnej w nosie, to możliwem jest, że początkowo istniało ropienie komórek sitowych, które z jednej strony było przyczyną powstania polipa w nosie, z drugiej strony wywołało ropienie w czaszce; nie możemy jednak odrzucać możliwości powstania ropienia wewnątrzczaszkowego wskutek nieżytu nosowego, który z drugiej strony doprowadził do utworzenia się polipa, i to tembardziej, że w ostatnich czasach stwierdzono napewno, że błona śluzowa nosa może być wrotami wejścia zakażenia w przypadkach nagminnego i sporadycznego zapalenia opon mózgowych; w przypadkach tych choroba zaczyna się jako ostry nieżyt nosa i dopiero później występują objawy zapalenia opon.

Rozpoznanie w przypadkach ropienia wewnątrzczaszkowego pochodzenia nosowego bywa trudne, nie dają bowiem te przypadki zwykle żadnych objawów charakterystycznych; dlatego też rozpoznawane są najczęściej dopiero podczas sekcyi Przypadki, rozpoznane za życia i wyleczone, należą jeszcze do rzadkości; te, które podaje Dreyfuss, rozpoznane były albo dopiero podczas sekcyi, lub też, rozpoznane za życia, skończyły się śmiercią.

Wobec trudności w rozpoznaniu postępowanie nasze w przypadkach ropienia wewnątrzczaszkowego pochodzenia nosowego jest trudne. Tam, gdzie objawy ze strony mózgu wystąpiły w przebiegu ropienia zatok nosowych, postępowanie jest łatwiejsze; trudniejsze jest rozpoznanie i postępowanie w tych przypadkach, gdzie przyczyną ropienia wewnątrzczaszkowego nie jest ropienie zatok nosowych, lub w tych przypadkach, gdzie ropienie w chwili badania już nie istnieje. W naszym przypadku mieliśmy zabieg ułatwiony przez to, że do ogniska ropnego prowadziła przetoka. Dreyfuss w swojej monografii powątpiewa o możliwości zabiegu chirurgicznego na kości sitowej. Najwyżej uważa za rzecz dozwoloną w przypadkach próchnienia kości sitowej ostrożne, bez wywierania jakiegokolwiek ucisku, wydalenie od strony nosa ziarniny ze spróchniałej kości. Naszem zdaniem nie byłoby celu zostawiać spróchniałą kość sitową i bez obawy możemy ją wydalić, czy to od strony nosa, czy też od zewnątrz, jeżeli wydalenie jej uważalibyśmy za wskazane. Nasz przypadek jest pod tym względem godzien uwagi, że tutaj niejako sama natura wskazała nam drogę, jaką od zewnątrz możemy się dostać do kości sitowej.

Radcy Dworu Prof. Rydygierowi za odstąpienie mi tego przypadku składam serdeczne podziękowanie.

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego Radcy Dworu Prof. Dr. Jordana.

Pęknięcie macicy w ciąży.

Podał

Dr. Stanisław Dobrowolski.

Asystent kliniki.

(Sprawozdanie przedstawione na posiedzeniu krakowskiego Towarzystwa lekarskiego w dniu 15 października 1902).

(Dokończenie).

Macicę wyłuszczoną pękniętą badałem histologicznie w ten sposób, że z brzegów miejsca pęknięcia, tak trzonu jak i dna wyciąłem liczne skrawki, prócz tego badałem mięsień macicy z miejsca łożyskowego i z kilku miejsc z poza obrębu pęknięcia. Materyał wzięty do badania zatopiłem po ustaleniu w celoidynie, a skrawki barwiłem homatoksyliną-eozyną, metodą von Giesona i metodą Unny-Dawidowa. Przy badaniu histologicznem przekonałem się, że mięsień sam nie uległ w tym przypadku żadnemu zwyrodnieniu, nie było ani stłuszczenia, ani zwyrodnienia szklistego; wśród mięśni i w ścianach naczyń znalazłem dosyć obfitą ilość włókien elastycznych, a jedyna zmiana, jaką napotkałem, to był większy rozwój tkanki łącznej wśród całego miąższu macicy. Były to zmiany dawne, nierównomiernie po całym miąższu rozsiane; najmniejsze zmiany widziałem w miejscu łożyskowem, największe w najbliższem otoczeniu pęknięcia, gdyż tutaj wybujała tkanka łączna wchodziła pomiędzy pojedyncze pęczki mięśniowe i zaciskała je. W niektórych preparatach, zwłaszcza sporządzonych z dolnego odcinka trzonu macicy, w otoczeniu pęknięcia tkanka łączna przeważała nad utkaniem mięsnem. Bujania nieprawidłowego kosmków w ścianach macicy nigdzie nie napotkałem.

Wynik badania histologicznego nie tłómaczy przeto sam przez się w tym przypadku, ani powodu, ani mechanizmu pęknięcia bo prócz starego przerostu tkanki łącznej nie znalazłem innych żadnych zmian mikroskopowych, którebym mógł uważać za przyczynę pęknięcia.

Przyczyna ta, zdaniem mojem, leży nie wyłącznie w mięśniu macicy. Muszę przeto uwzględnić wszelkie nieprawidłowości, jakie towarzyszyły ciąży naszej chorej i przy ich pomocy przedstawię, jak sobie pęknięcie wytłómaczyłem:

Skoro rzucimy okiem na historyę choroby opisanego przypadku, znajdziemy w niej następujące nieprawidłowości:

1) nieprawidłowy poród przed trzema laty, przy tym porodzie przebyte niezupełne pęknięcie macicy;
2) nieprawidłowy połóg po tym porodzie;
3) brzuch obwisły;
4) blizna w parametryum lewem;
5) przenoszenie ciąży;
6) pęknięcie macicy podczas ciąży;
7) wynicowanie zupełne macicy pękniętej.

Te nieprawidłowości wszystkie razem, działając wspólnie, wywołały zmiany znalezione przy operacyi, podczas gdy każda z nich z osobna nie wielkie mogła mieć dla ciąży znaczenie. I tak: przebyty przed trzema laty ciężki poród, powikłany pęknięciem niezupełnem macicy, sprowadził u naszej chorej silną bliznę w parametryum lewem i zbliznowacenie szyi. Przebyte zakażenie połogowe po tym porodzie pozostawiło przerost tkanki łącznej wśród mięśnia macicy i nieliczne wiotkie zrosty w zatoce Douglasa. Każda z tych okoliczności sama przez się nie odgrywa znacznej roli, gdyż zbliznowacenie szyi i zwyrodnienie mięśnia macicy nie stanowiły ani przeszkody w zastąpieniu, bo chora od tego czasu dwukrotnie była w ciąży, ani w porodzie, gdyż chora przed $1^1/_2$ rokiem urodziła siłami natury płód ośmiomiesięczny. Podobnie nie można pęknięcia macicy wyłącznie odnieść do patologicznego przodozgięcia macicy z powodu obwisłego brzucha, gdyż to jest powikłanie ciąży bardzo częste, nie powodujące zazwyczaj tak groźnych następstw.

Dalszą nieprawidłowością, jaką u naszej chorej stwierdziliśmy, było przenoszenie ciąży. Nie potrzebuję udowadniać, że i ta nieprawidłowość sama przez się pęknięcia macicy zwykle nie sprowadza, a tylko muszę wyjaśnić dlaczego w naszym przypadku i na jakich danych się opierając, mówię o przenoszeniu ciąży. Otóż opieram się na tem, że według daty ostatniej regularności, według obliczeń chorej, która przecież już po raz siódmy była w ciąży, poród do chwili pęknięcia macicy opóźnił się o 24 dni. Chora natychmiast po ostatniej regularności dostała domyślnych objawów ciąży i we właściwym według swego obliczenia czasie poczuła ruchy płodu, jakkolwiek daty tej kalendarzowo określić nie umiała. Skoro przy tem uwzględni się, że płód urodzony do brzucha był kolosalnych rozmiarów i wagi 4.700 grm., a chora była osobą bardzo wątłą, licho zbudowaną, krzywiczą i licho odżywianą, a i mąż jej był bardzo miernym co do rozwoju fizycznego mężczyzną, to mam wszelkie powody, by na ich podstawie z możliwą ścisłością mówić o ciąży przenoszonej.

Jako ostatni punkt znalezionych nieprawidłowości zaznaczyłem wprost nieznane powikłanie pęknięcia macicy w ciąży, to jest zupełne wynicowanie pękniętej macicy. Powód, dla którego wynicowanie to powstało, nie może być innym, jak zupełne zwiotczenie miejsca łożyskowego w chwili pęknięcia macicy, gdyż to jest jedyny, do dzisiaj powszechnie uznany czynnik, wywołujący wynicowanie macicy połogowej.

Wszystkie nieprawidłowości znalezione, współdziałając, wywołały w naszym przypadku pęknięcie macicy, a sposób ich działania i mechanizm powstania pęknięcia tłómaczę sobie, jak następuje: macica naszej chorej już w pierwszej połowie rozwoju ciąży zachowywała się nieprawidłowo, gdyż mięsień jej przerosły tkanką łączną nie mógł ulegać fizyologicznemu zgrubieniu w tej mierze, jak to bywa przy mięśniu prawidłowym. W drugiej połowie ciąży mięsień macicy, który z reguły ulega rozciągnięciu po wpływem rozwijającego się jaja tak, że grubość jego wynosi pod koniec ciąży 8 mm., musiał w naszym przypadku jeszcze być cieńszym. W dodatku z powodu wadliwego położenia macicy w naszym przypadku, płód rozwijający się rozciągał nierównomiernie ściany macicy.

Każda macica w ostatnich miesiącach ciąży leży nagięta ku przodowi i ku stronie prawej, a przytem nieco skręcona ku stronie prawej w ten sposób, że jej brzeg lewy zwraca się ku przodowi. Macica u naszej chorej leżała w bardzo znacznem przodozgięciu z powodu brzucha obwisłego, a prócz tego trzon macicy silnie zbaczał i skręcał się ku stronie prawej z powodu silnej, zbitej, szerokiej, niepodatnej blizny, przeciągającej część pochwową ku stronie lewej. — Brzeg lewy macicy jeszcze silniej zwracał się ku przodowi, aniżeli to bywa w stanach ciąży prawidłowej. To nieprawidłowe położenie macicy spowodowało, że płód rozwijający się rozciągał znacznie więcej tylną i lewą ścianę macicy, aniżeli przednią i prawą. W ścianie tylnej i lewej, gdzie później powstało pęknięcie, nastąpiło bardzo znaczne rozciągnięcie jeszcze tem łatwiej, że tutaj właśnie bujanie tkanki łącznej, jak badanie histologiczne wykazało, było najznaczniejsze. Płód w naszym przypadku leżał w jamie brzusznej w położeniu podłużnem miednicowem pierwszem, tak też musiał leżeć i w macicy, gdyż z braku miejsca w jamie brzusznej położenia swego po pęknięciu zmienić nie mógł. To położenie płodu sprawiło, że na najbardziej ścieńczały i najsłabszy odcinek macicy ustawicznie ugniatał i rozciągał go grzbiet płodu.

Ścieńczenie ściany tylnej i lewej doszło do szczytu w chwili, kiedy zaczęły występować pierwsze bóle zapowiadające. Odcinek macicy rozciągnięty, a przy tem upośledzony w swych funkcyach przez rozrost tkanki łącznej, nie mógł kurczyć się równomiernie z innymi odcinkami macicy, gdyż brakło mu odpowiedniej ilości mięśnia działającego. Macica w chwili skurczu nie była kulą, działającą przez skurcz swych ścian na fizyologicznie najmniej odporne miejsce, to jest na okolicę ujścia wewnętrznego, lecz była nierównomiernie skurczoną torbą, starającą się pozbyć swej treści w kierunku najmniejszego oporu, który w tym przypadku znajdował się nie w okolicy ujścia wewnętrznego, lecz w ścieńczałej, rozciągniętej, nie kurczącej się odpowiednio, tylnej i lewej ścianie macicy.

Słowem w naszym przypadku tylna i lewa ściana macicy stała się zupełnie bierną i uległa takiemu rozciągnięciu, jakiemu przy zaniedbanych porodach ulega dolny odcinek w chwili grożącego pęknięcia macicy. Wśród takich warunków wystarczył zwykły skurcz macicy, by ona pękła wzdłuż całego biernego odcinka. W naszym przypadku skurcz zwiastujący macicy wystarczył do pęknięcia wzdłuż jej całej ściany tylnej.

W ten sposób wytłómaczyłem sobie przyczynę i mechanizm pęknięcia macicy w naszym przypadku; pozostaje mi jeszcze do wytłómaczenia powód jej wynicowania. Wy-

nicowanie macicy może powstać tylko przez znaczne zwiotczenie miejsca łożyskowego przy równoczesnym skurczu reszty macicy. Macica naszej chorej była przeto w chwili pęknięcia bierną w miejscu największego ścieńczenia, to jest w ścianie swej tylnej, a porażoną w ścianie przedniej, gdzie leżało łożysko. Miejsce łożyskowe było w naszym przypadku najmniej, jak badanie histologiczne wykazało, patologicznie zmienionem. W chwili skurczu, podczas którego nastąpiło pęknięcie, odcinek macicy działający miał kształt pierścienia, którego światło z jednej strony nakrywała ścieńczała tylna ściana, mieszcząca w sobie niemal cały płód, który, jako żywy, usuwał się z części kurczącej się, a z drugiej strony nakrywało światło pierścienia porażone miejsce łożyskowe. Podczas skurczu otoczenia bierny odcinek rozciągnął się tak dalece, że przeciągnięcie to przekroczyło już granicę elastyczności tkanek i musiało nastąpić w tem miejscu rozległe pęknięcie; mięsień działający w chwili pęknięcia pozostał w skurczu, przez co z jednej strony brzegi pęknięcia wywinęły się na zewnątrz, jak klapy surduta, a porażone miejsce łożyska wraz z łożyskiem wpukliło się w kierunku pęknięcia i w zupełności uległo wynicowaniu.

Wytłómaczenie powyższe przyczyny i mechanizmu powstania pęknięcia macicy w ciąży świadczy, że nie potrzeba koniecznie do powstania tego schorzenia bardzo daleko posuniętych zmian anatomicznych mięśnia macicy, nie potrzeba żadnego urazu od zewnątrz i że wystarczą stosunkowo nieznaczne zmiany w mięśniu macicy, jak w przypadku opisanym, aby przy innych zboczeniach towarzyszących ciąży sprowadzić to straszne powikłanie.

Przerost tkanki łącznej, jako czynnik usposabiający do pęknięcia macicy w ciąży, już podnoszono; czynniki zaś, które po raz pierwszy podnoszę, to są nieprawidłowe położenie macicy i nadmiarny rozwój płodu.

Pęknięcie macicy ciężarnej u naszej chorej powstało w trzonie i dnie macicy i było prostolinijne; są to cechy podnoszone przez wszystkich badaczy; natomiast nie miało nic wspólnego z miejscem łożyskowem, jak to notowano w przeważnej części przypadków ogłoszonych, a na czem opierali swe teorye powstania pęknięcia A l e k s a n d r o w i W. A. F r e u n d.

Rozpoznanie pęknięcia macicy w ciąży zwykle jest bardzo łatwe, bo odróżnić je trzeba tylko, o ile przydarza się w końcu ciąży, od ciąży zamacicznej; trudniejsze jest rozpoznanie pęknięcia macicy we wczesnych miesiącach, gdyż tu na myśl przychodzą prócz ciąży zamacicznej jeszcze ciąża w rogu szczątkowym i ciąża śródścienna.

W przypadku opisanym nie zrobiono właściwego rozpoznania, mimo że przypadek był obserwowany i kilkakrotnie badany w klinice. Zbałamuciło nas zupełne wynicowanie macicy, co przy trudnych warunkach badania zatarło postać i wielkość macicy połogowej; a robiąc rozpoznanie, chyba nie jest rzeczą dziwną, że wikłającego wynicowania pękniętej macicy nie uwzględniano.

Leczenie i rokowanie przy pęknięciu macicy w ciąży nie wiele nasuwa uwag. Gdziekolwiek stawia się rozpoznanie pęknięcia macicy w ciąży, zwłaszcza w jej ostatnich miesiącach, tam zawsze w jak najkrótszym przeciągu czasu trzeba usunąć z jamy brzusznej drogą cięcia brzusznego obumarły płód, stanowiący ciało obce, a macicę pękniętą albo zeszyć, jeżeli warunki pęknięcia na to pozwalają, jeżeli zaś nie, to wyłuszczyć.

Rokowanie leczenia operacyjnego, jedynie racyonalnego w tych przypadkach, nie jest dobre, gdyż opisane do dnia dzisiejszego przypadki pęknięcia macicy ciężarnej w ostatnich miesiącach ciąży dają około 60% śmiertelności.

Pracę swą kończę serdecznem podziękowaniem Prof. J o r d a n o w i za łaskawe odstąpienie przypadku i zachętę do opracowania tego tematu.

Piśmiennictwo. 1) C o o p e r: Britisch. medic. Journal 1858 2) M a y e r: Siebolda. Journal der Geburtshülfe, T. III 3) M a n g o l d: Monatsschrift für Geburtskunde und Gynaekologie, T. VIII. 4) H o h l: Lehrbuch d Geburtshülfe 1862. 5) C h u r c h i l: Theory and Practice of Midwelery. London 1872. 6) B a n d l: Ueber Ruptur der Gebärmutter, Wien 1875. 7) G e i s s l e r: Monatsschrift für Geburtskunde und Gynaekologie, T. XX. 8) G r e n s e r: Lehrbuch der Geburtshülfe. 9) C o u t a u g n e: Lyon medical 1882. 10) L e s s e r: Vierteljahrschrift für gerichtliche Medizin XLI. 11) H o f m a n n: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, stąd cytowano Lacassagne i Maschka. 12) V e i t: Müllers Handbuch der Geburtshülfe, T. II. 13) P l e n i o Centralblatt für Gynaekologie 1885, I. 47. 14) K r u k e n b e r g: Archiv für Gynaecologie, T. XXVIII. 15) B r a u n: Pęknięcie macicy ciężarnej dobrowolne, wydobycie płodu po 6 tygodnia h. Przegląd lekarski, r 1888 Nr. 27. 16) N e u g e b a u e r: Selbstmord einer Schwangeren durch Sprung aus dem dritten Stockwerk, Centbl. f. Gynaek. 1890. 17) S u t t u g i n: Uterusruptur bei Schwangerschaft und traumatis he Einwirkung auf den Unterleib der Mutter, Journal f Geb. u Frauenkr. Petersburg 1889, 161—177. 18) B l i n d: Beitrag zur Aetiologie der Uterusruptur während der Schwangerschaft und unter der Geburt, Ing. Diss. 1892. 19) F r e u n d: Die Mechanik u. Therapie der Uterus u. Scheidengewölbrisse. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. T, XXIII. Z. 2 1892. 20) F r a n k: Ueber Zerreisungen der Gebärmutter in der Schwangerschaft u. bei der Geburt. Abhandlung der gynaekol. Geselschaft zu Köln am 31 Mai 1894. 21) B i d d e r: Uterusruptur bei einer Schwangeren, Deutscher aerztlicher Verein in Petersburg 1893. 22) D i t t e l: Zur Uterusruptur, Archiv. f. Gynaek. T. 44. Z. 3. 23). R e u s s i n g: Ein Fall von traumatischer Uterusruptur in der Schwangerschaft. Centbl. f. Gynaek. r. 1895, Z. 2. 24) S ł a w i a ń s k i: Eine Porro-Operation bei Riss der schwangeren Gebärmutter, Centbl. f Gynaek. r. 1895, Z 10. 25) S a e n g e r: Ueber ruptura uteri in der Schwangerschaft Verhandl. der deutschen Gesellschaft f. Gynaekol. VI 1895. 26) H y p e s: Spontaneous rupture of the uterus. Journal of. obst. N Y. Vol. 34. 27) L e o p o l d: Ausgetragene secundäre Abidominalschwangerschaft nach ruptura uteri im 4 Monat, Arch. f. Gynaek. T. 52, Z. 2. 28) L e g a l: w pracy Milligana: Criminalabortion 1897. 29) W o y e r: Monatsschrift für Geburtsh. u. Gynaekol. T. VI. 30) J o r d a n: Pęknięcie macicy w ciąży. Nowiny lekarskie, Z. 8/9, r. 1897. 31) J e l l i n g h a n s: Ueber Uterusrupturen während der Schwangerschaft, Arch f. Gynaekol. T. 54, Z. 1. 32) O r t h m a n n: Zur ruptura uteri, Monatsch. f Geb. u. Gynaek. T. 7 str. 399. 33) K o b l a n c k: Beitrag zur Lehre von der Uterusruptur. Stuttgart 1895. 34) P o r o s c h i n: Centrbl. f. Gynaek. r. 1898, Z. 7. 35) C r o s s e n: Annes Gynaek and obstetr. Journal N. Y. Vol 12. 36) E a r l e: *Ibidem*, Vol. 75. 37) H e i b l: Wiener klinische Wochenschrift, T. 12, r. 1899. 38) M e r c i e r: Thése de Paris 1898. 39) R o o b: Secundäre Abdominalschwangerschaft nach Uterusruptur, Mieland u. Gasche 1898. 40) G e b h a r d t: Pathologische Anatomie d. weiblichen Sexualorgane, Lipsk 1899. 41) T r e u b: Ruptura uteri, Centbl. f Gynaek. r. 1900, Z. 19. 42) A l e x a n d r o w: Ein Fall von Uterusruptur während der Schwangerschaft, Monatschrift f. Geb. u. Gyn., T. XII. 43) W. A. F r e u n d: Uterusruptur in der Schwangerschaft, Montschr. f Geb. u. Gyn T. XII i Hegara. Beiträge f. Geb u. Gyn. T. IV. Z. 1. 44) H e r z f e l d: Ruptur des schwangeren Uterus, Centbl. f Gynaek. 1901. Z. 46. 45) M u r r a y: Spontanruptur d. Uterus Sitz. geburts. Gesellschaft zu Edinburg 11 Dec. 1901. 46) O v. F r a n q u é: Die Entstehung und Behandlung der Uterusruptur, Würzburger Abhandl. T. VI, Z. 1. 47) L o h r e r: Pęknięcie macicy ciężarnej, Czas. lek. r. 1901, Z. 2.

III. Z kliniki dermatologicznej Prof. Reissa w Krakowie.

O włókniakach nerwowych wielokrotnych skóry *(neurofibroma cutis multiplex)*. Przyczynek kliniczny i histologiczny.

Podał

Dr. Franc. Krzyształowicz,

docent dermatologii Uniw. Jag.

(Ciąg dalszy).

Dla badania h i s t o l o g i c z n e g o wycięliśmy guzek z przegubu łokciowego, dwie początkowe plamy z klatki piersiowej i guz z pośladka, wyżej opisany. Wycięto ka-

wałki skóry stwardziłem w wyskoku, płynie Flemminga i rozczynie Müllera.

Już makroskopowo przedstawiały te wycinki skóry pewne szczególne własności. Przedewszystkiem oba guzki, tak mały z kończyny górnej, jak i większy z pośladka, po wycięciu zupełnie się przypłaszczyły, a ostatni nawet zapadł się pod powierzchnię. Na przekroju zaś widziałem tak w guzkach, jak i w wyciętych plamach twór w głębi skóry, ściśle ograniczony, miękki, nieco odmienniej od otoczenia zabarwiony, — co widoczniej jeszcze występowało w skrawkach nawet nie barwionych.

Przy słabem powiększeniu guzek prawie zupełnie ściśle odgraniczony leżał w skórze właściwej w ten sposób, że kłębki potowe jak i zakończenia torebek włosowych znajdowały się w równym poziomie z jego dolną granicą. Wnioskować zatem należy, że guzek powstaje gdzieś w dolnych częściach skóry właściwej, lub na granicy jej z tkanką podskórną, a rozsuwając tkankę klejorodną podnosi się ku górze tak, że w guzku dużym sięga aż do warstwy skóry właściwej, leżącej pod brodawkami, chociaż w żadnym guzku brodawki, ani pokrywający je naskórek, uszkodzone nie były. *(Fig. 1).*

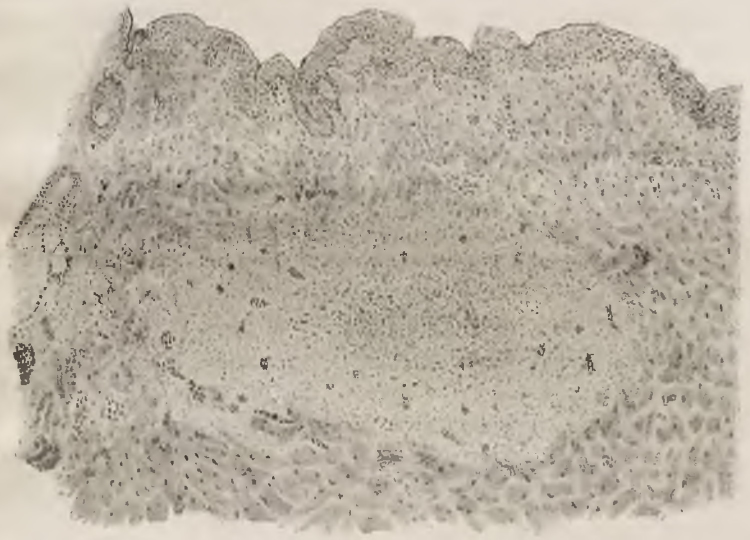


Fig. 1. Plama w skórze klatki piersiowej. Powiększ.: AA. Ok. 1. Zeiss. — Barwienie: Orceina obojętna, błękit metylenowy Unny, mieszanina gliceryny z eterem. — Nowotwór odcina się wyraźnie odmiennem utkaniem od otaczającej tkanki prawidłowej: torebka włosowa odsunięta nieco na bok.

Guzek przedstawia tkankę miękką, odcinającą się od otoczenia i jednolitą, poprzecinaną tylko dość licznemi naczyniami krwionośnemi. Już w słabem powiększeniu widać, że tkanka guzka składa się przeważnie z komórek, wśród których spostrzedz można tylko nader skąpą tkankę podścieliskową, barwiącą się chociaż słabo barwnikami zasadowymi. Wśród tej ostatniej leżą gęsto obok siebie ułożone komórki tkanki łącznej, odznaczające się tem, że jądra ich są pęcherzykowate, mało ziarniste i słabiej się barwiące barwnikami zasadowymi, niż zwykłe komórki tej tkanki — i o cytoplazmie przeważnie gąbczastej (spongioplasty). Kształt komórek jest nadzwyczaj różnoraki: jedne zatem wydłużone, proste lub zakrzywione w różnych kierunkach, inne więcej zaokrąglone, wreszcie takież wieloboczne z wypustkami. W całości zatem utkanie guzka przypomina tkankę ziarninową, z tą tylko bardzo ważną różnicą, że niema tu ani komórek plazmatycznych, ani ciałek wysiękowych, tak częstych w ziarninach. Zarazem zauważyć muszę, że ta tkanka komórkowa niema dążności do tworzenia włókien, jak to widzimy zazwyczaj w młodej tkance łącznej; — nawet w guzku prawdopodobnie wcześniej rozwiniętym, bo większym znacznie od innych, tkanki włóknistej wśród guzka prawie nie widać, a komórki zachowały cechy te same, co w plamie początkowej. *(Fig. 2).*

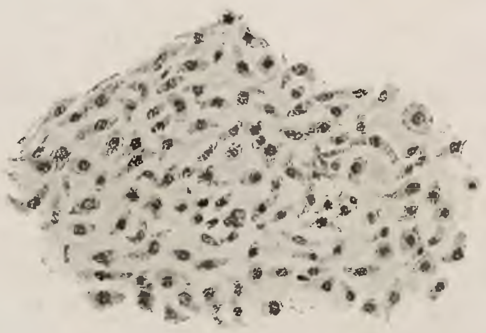


Fig. 2. Plama w skórze klatki piersiowej. Powiększ.: Immersya. Ok. 2. Zeiss. — Barwienie: Błękit metylenowy Unny, gliceryna z eterem. — Różne postacie komórek składających guzek.

Włókien elastycznych niema zupełnie w tkance nowowytworzonej, a tu i owdzie tylko na brzegach guza spostrzedz można pojedyncze włókna drobne, wyraźnie się barwiące (orceina kwaśna), jak to wykazał także Soffiantini; — prawie wszyscy autorowie jednak wspominają o zupełnym braku w guzku tkanki elastycznej. Obecność pojedynczych włókien daje się łatwo wytłómaczyć wrastaniem tkanki nowotworowej w tkankę klejorodną, która zostaje przez to rozsuniętą tak, że pojedyncze jej wiązki, zawierające i włókna elastyczne, mogą szczególnie w początkach rozwoju nowotworu znajdować się w obrębie guzka.

Tem samem wytłómaczyć należy i pewną różnicę w otoczeniu guzka świeżego, a starszego: podczas gdy w początkach rozsunięta tkanka klejorodna skupia się na obwodzie, ale nie tworzy wyraźnej otoczki, — to w guzku późniejszym osłonka włóknista jest znacznie wybitniejszą, a odgraniczenie guzka od niej znacznie ostrzejsze, niż w nowotworach świeżych. W tworze, przedstawiającym się klinicznie w postaci plamy, widzieć można w skrawkach w jednych miejscach ostrą granicę między tkanką nowowytworzoną, a tkanką skóry właściwej; — w innych miejscach zaś tkanka klejorodna wchodzi wyraźnie od obwodu w tkankę guzka, powodując nierówności obwodu tworu rozrosłego w skórze.

Podobnie, jak to ma miejsce z tkanką klejorodną, guz odsuwa także w miarę swego wzrostu gruczoły i torebki włosowe ku obwodowi tak, że na brzegach guza widzi się te części dodatkowe skóry, t. j. gruczoły potne, torebki włosowe z gruczołami łojowymi i mięśnie gładkie skóry. Gruczoły potne przebiegają najczęściej nieregularnie, — kłębek gruczołu leży często w dolnej części guza, czasami pod nim, — zazwyczaj otoczony tkanką nowotworową, obrastającą zwiniętą cewkę, — a przez wrastanie komórek spostrzega się oddalenie pojedynczych zwojów, których światła są wtedy nieco rozszerzone. Od takiego obrośniętego kłębka idzie ku górze pokręcony przewód równolegle do obwodu guzka i zazwyczaj także częściowo otoczony jego tkanką. Unna zwrócił uwagę, że skutkiem nierównego przebiegu przewodu gruczołowego w następstwie wrastającej tkanki powstają zwężenia i rozszerzenia jego światła, które na dobrych przecięciach

można zobaczyć, prawdopodobnie powstałe pod wpływem mechanicznym. W guzie dużym (z pośladka) spostrzegałem w jego środku kłębek gruczołu potnego o nieco rozszerzonych przewodach, oddzielonych od siebie znaczniej, niż to bywa w stanie prawidłowym; śródbłonki gruczołu nie przedstawiały wyraźnych zmian.

Wszyscy autorowie, którzy mieli sposobność badać guzki tego rodzaju, stwierdzają mniej lub więcej ten sam rodzaj tkanki nowotworów; — jedni zwracają wyraźniej uwagę na wielką ilość prawie samych komórek, inni mówią o tkance włóknistej, wśród której istnieje duża ilość pierwiastków komórkowych. Mała różnica w tych obrazach zależy zdaniem mojem od tego, jakiej wielkości guzek przypadł autorowi do badania. W guzkach większych, a jak przypuszczać można i wcześniej rozwiniętych, starszych, spostrzega się wprawdzie tę samą dużą ilość pierwiastków komórkowych, ale większą w stosunku ilość komórek wrzecionowatych, niż to bywa w guzkach drobnych.

Wśród tych licznych komórek o cytoplazmie gąbczastej (spongioplasty) widzieć można stosunkowo bardzo liczne komórki ziarenkowate *(Mastzellen)*, tem się odznaczające, że mają jądra wyraźne, duże, a ich cytoplazma jest zazwyczaj obfita, kształtu owalnego, rzadko z wypustkami, — wielkością zaś przewyższają znacznie komórki otaczające, — o czem pomówię jeszcze w dalszym ciągu.

Wśród guzka zauważyć łatwo liczre drobne naczynia krwionośne, mające obrzękły śródbłonek, wyraźnie sterczący do światła naczynia i silniej się barwiący barwnikami zasadowymi, niż komórki otoczenia. W ścianach naczyń średnich spostrzega się wyraźnie prawidłowe komórki mięśnia gładkiego i włókna elastyczne. Duża ilość naczyń zwraca przedewszystkiem uwagę w guzku największym, wśród którego widać rozszerzone naczynia krwionośne, — w otoczeniu zaś jego i to tak w skórze ponad tworem, jak i pod nim, liczne przestwory znacznie rozszerzone, niewyścielone śródbłonkiem, a leżące między wiązkami istoty klejorodnej (kollagenu), tworząc nieregularne przestrzenie. Obecnością tych właśnie jam należy tłómaczyć ten szczegół, że guz wystający nad powierzchnię otoczenia dawał się łatwo wcisnąć w skórę, a po wycięciu zapadł się pod powierzchnię.

Najbardziej zajmującą sprawą w tego rodzaju nowotworach jest bezwątpienia obecność nerwów w guzku, ich ułożenie i ilość, wreszcie stosunek do komórek tworzących guz. Zapatrywania różnych autorów przedstawiają się nader rozmaicie: wszyscy prawie znajdowali w nowotworach włókna nerwowe, — jedni jednak godzą się na teoryę Recklinghausena, inni nie przypisują im żadnej roli w powstawaniu tworów. To też wszystkich autorów, zabierających głos w tej sprawie, podzielićby można na takich, którzy albo nerwów nie szukali, lub też badając, nie znajdowali — i innych, którzy, znajdując nerwy, przypisywali im różne znaczenie, a tem samem albo zgodzili się z teoryami istniejącemi, albo wytworzyli nowe.

Recklinghausen pierwszy, — jak to wspomniałem powyżej, — określił wielokrotne włókniaki skóry, jako włókniaki nerwów, twierdząc, że ten rodzaj właśnie bierze początek od łącznotkankowych osłonek nerwów i przewodów, przebiegających w skórze.

Wkrótce potem ogłaszają podobne przypadki Modrzejewski i Pomorski, potwierdzając teoryę Recklinghausena co do powstawania takich włókniaków. Podobne zdanie wypowiedzieli na mocy znalezienia nerwów: Hasselbeck, Kohtz, Audry i Fabre, Schwimmer, Heller, Thomsen i Alexander, a Cimmino zgadza się z teoryą Recklinghausena, sądząc tylko z objawów klinicznych i budowy histologicznej guzków, mimo że nie starał się wykazać w nich nerwów.

Duhring znalazł w swoim przypadku histologicznie *neuroma amyelinicum;* Philippson opisał guzek, jako twór włóknisty, bogaty we włókna nerwowe. Delore i Picque twierdzą, że w guzkach istnieją zawsze nerwy prawidłowe, a ich otoczka łącznotkankowa, rozrastając się, rozdziela wiązki nerwowe na pojedyncze włókna. Unna zgadza się w swoim dokładnym opisie z Recklinghausenem i Kriegem, zwracając także uwagę na początkowy rozrost tkanki łącznej między włóknami nerwowemi i następowy w otoczeniu torebek włosowych, gruczołów i naczyń.

Największe znaczenie przypisują nerwom Westphalen, Kyrieleis, Oriot i Merken, sądząc, że punktem wyjścia są zawsze osłonki nerwów, później dopiero i części dodatkowe skóry biorą także udział.

Brigidi opisując obok włókniaków narządów wewnętrznych takież skóry, przemawia podobnie jak Unna stanowczo za tem, że biorą one początek z tkanki łącznej nerwów skóry, przerost jej jednak rozszerza się także na otaczającą tkankę łączną, tworząc coraz większe guzy, — przyczem włókna nerwowe ulegają zanikowi. Soldan wykazuje w swej pracy, że pierwotną jest sprawa zwłóknienia *(Fibromatose)* osłonek nerwów skóry, które zachowują się biernie; — następowo dopiero rozwija się zwłóknienie także w otoczeniu, wychodzące najprawdopodobniej z naczyń krwionośnych, a może i chłonnych. W sprawie tej nie biorą udziału wedle jego mniemania ani gruczoły skóry, ani torebki włosowe.

Du Mesnil, a później Malherbe sądzą, że nie zawsze osłonki nerwowe są punktem wyjścia nowotworów, ale czasami również tkanka około gruczołów i torebek włosowych, — twierdzą jednak zarazem, że naczynia biorą w tej sprawie zawsze czynny udział.

Darier, badając guzy w przypadku Hallopeau, sądzi, że należy oddzielić nowotwory, rozwijające się w nerwach — z tkanki łącznej, leżącej między włóknami (*neurofibroma),* — od guzków rozwiniętych w skórze właściwej, w której dające się wykazać nerwy miały zawsze swoje osłonki. Temsamem zatem sprzeciwia się zasadniczo teoryi Recklinghausena.

Collet i Lacroix znajdowali powiększenie pni nerwowych, nie przypisują jednak układowi nerwowemu pierwszorzędnego znaczenia. Garré i Ramond spostrzegali wprawdzie w swoich przypadkach nerwy otoczone rozrosłą tkanką, ale pierwszy sądzi, że tylko małe guzki wychodzą z otoczek nerwowych bez nowotworzenia się tkanki nerwowej, a drugi wątpi wogóle w to, aby nowotwory z tkanki otaczającej nerwy rozwijać się mogły.

Tailhefer uważa w swoim przypadku wrodzone włókniaki za czyste twory włókniste, powstałe bez udziału nerwów, a Jeanselme opisuje, że znalazł nerwy, gruczoły, torebki włosowe i naczynia w skórze zupełnie niezmienione.

Delore, który wykazał w guzku wiązki nerwowe

i gruczoły potne wśród tkanki nowowytworzonej, — proponuje dla tych tworów nazwę: *hidradeno-neuro-fibrome*.

Payne znajdował nerwy tylko w otoczeniu guzka, Loewenstein podobnie nie mógł wykazać metodą Weigerta nerwów w tego rodzaju nowotworze i dlatego zgadza się ze zdaniem Rindfleischa: „Es ist zweifelhaft, ob das Fibroma molluscum multiplex zu den neurovegetalen Geschwülsten gehört“. Przypuszcza zarazem, że guzek wychodził z podścieliska łączno-tkankowego tkanki tłuszczowej. Monat, który również nie widział nerwów w guzie, przypuszcza raczej pochodzenie takich guzków z otoczenia torebek włosowych i gruczołów skóry, niż otoczek nerwowych.

Wreszcie co do sprawy sposobu powstawania rozwoju guzków jedni autorowie, jak Pilliet i Mannelaire, Rolleston tłómaczą powstanie choroby wadą rozwojową blaszki środkowej płodu *(Mesoblast)*, inni uważają za przyczynę zboczenia w rozwoju blaszki zewnętrznej *(Ectoderm)*. Za tą ostatnią teoryą przemawia szczególnie Girard, wskazując, że choroba ta występuje ze zboczeniami, polegającemi na wadach rozwojowych komórek blaszki zewnętrznej — i Feindel (z Oppenheimem), który chce nawet na zasadzie tej teoryi nazywać to cierpienie: *Ectodermfibromatosis*.

Hallopeau wreszcie zalicza tę sprawę do dużej grupy: *dystrophie congenitale de la peau*.

Największa część przytoczonych autorów badała guzy duże, — czy to uzyskane na stole sekcyjnym, czy też z chorych, którzy byli zmuszeni poddać się operacyi usunięcia guzów, sprowadzających im pewne dolegliwości. Nasz przypadek więc przedstawia tem większy interes, że mieliśmy do czynienia ze sprawą chorobową mało posuniętą, a przynajmniej powoli się rozwijającą. Badanie nerwów w takim przypadku, w którym nowotwory były bardzo małe, bo niektóre zaledwo w postaci plam, musiało dać jakieś pewniejsze wyniki, z których wyciągnąć można dlatego także pewniejsze wnioski co do pochodzenia nowotworów, niż w przypadkach znaczniej rozwiniętych. W tym celu dla wykazania nerwów, — do czego używałem metody Weigerta, — wziąłem najmniejszy nowotwór, istniejący na klatce piersiowej w postaci zaledwo widocznej, sinawej plamy.

Budowa histologiczna tego najmniejszego tworu nie różniła się niczem od większych guzków; — komórki składające guzek w skórze przedstawiały kształty powyżej opisane, a wśród nich wykazałem sposobem Weigerta wyraźne włókna nerwowe.

Przedewszystkiem na pierwszy rzut oka uderza większa ilość włókien nerwowych w samym guzku, lub na jego obwodzie, niż w reszcie skóry prawidłowej. Wytłómaczenie tego szczegółu znalażćby można chyba w tem, że guzek ten leżał bezpośrednio przy torebce włosowej, do której dochodziło dużo włókien nerwowych wraz z licznemi zazwyczaj w tem miejscu skóry naczyniami krwionośnemi. Następnie pojedyncze włókna nerwowe zdają się być pokręcone, przez co przekrój trafiać je musi częściej i na liczniejszych miejscach, niż w stanie prawidłowym, a temsamem muszą być pozornie liczniejsze. Wreszcie przypuszczaćby można, że nowotwór rozwija się z większej wiązki, niż wiązki nerwowe w otoczeniu i że wiązka ta daje się łatwiej barwieniem wykazać w tkance komórkowej guza, niż między wiązkami tkanki klejorodnej, kędy zazwyczaj przebiegają nerwy w skórze. Większa ilość włókien nerwowych zdaje się zatem być tylko pozorną; — nie sądzę wcale, aby istniało nowotworzenie się czynników nerwowych, a przypuszczałbym tylko, że nowotwór bierze początek z wiązki liczniejszej we włókna nerwowe, niż wiązki otoczenia.

Rozłożenie włókien nerwowych przedstawiało się różnie, zależnie od przecięcia. W jednych skrawkach widać wiązkę nerwową złożoną z kilku włókien, wchodzącą w guzek, w którym spostrzega się pojedyncze włókna, rozsunięte od siebie. W innych znajduje się wyraźna wiązka nerwów w środku guzka, a obok niej pojedyncze włókna mniej lub więcej rozsypujące się ku obwodowi. W jeszcze innych wreszcie idą włókna nerwowe od nerwów torebki włosowej, lub gruczołu w sam guzek. *(Fig. 3)*.



Fig. 3. Plama w skórze klatki piersiowej. Powiększ. DD. Ok. 2. Zeiss. — Barwienie sposobem Weigerta. — Najciemniej zabarwione włókna nerwowe, dochodzące do torebki włosowej i gruczołu łojowego i rozsypujące się w guzku. Ciemno zabarwiona otaczająca tkanka klejorodna, a jasno miąższ guzka.

Na skrawkach z samego brzegu guzka, a zatem z miejsca, gdzie komórek jeszcze nader mało między rozsuniętą już częściowo tkanką klejorodną, spostrzega się nierzadko i po kilka wiązek nerwowych obok naczyń krwionośnych; — nie widać jednak prawie zupełnie pojedynczych włókien nerwowych. Na przecięciach środkowych guzka zaś znajduje się zazwyczaj jedna wiązka większa o nieco rozsuniętych włóknach bliżej środka guzka, a obok tego kilka pojedynczych włókien, różnie przeciętych wśród miąższu nowotworu. *(Fig. 4)*.

Stosunek wiązek i włókien nerwowych do miąższu guzka przedstawia się również rozmaicie, zależnie od miejsca przecięcia, z którego wzięto skrawek. Na samym obwodzie, tam gdzie — jak wspomniałem, — widzieć można nawet parę wiązek nerwowych, spostrzega się tak na przecięciach poprzecznych, jak podłużnych tychże wiązek włókna ułożone w nich blisko siebie, nie oddzielone komórkami nowotworu. Czem bliżej środka, tem więcej spostrzega się wiązki o włóknach, przez komórki rozsuniętych, aż wreszcie pojedyncze włókna nerwowe, wrastające w miąższ guzka. Czasami spostrzega się na jednym skrawku wiązkę, wchodzącą w guzek, o włóknach równolegle do siebie ułożonych,

dalej zaś wiązka ta rozsypuje się na pojedyncze włókna, oddzielone od siebie komórkami nowotworu, czyli przez nie obrośnięte. Przytem dodać muszę, że wiązki nerwów przedstawiają się zupełnie prawidłowo i otoczone były jak zazwyczaj osłonką, oddzielającą się wyraźnie od otoczenia, czego nie zauważyłem wtedy, gdy wiązka rozsypała się już na pojedyncze włókna.

Tak przedstawiały się nerwy i ich stosunek do otoczenia w nowotworach mało rozwiniętych, zaledwo w po-



Fig. 1. Plama w skórze klatki piersiowej. Powiększ.: DD. Ok. 2. Zeiss. — Barwienie sposobem Weigerta. — Przecięcie bliżej środka; najciemniejsze są włókna nerwowe w wiązce i rozsypujące się w górnej części we włókna; tkanka klejorodna oddziela się z tej strony dość wyraźnie od guzka, nie tworząc jednak otoczki.

staci plamy w skórze widzialnych; — w guzie jednak stosunkowo dużym, wyciętym z pośladka, nerwów prawie całkiem wykazać nie mogłem. Na ten szczegół zwrócił uwagę Recklinghausen i tłomaczył go późniejszym zanikiem włókien nerwowych. Późniejsi autorowie także w części objaw ten spostrzegali. (Dokończenie nastąpi).

IV. Wyciągi.

Krause. **Leczenie hetolem gruźlicy płuc i krtani.** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 42, 1902). Leczenie hetolem, — które autor samo przez się uważa przy niejakiej wprawie za łatwo wykonalne i wcale nie niebezpieczne dla chorego, — powinno się przedewszystkiem rozciągnąć na czas dłuższy, co najmniej na kilka tygodni, a czasami nawet na miesiące i lata. Nawet w cięższych przypadkach widział Krause względnie dobre wyniki, a w szczególności zupełne ustąpienie gorączki i potów (już w ciągu pierwszego tygodnia leczenia), zmniejszenie się kaszlu i wreszcie ogólną poprawę objawów przedmiotowych. A właśnie te pomyślne wyniki, otrzymane u ciężko chorych, mają tem większe znaczenie, ponieważ dotychczas nie istnieją dla takich przypadków zakłady lecznicze, które jednak bardzo byłyby pożądane. Leczenie polega na najściślejszem indywidualizowaniu chorych i na wstrzykiwaniach śródżylnych, sprowadzających w schorzałych okolicach nadmierne nagromadzenie się ciałek białych. Na wyciętych skrawkach, pochodzących z gruźliczo zmienionych krtani, zdołał autor wprost stwierdzić gojenie, które atoli w najpomyślniejszych przypadkach trwało kilka miesięcy. Wreszcie podaje Krause 21 dokładnych historyi chorób, z których wynika, że w 4 przypadkach nastąpiło zupełne wyleczenie, w 13 znaczna, a w pozostałych 4 mniejsza poprawa.

Dr. Pisek (Podgórze).

Graefe. **W sprawie owaryotomii podczas ciąży.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 43, 1902). Fehling w roku 1900 na kongresie w Akwisgranie polecał operować torbielaki jajnikowe podczas ciąży tylko przy okręceniu szypuły, uwięźnięciu torbielaka w miednicy małej i szybkim bardzo wzroście; w przypadkach tych o ile można operować w miesiącach wczesnych, w innych zaś przypadkach operacyi nie przedsiębrać. Powodem zapatrywania tego, według zebranej do owego czasu statystyki (130 przypadków) był duży odsetek (27·8%) przerwania ciąży, w tem 5% śmiertelności matek. Od tego czasu zebraną statystykę przez Orglera przytacza autor, omawiając dokładniej trzy przypadki przez siebie operowane.

Na 27 zebranych przypadków, operowanych w różnych miesiącach ciąży, śmiertelność matek była 0., poronień 5, przedwczesnych porodów 3. Zdaniem więc autora należy robić owaryotomię daleko częściej, aniżeli robi się obecnie, bo niebezpieczeństwo dla matki prawie nie istnieje, dla płodu zaś jest minimalne, jeżeli tylko podczas operacyi jak najmniej macicę się wygniata. Nie operując w miesiącach wczesnych, tylko czekając na wskazania, podane przez Fehlinga, często wykonać wypadnie operacyę w warunkach znacznie gorszych, co też wpłynie na zwiększenie odsetka śmiertelności matek i przerwania ciąży.

Pierwszeństwo daje G. laparotomii dlatego, że przy niej można uniknąć prawie zupełnie ucisku macicy; z zabiegów od strony pochwy poleca kolpotomię tylną tylko przy torbielakach, leżących nizko w miednicy małej. *P.*

Scheftel. **Powstanie przetoki przedsionkowo-odbytniczej przy pierwszem spółkowaniu.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 39, 1902). Przytoczywszy znane w piśmiennictwie rosyjskiem okaleczenia podczas spółkowania, autor opisuje swój przypadek. Dotyczył on mężatki 22-letniej, wcale dobrze zbudowanej, prawidłowo miesiączkującej, która przez 11 miesięcy małżeństwa nic nie wiedziała o swem okaleczeniu. Udała się do lekarza o poradę z powodu skąpego miesiączkowania i ten dopiero zwrócił jej uwagę na okaleczenie; zapytana o pierwsze spółkowanie podawała, że było dla niej bardzo bolesne i że w jakiś czas później zauważyła, że czasami ze szpary sromowej wydobywał się kał.

Za wędzidełkiem, a niżej wejścia do pochwy, zarośniętego błoną dziewiczą prawie w całości, znajdował się otwór, drążący w głąb ku kiszce odchodowej. Na szczycie tego kanału widoczna wynicowana błona śluzowa odbytnicy. Pochwa nadzwyczaj wązka, reszta części rodnych budowy prawidłowej. W końcu opisuje autor sposób operowania przetoki i rozszerzania pochwy. *P.*

Hantke. **Wskazania lekarskie do przerwania ciąży.** (*Monatsschrift für Geb. und Gyn.* Tom 16, Zeszyt 3, 1902). Lekarzowi wolno przerwać ciążę przez wywołanie poronienia lub przedwczesnego porodu w celu ratowania życia matki, zagrożonego dalszem trwaniem ciąży, lub też może być mowa tylko o przedwczesnym porodzie — w interesie dziecka. Autor pomija wskazania, wynikające ze zmian budowy miednicy i chorób, dających się leczyć chirurgicznie i omawia wskazania, powstałe w samej ciąży wskutek chorób istniejących poza nią, lub przez nią wywołanych. Odkąd Gusserow pierwszy opisał przypadki złośliwej błednicy postępującej, nabytej w ciąży, a które wszystkie skończyły się śmiercią matki zaraz po porodzie, radzą niektórzy położnicy w takich przypadkach usunąć tę przyczynę wywołującą i przerwać ciążę.

Sänger, Schröder i inni zalecają również przerwać ciążę w przebiegu białaczki w przekonaniu, że choroba ta, gdy nastąpi ciąża, stanowczo się pogarsza, wywołując ciężkie objawy: ciągłego bólu i zawrotów głowy, szumu w uszach, duszności i uczucia napinania w brzuchu. Kleinwächter i Hartman, opierając się na kilku przypadkach wyleczenia po dobrowolnym porodzie, odradzają przerywać ciążę. Prawie wszyscy wybitni ginekolodzy zgadzają się na to, że ciąża wpływa ujemnie na choroby nerek. Należy rozróżnić bardzo częstą postać »*nephritis gravidarum*«, objawiającą się białkomoczem, od przewlekłego czy ostrego zapalenia nerek. Prócz białka znajdujemy wtedy w moczu wałeczki. Tylko te stany chorobowe nerek mogą dać powód do przerwania ciąży. Dlatego też powinno być zasadą w każdym przypadku ciąży badać mocz często i dokładnie. Każdy przypadek zapalenia nerek w przebiegu ciąży należy najprzód leczyć jak zwykle dyetą mleczną, środkami moczopędnymi i potnymi. Jeżeli mimoto nie można zauważyć żadnego polepszenia, mocz stale wykazuje znaczną ilość białka i wałeczki, ilość jego stale zmniejszona i nawet występują obrzęki, wtedy możemy ciążę przerwać, bez względu na to w jakim okresie. Jeżeli bowiem stan ten chorobowy, tak ciężki, znajdziemy już w pierwszych miesiącach ciąży, to i tak mała tylko jest nadzieja utrzymania

płodu, a matkę możemy uratować. Tylko w tych przypadkach, gdzie groźne objawy wystąpią dopiero w drugiej połowie ciąży i nie robią wielkich postępów, czekają niektórzy z przerwaniem ciąży aż do czasu, w którym życie płodu pozamaciczne będzie możliwe. Leyden radzi nawet wywołać poród przedwczesny w przypadkach stale i długo utrzymującego się białkomoczu. Drgawki występujące w ciąży również mogą dać poród do jej przerwania, szczególnie jeżeli napady często po sobie następują (Olshausen) i jeżeli ani zawijania, ani środki nasenne nie pomagają (Ahlfeld). Doświadczenie zresztą uczy, że drgawki bardzo często ustępują z chwilą urodzenia się płodu, a rokowanie tak dla matki, jak i płodu jest tem gorsze, w im wcześniejszym okresie ciąży one występują. Przeciw przerwaniu ciąży w tych przypadkach występuje Kleinwächter. Czasem w następstwie długo utrzymującego się białkomoczu pojawia się zapalenie siatkówki, które może się stać przyczyną zupełnej ślepoty. Ponieważ stan ten zwykle występuje dopiero w drugiej połowie ciąży, należy z chwilą jego pojawienia się wywołać poród przedwczesny. Przypadków uporczywych wymiotów ciężarnych nie należy bagatelizować. Są wprawdzie ginekolodzy, którzy utrzymują, iż leczeniem zachowawczem zawsze doszli do celu; znane są jednak przypadki zejścia śmiertelnego. Dlatego też można czekać z przerwaniem ciąży, jak długo na to pozwala stan ogólny ciężarnej; z chwilą jednak, gdy wystąpią groźne objawy błednicy, białkomocz, bredzenie, gorączka naprzemian z ciepłotą niską, ciężkie objawy nerwowe, nie należy wtedy zwlekać z przerwaniem ciąży, gdyż może być za późno. Groźnem powikłaniem ciąży są wady sercowe, a mianowicie okres niedomogi (duszność, obrzęki). Jeżeli okres ten mimo odpowiedniego leczenia nie wykazuje choćby polepszenia, należy ciążę przerwać. Zwykle idzie tu o wywołanie porodu przedwczesnego; Kleinwächter sprzeciwia się przerwaniu ciąży tembardziej, że w przypadkach ciężkich zwykle i tak występuje dobrowolnie poronienie, lub poród przedwczesny. W gruźlicy płuc już dawno przerywano ciążę, ale w interesie dziecka. Przekonano się jednak, że sama ciąża źle wpływa na sprawę gruźliczą, że więc przez jej przerwanie można w wielu przypadkach postęp sprawy zatrzymać. Naturalnie stałej zasady tu postawić nie można, trzeba indywidualizować. Zależnie od stanu chorej i postępu gruźlicy jedni wywołują poronienie, drudzy poród przedwczesny. Przeciwnikiem przerywania ciąży w tych przypadkach jest znowu Kleinwächter, który matkę uważa za straconą, a przez sam zabieg przyspiesza się tylko zejście. W przebiegu pląsawicy ciężarnych należy przerwać ciążę, jeżeli choroba ta odrazu wystąpi ostro, postępuje, staje się ogólną, a podawane środki (brom) nie pomagają; dalej — jeżeli w przebiegu jej wystąpią bredzenia, napady szału, obłęd. Do chorób, które mogą czasem dać powód do przerwania ciąży, należą jeszcze: ciężka rwa, choroba Basedowa i wól; ta ostatnia choroba wskutek ciężkich objawów duszności, które po porodzie często ustępują. *Dr E. Ehrenpreis.*

J. M. C. Mouton (z Hagi). **W sprawie teoryi odnoszącej przyczynę drgawek porodowych do płodu.** (*Centralblatt für Gynäcologie* 1902, Nr. 42). Przed 4 laty wypowiedział Fehling zdanie, iż w drgawkach porodowych za mało uwzględnia się dotychczas rolę płodu. Płód, jako twór żyjący i wytwarzający wiele trujących produktów, spowodowuje bezpośrednio zapomocą łożyska, lub pośrednio drogą wód płodowych, przedostawanie się tych ciał trujących do krwi matki. Jeśli ustrój matki sprawnością swą zdoła wyrugować wszelkie istoty trujące, wówczas matka pozostaje do końca zdrową. W razie wzmożenia się ilości tych istot, a zatem i nadmiernej pracy wydzielania, lub w razie schorzenia narządów wydzielniczych, n. p. zajęcia nabłonka nerek, pierwszym objawem chorobowym staje się białkomocz ciężarnych, drugim, nierównie cięższym, drgawki porodowe. Godzi się jednak podnieść, iż teoryę tę wygłosił jeszcze na 3 lat przed Fehlingiem P. T. C. van der Hoeven, w rozprawie: „Przyczyna drgawek porodowych“, napisanej w celu osiągnięcia godności doktora, gdzie wyraźnie zaznaczył swoje zapatrywanie, a mianowicie: w drgawkach porodowych znachodzi się po śmierci w narządach matki i płodu, zmiany pochodzące najprawdopodobniej z bardzo wielkiej ilości ciał trujących we krwi. Zatrucie może powstać albo skutkiem zmiany anatomicznej i czynnościowej podczas ciąży w narządach wydzielniczych matki, przez co nie mogą one podołać prawidłowej ilości pracy, albo ilościowy wzrost pracy jest tak znaczny, że narządy te nie mogą odpowiedzieć równą sprawnością i wyrugowaniem przetworów przemiany, wskutek czego ulegają schorzeniu. Wielką podporę dla swej teoryi zyskał van der Hoeven w fakcie, że u noworodków, narodzonych z matek, które uległy drgawkom, występuje białkomocz i drgawki, jakoteż więcej trujące właściwości ich krwi, niż matek. Następnie częściej spotykamy drgawki w ciąży bliźniaczej, albo też widzimy, że objawy grożących napadów słabną, lub gasną w razie obumarcia płodu w macicy. Pojawianie się drgawek w połogu objaśnia van der Hoeven, jak następuje: z urodzeniem się płodu ustaje wprawdzie dalsze wytwarzanie się trujących produktów, ale nie zniknęły zmiany w narządach matki. Rozumie się, że zmiany te są przemijającą przyczyną niedostatecznego wydzielania produktów, a jak długo po porodzie nerki mniej usuwają tych produktów, niż się ich wytwarza we krwi matczynej, tak długo powiększa się ilość toksyn, aż wreszcie podrażnienie nerwowego układu może być tak znaczne, iż występują drgawki. Mówiąc zatem o teoryi Fehlinga, należałoby łączyć jego imię z imieniem van der Hoevena. *G. Grzybowski.*

L. Knapp (z Pragi). **Szybkie rozszerzenie ujścia macicznego zapomocą przyrządu.** (*Klin. therapeut. Wochenschrift*, 1902). Omówiwszy dość szczegółowo wszelkie używane dotychczas sposoby mniej lub więcej łagodnego i prędkiego rozszerzenia ujścia macicznego, przystępuje Kn. do oceny przyrządu Bossiego, zmodyfikowanego przez siebie wespół z wiedeńskim fabrykantem Nowakowskim. Widać, że autor jest na mocy doświadczenia gorącym zwolennikiem tego sposobu, choć z drugiej strony nie używa go nigdzie tam, gdzie można ręcznie dojść do celu. Stosuje go zaś przedewszystkiem w drgawkach porodowych, w przypadkach ciężkiego schorzenia rodzącej, czy to wskutek poważnej wady serca, gruźlicy w ostatnich okresach, złośliwej niedokrewności, nie dających się niczem powstrzymać wymiotów, następnie w razie pojawienia się wśród porodu gorączki, jeśli ta jest zapowiedzią połogowego zakażenia. Tosamo dotyczy dłuższego zatrzymania się obumarłego i gnijącego płodu, gdyby rozkład jego groził bębnicą macicy z smutnemi następstwami. Również w razie zanadto przedłużającego się porodu, czy to skutkiem słabych bólów, czy też stwardnienia ujścia macicznego. Stosowanie sposobu Bossiego chciałby Knapp widzieć także i w sztucznem poronieniu. W tem wszystkiem postępuje nieco odmiennie, mianowicie rozszerza ujście maciczne jednym ciągiem, bez przerw, aż do pożądanej wielkości. Przez cierpliwość, wprawę i zręczność można uniknąć wszelkich poważniejszych powikłań, jakie pociąga za sobą pierwotny przyrząd Bossiego, w dodatku niezręcznie użyty. Po rozwarciu ujścia można pozostawić poród dalszym siłom ustroju, względnie ukończyć go kleszczami, obrotem, wydobyciem płodu, lub wymóżdżeniem. *Grzybowski.*

Otto Heussen. **Oddech przerywany.** (*Deutsches Archiv für klin. Medicin* Tom 74, Zeszyt 2, 1902). Oddech przerywany występuje przeważnie w czasie wdechu, jako wzmocnienie szmeru oddechowego, rzadziej jako osłabienie lub przerwa szmeru; uprzywilejowane miejsca jego zjawiania się są: 1-szy i 2-gi przestwór międzyżebrowy i lewa okolica podłopatkowa. Takie wyniki dało badanie 268 chorych, leczonych w sanatoryum Sonnenberg, z których 14,5% okazywało objaw oddechu przerywanego. Jeżeli przerwy albo raczej zmiany szmeru oddechowego odbywają się rytmicznie, zgodnie z czynnością serca, to mamy wtedy t. zw. „systoliczny“ oddech. Autor utrzymuje, że właśnie „systoliczny“ przerywany oddech stanowi regułę u gruźliczych i tłomaczy go przekrwieniem miąższu płucnego: rozszerzone w czasie skurczu naczynia włosowate płucne stwarzają przeszkodę w przekrwionych miejscach dla wdechanego powietrza i powodują zjawisko przerywanego oddechu. Wstrzykując tuberkulinę, która ma w chorych częściach wywoływać przekrwienie, autor otrzymał u wszystkich trzech badanych chorych rytmicznie przerywany oddech w miejscach podejrzanych o gruźlicę. Oddech przerywany, zdaniem autora, — bywa objawem nietylko przekrwienia, lecz i przebytego zapalenia płuca lub opłucnej, albo też każe podejrzywać trwający jeszcze proces zapalny w najbliższem sąsiedztwie. *Z. Czapiicki.*

Sturm. **Zastosowanie maszyny dentystycznej w leczeniu zapalenia ucha środkowego.** (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde* T. 41, 1902). W klinice chorób usznych w Rostoku używają maszyny dentystycznej dla wypiłowania zewnętrznej ściany jamy bębenkowej w przypadkach przewlekłego ropienia w górnej części jamy bębenkowej. Operacya ta ma na celu odsłonięcie siedliska choroby, by tem skuteczniej działać miejscowo na proces chorobowy. Operacyę tę można wykonać tylko wtedy, kiedy przewód uszny jest dostatecznie szeroki. S. podaje przypadek, gdzie tym sposobem odsłonięto nawet jamę wyrostkową. Także dla wydalenia ograniczonych miejsc próchniejących w jamie bębenkowej używają maszyny dentystycznej, o ile dostęp przez przewód uszny jest możliwy. *Dr. Teofil Zalewski.*

Sato. **O** *fissura mastoideo-squamosa i sutura frontalis* **w stosunku do rasy i płci.** (*Zeitschrift für Ohrenheilkunde* Tom 41, 1902). Według Adermanna *fissura mastoideo-squamosa* spotyka się jednakowo często na czaszkach rozmaitych ras; wyjątek stanowią negry, u których zdarza się bardzo rzadko. S. badał 1373 czaszek rozmaitych ras. Badania jego potwierdziły wyniki badań Adermanna, że u negrów *fissura mastoideo-squamosa* spotyka

się bardzo rzadko: spostrzeżenie to zrobił autor nietylko na czaszkach afrykańskich, lecz i u negrów australijskich. Na czaszkach mongołów, eskimosów, indyan *fissura mastoideo-sqamosa* spotyka się też rzadko. Co do innych narodów, to różnicy autor nie widział, — istnieje ona w mniejszym lub większym stopniu, mniejwięcej w 37%. Adermann znalazł tensam stosunek. Co do płci, różnicy niema. Taksamo *sutura frontalis* spotyka się u negrów bardzo rzadko w stosunku do innych narodów, u których znalazł ją autor w 7,65%. *Dr. Teofil Zalewski.*

Doc. Georgjewskij. **W sprawie powstania we krwi swoistej substancyi uodporniającej** (*substance sensibilisatrice, Immunkörper*) **w durze brzusznym.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1902, Nr. 17). Dla oznaczenia czasu powstania we krwi chorych na dur brzuszny swoistej substancyi uodporniającej użył Georgjewskij metody Bordeta. Metoda ta polega na własności drobnoustrojów pochłaniać aleksyny w obecności substancyi uczulającej. Do szeregu próbówek nalewał autor pewną ilość świeżej surowicy, wziętej z osób, które nie przechodziły duru brzusznego, więc surowicy, zawierającej tylko aleksyny i dodawał surowicę chorego na dur brzuszny, pozbawioną aleksyn przez ogrzewanie w ciągu ½ godziny w ciepłocie 56° C., wreszcie pewną ilość zawiesiny laseczników durowych. Otrzymane mięszanki zostawiał w ciepłocie 20° C. przez 1—1½ godziny i oznaczał następnie zawartość aleksyn. Brak aleksyn miał oczywiście wskazywać na obecność w badanej surowicy substancyi uczulającej. Podobne badania G. przeprowadził na 26 chorych na dur brzuszny, na 3, którzy przedtem przebyli dur i na 8 o obnikach zdrowych. W pierwszych ⅔ gorączkowego okresu autor ani razu nie mógł stwierdzić we krwi substancyi uczulającej; zjawiała się ona w niektórych razach zaledwie w końcowym okresie duru; z obniżeniem ciepłoty do stopni prawidłowych występowała ona zawsze, lecz początkowo słabo, wyraźniej zaś dopiero w końcu 1—2 tygodnia po durze. Po upływie 2—4 miesięcy odczyn występował jaskrawo. U osobników zdrowych, którzy nigdy nie przechodzili duru, nie udało się wykryć substancyi uczulającej. *Witold Orlowski.*

Harris i Herzog M. **Wycięcie śledziony w niedokrwistości śledzionowej, czyli pierwotnej splenomegalii.** (*Annals of Surgery — Phil. Med. Journal* 18 stycznia, 1902). Patologia tego cierpienia pozostaje niewyjaśnioną, lecz główne zmiany histologiczne stwierdzamy w śledzionie, w postaci ogólnego rozrostu anatomicznych pierwiastków śledziony, sprawy podobnej do rozlanego naczyniaka limfatycznego. Terapeutyczne leczenie jest tu bezowocne; zasługują tedy na zupełną uwagę wyniki zabiegów operacyjnych, mianowicie wycięcia śledziony. Autorowie artykułu spostrzegali dwa przypadki tej choroby i zebrali z piśmiennictwa 19 przypadków splenektomii, z których w 14-stu wynik był jak najpomyślniejszy, chorzy wyzdrowieli; w czterech przypadkach nastąpiła śmierć, w pierwszym wynik pozostał niewiadomy.

Trudność i niebezpieczeństwo operacyi wzrasta odpowiednio do wymiarów śledziony; to też operacya jest wskazaną natychmiast po ustaleniu rozpoznania i przekonaniu się o nieskuteczności leczenia aptecznego. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Meltzer. **Znaczenie stężenia płynu i ilości miejsc ukłócia przy wstrzykiwaniach podskórnych.** (*The Journal of Exper. Medic. — Philad. Med. Journal* 15 lutego, 1902). Na mocy swych doświadczeń dowodzi autor, iż stężenie cieczy, używanych do zastrzykiwań podskórnych, ma wielkie znaczenie: przy dawkach jednakowych, im roczyn wstrzykiwany bardziej będzie zgęszczony, tem działanie jego jest silniejsze. Inaczej mówiąc, ciśnienie osmotyczne jest najgłówniejszym czynnikiem w sprawie chłonienia. Wyraźny również ma wpływ na siłę działania zastrzykniętego leku wstrzyknięcie określonej ilości nie w całości w jednem miejscu, ale potrochę w kilku miejscach. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dr. Floret. **Mesotan** (*Deutsche medicin. Wochenschrift* Nr. 12, 1902), nowy środek, stosowany w cierpieniach gośćcowych i dnawych z nadzwyczajnym powodzeniem: podawany w 120 przypadkach miał dać nadspodziewane wyniki tak dalece, że jest prawie lekiem rozpoznawczym co do istoty cierpienia. Używa się go w postaci pędzlowań (*Rp. Mesotani, Ol. olivar aa 25,00 M. DS. trzy razy dziennie pędzlować*). *Dr. Pisek* (Podgórze).

Walko. **Oliwa stosowana w wrzodzie żołądka.** (*Semaine médicale* 1902, Nr. 46). Przed kilku laty Cohnheim polecił podawanie dużych ilości oliwy w przypadkach zwężeń odźwiernika. Obecnie lekarz francuski Mathieu stwierdził, że wprowadzenie pewnej ilości oliwy równocześnie ze śniadaniem Ewalda zmniejsza wydzielanie kwasu solnego. Ponieważ objawy skurczów i bólów spowodowane są nadmierną kwasotą, zatem oliwa powinnaby je łagodzić. Dr. Walko, asystent prof. Jakscha z Pragi, przeprowadził szereg doświadczeń, z których wynika, że oliwa, będąc równocześnie znakomitym środkiem odżywczym, oddać nam może bardzo dobre usługi w przypadkach wrzodu okrągłego żołądka, któremu, jak wiadomo, prawie zawsze towarzyszy nadmierna kwasota.

Głównem wskazaniem leczniczem przy wrzodzie żołądka jest żywienie chorego bez drażnienia wrzodu; oliwa spełnia to zadanie w zupełności: jak powiedzieliśmy, wartość odżywczą posiada znaczną; błony śluzowej żołądka nie drażni zupełnie, a oprócz tego nie wywołuje w żołądku kiśnienia, które jest nieuniknionem następstwem żywienia wyłącznie mlecznego. W świeżych przypadkach wrzodu żołądka Walko zaczyna od kilku łyżeczek oliwy, polecając bezpośrednio po tem staranne wypłókanie ust i przełyku aromatyczną, lekko antyseptyczną wodą do ust. W następnych dniach podnosi stopniowo dawki aż do 150 ctm. sześc. dziennie (w trzech dawkach). Jeżeli chory nie znosi oliwy, można ją wprowadzać w postaci zawiesiny przez wielki cewnik żołądkowy. Przez czas trwania początkowych ciężkich objawów, t. j. przez pierwsze 3 do 6 dni, oliwa stanowić będzie wyłączne pożywienie chorego. Oliwa zwalcza skutecznie tak częste przy wrzodach żołądka zaparcie stolca; wprowadzona jednak w stanie czystym nie wywołuje biegunki: dlatego też możemy równocześnie z jej podawaniem stosować lewatywy odżywcze.

Walko przeprowadził ten sposób leczenia w 9-ciu przypadkach, zawsze z dobrym wynikiem. Zwykle po ośmiu dniach ustępowały wszystkie zaburzenia; bezpieczniej jednak jeszcze przez dwa tygodnie podawać oliwę połączoną z innem odpowiedniem żywieniem.

Nader pomyślnem okazało się to leczenie w przypadkach przewlekłych wrzodu żołądka tam, gdzie leczenie operacyjne nie dało pomyślnego wyniku. Dlatego też przed szukaniem pomocy w zabiegu operacyjnym autor poleca zawsze przeprowadzenie leczenia oliwą. Walko przypisuje oliwie działanie podobne do działania bizmutu, t. j. ochranianie rany od podrażnień z zewnątrz; próbował przeto oba te leki połączyć. Pomimo skąpej ilości doświadczeń można wnosić, iż sposób ten pomyślnie będzie wpływał na szybkie zabliźnianie się wrzodu. *Dr. T. Żeleński.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 26 listopada 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prof. Pieniążek przedstawia chorego, u którego wyciął krtań z powodu raka tego narządu.

Na zapytanie kol. Spiry, czy gruczoły nie były zajęte, odpowiada prelegent, że nie wyjęło gruczołów, gdyż nie były zmienione.

III. Kol. prof. Trzebicky przedstawia: 1) Chorego, któremu przez ezofagotomię zewnętrzną wyjął z połyku sztucznego zęba, połkniętego wraz z płytką. Pacyent opowiadał, że zęba połknął we śnie. Przebudziwszy się, doznał bólu w »piersiach« i przy połykaniu, które się zresztą odbywało dość lekko. Przy badaniu przez innych kolegów zgłębnik znacznej grubości przechodził z łatwością, natomiast badanie ezofagoskopem wykazywało obecność obcego ciała białego. Badanie Röntgenem, dokonane w zakładzie Dra Frommera, wykazało, że ciało obce utkwiło na wysokości drugiego kręgu piersiowego. Przy operacyi, dokonanej przy łaskawej asystencyi prof. Pieniążka w 3 dni po wypadku przekonał się kol. T., że płyta zęba była ustawiona pionowo i dzieliła całe światło połyku na dwie nierówne części, czem się też tłómaczy łatwość sondowania w tym przypadku. Krawędzie płyty były mocno wbite w ściany połyku. Zapomocą szczypczyków można było ciało obce z łatwością wyjąć pod kontrolą wzroku. Obecnie pacyent jest wyzdrowieńcem.

2) Chorego po splenektomii. Pacyent, liczący lat około 20, zgłosił się do prelegenta z powodu uporczywych krwotoków jelitowych, wzbudzających podejrzenie na nowotwór jelitowy. Badanie dokładniejsze wykazało obecność guza śledziony znacznych rozmiarów i niedokrewność (2,506.000 ciałek czerwonych, 39% hemoglobiny; w ciałkach krwi czerwonych znaczny endoglobularny rozpad). Nowotwór jelita-mo-

żna było wykluczyć. Prelegent wykonał wycięcie śledziony, do czego skłoniła go także i ta okoliczność, że pacyentowi dawniej podawano w domu chininę i arsen bez skutku. Operacya była technicznie bardzo trudną z powodu rozległych, krótkich a mocnych zrostów z przeponą. Wynik operacyi jest bardzo dobry, gdyż obecnie w 5 tygodni po operacyi liczba ciałek czerwonych przekracza już $3^1/_2$ milionów, a odsetka hemoglobiny wynosi 50. Kilka razy spostrzegano we krwi po operacyi ziarna melaniny i pasorzyty zimnicze.

3) Okazał oprócz śledziony, wyjętej u dopiero co wspomnianego chorego, 4 śledziony znacznych rozmiarów, wydobyte przez splenektomie wykonane przez prelegenta w ostatnim roku.

4) Pacyentkę po cholecystotomii z powodu zaklinowania się 2-ch kamyków żółciowych w miejscu przejścia przewodu pęcherzowego w przewód wspólny.

5) Kamień żółciowy wielkości dużego jaja gołębiego, wydobyty cholecystotomią z powodu wklinowania się w tem samem miejscu, co w poprzednim przypadku. Pacyentka jest również wyleczoną.

6) Guz wielkości 2 ch pięści dorosłego mężczyzny, wydobyty z śródpiersia po poprzedniem wypiłowaniu lewego obojczyka, 1—4 żebra i lewej połowy mostka. Tętnicę podobojczykową, przechodzącą przez guz, podwiązał prelegent na samym łuku aorty. Pacyent zmarł 15-go dnia po operacyi z obustronnego zapalenia płuc.

7) Preparat pękniętej nerki, wyjętej u chorego, który przed 10-ciu miesiącami, spadając ze znacznej wysokości, uderzył okolicą lędźwiową prawą o baryerę. W jednym ze szpitali prowincyonalnych wykonano operacyę, o czem świadczy rozległa blizna. Chory zgłosił się do szpitala z przetoką, z której wydzielała się ropa i mocz. Prelegent cięciem lędźwiowem odsłonił dużą jamę, wśród której znajdowały się szczątki poszarpanej nerki, z których kawał największy pozostawał w związku z naczyniami nerkowemi i moczowodem. Wszystkie te kawałki wyjęto. (*Streszczenie własne).*

W dyskusyi zabierali głos koll. Surzycki, Rutkowski i prelegent.

IV. Kol. doc. Rutkowski wygłosił odczyt: »O zapaleniu wyrostka robaczkowego i jego leczeniu«.

V. Kol. prof. Rosner mówił: »O appendicitis in gravida«. — (Rzecz przeznaczona do druku).

Kol. prof. Klecki w dyskusyi wyjaśnia, że zarówno jego własny pogląd na powstawanie zapalenia wyrostka robaczkowatego, jako też i tak zw. «teorya» Dieulafoya, opierają się na tych samych podstawach, mianowicie na badaniach doświadczalnych, jakie K. przeprowadził nad jadowitością *bacterium coli commune*. W badaniach tych stwierdził K., że jadowitość drobnoustrojów jelitowych zależy między innemi od stanu ściany jelita i że w pewnych jej stanach patologicznych jadowitość drobnoustrojów się wzmaga. W odnośnych doświadczeniach ze względu na porównawcze badanie jadowitości bakteryj dany odcinek jelita musiał być zamknięty; Dieulafoy, pomijając stwierdzoną przez K. zależność własności życiowych bakteryi jelitowych od naturalnego ich środowiska, na którego skład w wysokim stopniu wpływa stan ściany jelita, wysuwa na pierwszy plan, jako czynnik wzmagający jadowitość bakteryj, szczegół, wprowadzony do badań K. tylko ze względów technicznych, t. j. zamknięcie światła jelita, i ztąd wyprowadza swoją *„théorie de la cavité close»*.

W szeregu doświadczeń na królikach wykazał K., że zamknięcie światła wyrostka robaczkowatego nie wpływa na jadowitość zawartych w nim prątków okrężnicowych: w jednych doświadczeniach pomimo zamknięcia światła wyrostka jadowitość rzeczonych prątków nie wzmagała się; w innych — ich jadowitość wzmagała się, pomimo że przewód wyrostka był zupełnie drożny. Ze spostrzeżeń klinicznych również wynika, że nie zachodzi żaden związek pomiędzy drożnością, a względnie zamknięciem przewodu wyrostka, a powstaniem zapalenia wyrostka.

Wobec tego tak zw. »teorya« Dieulafoya ostać nie może.

Przytem K. nadmienia, że w zapaleniu wyrostka robaczkowatego, sprowadzonem sztucznie u zwierząt, jadowitość prątka okrężnicowego niekoniecznie musi się podnieść; z jego doświadczeń wynika bowiem, że i prątek okrężnicowy o zwykłej jadowitości może sprowadzić zapalenie ropne wyrostka, gdy naturalna odporność tkanek wskutek toczących się w wyrostku spraw patologicznych jest upośledzoną; a zatem jadowitość bakteryi jest w tym przypadku, podobnie zresztą jak i w innych, własnością pod względem chorobotwórczym bardzo względną.

W końcu zwraca się K. do prelegenta kol. Rosnera z zapytaniem, czy zdaniem jego, prócz przytoczonych w wykładzie czynników, sprowadzających *appendicitis in gravida,* nie może tu również wchodzić w grę zastój żylny w ścianie wyrostka, przez co powstawałyby warunki sprzyjające jego zakażeniu?

Zabierali jeszcze głos koll. prof. Kostanecki i prelegent.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 3 grudnia 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Na wniosek Komitetu uchwalono zasadniczo wysłać delegatów na mający się odbyć w Wiedniu wiec społeczno-lekarski.

III. Kol. Radcę Dworu Jordana wybrano członkiem honorowym Tow. lek.

IV. Kol. doc. Lemberger imieniem Komisyi przemysł.-lekarskiej przedstawił wniosek o polecenie tranu jodowo-żelazistego, wyrobu aptekarza K. Wiśniewskiego z Krakowa. Uchwalono.

V. Kol. Doc. Bossowski przedstawił z oddziału chirurgicznego Szpitala św. Ludwika:

1) Chłopca 7-letniego, u którego na tle zakażenia pierwotnego pneumokokami rozwinęło się rozlane zapalenie ropne otrzewnej. Chory ten pozostawał zrazu w obserwacyi w klinice pedyatrycznej, gdzie kol. Lewkowicz za pomocą nakłócia jamy brzusznej stwierdził obecność ropy, w której wykazał liczne diplokoki lancetowate z bardzo wyraźnemi otoczkami. Zabieg operacyjny polegał na szerokiem otwarciu jamy brzusznej, wydaleniu ropy i wyścieleniu zaułków otrzewnej gazą wyjałowioną z przeprowadzeniem nadto sączków przez otwory, założone w okolicach nadpachwinowych. Powolny i dość długi okres gojenia zakończył się wyleczeniem zupełnem.

Kol. B. zaznacza, że o ile u dzieci *peritonitis pneumococcica* przebiega typowo i kończy się w przeważnej części przypadków pomyślnie, o tyle ta sama postać chorobowa u dorosłych, jak świadczą spostrzeżenia autorów francuskich, wydaje objawy bardzo zmienne, zachodzi w powikłania i zazwyczaj pociąga za sobą zejście śmiertelne.

2) Dziewczynkę 2-letnią, u której przed 3 tygodniami cięciem bocznem wyłuszczył nerkę prawą, pozostającą w ścisłym związku z nowotworem, dochodzącym wielkości główki dziecka. Wydobyty guz, podobnie jak w trzech innych, pierwej operowanych przypadkach, z których kol. B. okazał równocześnie preparaty anatomiczne, wychodził z tkanki okołonerkowej i wciskając się w nerkę, zgniatał i wypychał jej miąższ, nie przerastając go nigdzie. Badanie drobnowidowe, dokonane w pracowni anatomo-patologicznej przez kol. Glinskiego, wykazało w guzach rzeczonych prócz budowy właściwej mięsakom, obecność pierwiastków gruczołowych tak, że nowotwory te zaliczyć należy do grupy t. zw. mięsaków płodowych, wychodzących z okolicy przynerkowej.

3) Dziewczynkę 8-lat liczącą, ze zniekształceniem wrodzonem palca wielkiego na obu stopach, pod postacią t. z. *hallux varus.*

Palec wielki jednej i drugiej stopy, ułożony w addukcyi silnej nie stanowi przedłużenia pierwszej kości śródstopia, lecz tworzy z nią kąt niemal prosty, otwarty na wewnątrz, przyczem główka odpowiedniej kości śródstopowej sterczy silnie od strony podeszwy. Części miękkie po wewnętrznej stronie skutkiem zboczenia palucha są przykurczone, a na skórze pierwszego członka od strony wewnętrznej widać blizny w części płaskie, częściowo zgrubiałe i wyniosłe. Na skiagramach prócz zwichnięcia między kością śródstopia a pierwszą falangą palucha stwierdzić nadto można, że kość pierwsza śródstopowa, lubo pod względem kształtu w całości nie przedstawia zmian większych, w długości jest znacznie skrócona. Stopy obie nie okazują zresztą żadnych innych zboczeń, a na odciskach bardzo charakterystycznych dostrzega się jedynie znaczne rozszerzenie przedniej części stopy i przemieszczenie opuszki palucha ku wewnątrz i ku tyłowi, jako następstwo zboczenia w stawie falango-śródstopowym palca wielkiego. Przyczyną powstania palucha szpotawego w przedstawionym przypadku upatrywać należy bądź to w nieprawidłowym zawiązku palca wielkiego, bądź też, co jest prawdopodobniejsze i za czem przemawiają zbliznowacenia w okolicy pierwszej falangi, w działaniu mechanicznem w życiu płodowem zrostów uczepionych na tych miejscach.

4) Preparat anatomiczny *ductus omphalo mesaraici,* wyciętego z pomyślnym wynikiem wraz z pępkiem i częścią ściany jelita biodrowego u dziecka $^1/_2$ — rocznego.

Przewód ten, mierzący na długości 4 cm., a w szerokości światła 6—8 milimetrów, drożny był w całej swej długości od pępka do jelita, gdzie nasada jego rozszerzała się lejkowato. Koniec pępkowy wynicowany w całej grubości ścian, sterczał z pępka, jako guzek wielkości wiśni, pokryty błoną śluzową zaczerwienioną, a na szczycie jego znajdował się otwór drobny, z którego wypływał statecznie kroplami śluz lepki, wyjątkowo zaś tylko np. po sondowaniu wydobywała się w kroplach treść jelita.

Po omówieniu odstępstw od prawidłowo dokonującego się zaniku przewodu pępowino-krezkowego, który winien zatracić się już w pierwszych miesiącach życia płodowego i opisaniu zboczeń, wytwarzających się w następstwie tych wad rozwojowych, zwrócił kol. B. uwagę na groźne dla życia dziecka niebezpieczeństwo, które pociągać za sobą może utrzymujący się w życiu pozapłodowem drożny przewód pępowino-krezkowy i wyjaśnił na fantomach mechanizm, w jaki w tych razach przychodzi do wynicowania, wypadnięcia na zewnątrz i uwięźnięcie jelita. *(Streszczenie własne).*

Kol. prof. Rosner zwraca uwagę na obustronne wystąpienie tej wady i sądzi dlatego, że przyczyna mechaniczna przez więzy Simonarda jest wykluczona.

Kol. Lewkowicz zwraca uwagę, że obraz i przebieg pneumokokowego zapalenia otrzewnej u dzieci jest zwykle tak znamienny, że już przed badaniem mikroskopowem, jak to było i w obecnym przypadku, można postawić rozpoznanie.

Co do zachowania przewodu pępkowo-krezkowego, to kol. L. przypomina przedstawiony przez siebie przed paru laty przypadek kilkoletniego chłopca, obarczonego tą wadą. Z otworu w pępku wyciągnięto szczypczykami kilka glist. Przypadek ten dowodzi, że nie zawsze przychodzi do wypadnięcia i wynicowania przewodu i ciężkich zaburzeń, jakby to wynikało z przedstawienia prelegenta; w takich zaś okolicznościach nie byłoby wskazania do podejmowania zabiegów operacyjnych.

Następnie zabierali głos kol. Gliński, Rosner i prelegent.

VI. Kol. doc. Bochenek wygłosił odczyt »O nowych pojęciach o znaczeniu przysadki mózgowej«. *(Rzecz przeznaczona do druku).*

VII. Kol. doc. Godlewski mówił »O nowszych badaniach nad regeneracyą« *(Rzecz przeznaczona do druku).*

Na tem posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Landau*, sekretarz doroczny.

VII. XII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie w dniach 14, 15 i 16 lipca 1902.

Podał

Dr. Bolesław Żmigród.

(Ciąg dalszy).

38. Szuman: **Kilka uwag o rozgraniczeniu wskazań do cholecystostomii i do wycięcia pęcherzyka żółciowego.** S. jest przeciwnikiem wycinania woreczka żółciowego w przypadku kamicy żółciowej, tam gdzie można zrobić cholecystostomię; do zupełnego wycięcia powinno być ścisłe wskazanie. Nie zgadza się w tej mierze z Kehrem, który zaleca wycięcie woreczka żółciowego i sączkowanie przewodu żółciowego.

Dyskusya: Zalewski (Podole) sądzi, że leczenie w tej chorobie nie powinno się kończyć na operacyi; chirurg powinien chorego później odstąpić interniście.

Sawicki postępuje tak, że oddziela otrzewnę od woreczka żółciowego, dochodzi do przewodu i tam zakłada podwiązkę; w ten sposób powstaje kapciuch, następnie wszywa worek do jamy brzusznej. W razie wytworzenia się przetoki w miejscu podwiązki żółć nie leje się do jamy brzusznej, tylko na zewnątrz.

39. Pomorski: **Kościomięsak** *(osteosarcoma)* **czaszki u $1\frac{1}{2}$-letniego dziecka.** P. demonstruje preparaty drobnowidowe z tego przypadku.

40. Pomorski: **Rak pierwotny wątroby u 7-letniej dziewczynki.** Dopiero przy operacyi stwierdzono raka wątroby; przed operacyą sądzono, że ma się do czynienia z nowotworem trzustki. Przypadek ten zakończył się śmiertelnie.

Dyskusya: Bossowski miał dwa przypadki mięsaków wątroby u dzieci, a jeden raka pierwotnego, który się zakończył niepomyślnie.

Kader opowiada o przypadku gruczolaka torbielowatego wątroby u 19 letniej kobiety, u której przypuszczano bąblowca.

41. Kader: **Demonstracye preparatów anatomicznych.** K. okazuje preparaty woreczków żółciowych bardzo powiększonych z kamieniami żółciowymi. Chorzy nie mieli żółtaczki, ani bólów. K. operował w ostatnich czasach 4 takie przypadki, w których choroba objawiała się wystąpieniem guza w podżebrzu prawem i zaburzeniami jelitowo-żołądkowemi bez objawów ze strony dróg żółciowych. Wszystkie z dobrym wynikiem. Nadto demonstruje skamieniałego raka sutka.

42. Samanek: **Przedstawienie chorego z ropniem na tle pneumokoków.** Badania bakteryologiczne ropy z przeciętego ropnia na łydce u człowieka, który krótki czas przedtem przebył zapalenie płuc, wykazały pneumokoki Fränkla. Uderzającem było także to, że ropień bardzo źle się goił.

Dyskusya: Sawicki zauważył, że i *bacterium coli commune* daje bardzo ciężkie ropnie.

43. Samanek: **Próby przeszczepiania nowotworów na zwierzęta.** W klinice robiono doświadczenia, które jednakże nie doprowadziły do żadnego celu. Wszyto u kozy w wymię cały zrakowaciały sutek, lecz po pewnym czasie uległ zupełnie wessaniu. Psy w czasie takiego wessania źle się mają.

Dyskusya: Wehr gorąco popiera wszelką pracę w tym kierunku, chociaż nie wierzy w przeszczepianie na zwierzęta. Uważa raka za chorobę zakaźną, o czem świadczy przebieg, podobny do chorób zakaźnych, objawy i nawroty.

Kader podobnie się zapatruje na zakaźność raka. Zagadnienie to stara się w swojej klinice drogą doświadczenia rozwiązać.

44. Rutkowski: **Plastyka pęcherza moczowego.** R. wytwarza jednoczasowo z wyciętej pętli jelita cienkiego przednią ścianę pęcherza i odrazu pęcherz zapuszcza do jamy otrzewnowej, nie jak Mikulicz, który niezależnie od R. podał tę operacyę z tą różnicą, że najpierw wyklucza pętlę, a dopiero na drugiem posiedzeniu przyszywa ją do pęcherza i zapuszcza w głąb jamy otrzewnowej. Chory R. mimo operacyi nie może moczu zatrzymać.

Dyskusya: Rydygier jest bardzo zadowolony z pomysłu Rutkowskiego, tem bardziej, że w swej operacyi nie będzie się bał o otrzewnę, biorąc z tego przykład.

Chlumsky radzi przy wejściu do pęcherza zrobić rodzaj zwieracza przez wstrzyknięcie parafiny pod błonę śluzową.

Bossowski jest za metodą Sonnenburga, polegającą na wszczepieniu moczowodów. Chłopaka z rozszczepem cewki wygoił szeregiem starych metod, a niezatrzymywanie moczu usunął okręceniem cewki tak, że chłopak 3 godziny mógł mocz zatrzymać.

Kryński jest przeciwny sposobowi Sonnenburga, który znosi prawidłowy zbiornik.

45. Sołtysik: **Przypadek przepukliny brzusznej uwięźniętej z przedziurawieniem jelita po urazie.** U dorosłego człowieka, który przebił się, spadając na widły w ten sposób, że kolec ich przeszedł przez mosznę obok sznurka nasiennego i zatrzymał się pod skórą brzucha w okolicy wewnętrznego otworu kanału pachwinowego, wystąpiły objawy ostrej niedrożności. Przy operacyi w dniu następnym okazał się ciekawy obraz: kolec, przechodząc przez jamę brzuszną, przebił dwa razy pętlę jelitową, zabrał ją pod skórę, gdzie uległa uwięźnięciu i tym sposobem uchroniła od wylania się swej treści do jamy otrzewnowej. Otwór jelita zeszyto i chory wyzdrowiał.

46. Herman: **O ranach postrzałowych.** H. zbiera w swym treściwym referacie najnowsze zdobycze nauki o ranach postrzałowych, tak co się tyczy aseptyczności ran, na co pierwszy zwrócił uwagę Bergman, jak i zależności ich od gatunku broni. Zdaniem referenta broń dzisiejsza jest o wiele bardziej ludzką, niż dawniejsza i mniej daje inwalidów.

Dyskusya: Szuman zwraca uwagę, że nie Bergman, ale już Herman Fischer w r. 1879 mawiał, że ran postrzałowych nie powinno się tykać, ani w nich grzebać.

Bogdanik ma wielkie pod tym względem doświadczenie. Broń dawniejszą uważa za bardziej ludzką. Przyczyną śmierci bywa przy ranach postrzałowych nie sama rana, czasem nawet nic nie znacząca, ale *shok* towarzyszący.

Rydygier *(jun.)* doświadczył sam na sobie wstrząśnienia nerwowego przy postrzale.

Wehr uważa broń obecną za więcej ludzką, gdyż nie ma nabojów z twardemi jądrami, które sprawiały straszne spustoszenia. Nietylko Fischer, ale i Ambrosius Paré przestał rany postrzałowe smarować i wypalać.

47. Jasiński: **O skórzakach w okolicy krzyżowej.** Przypadki skórzaków w okolicy krzyżowej nie są rzadkie: tworzą one przetoki, które dają często powód do mylnych rozpoznań. Mianowicie bywają uważane za gruźlicze zapalenie kości krzyżowej z następowemi przetokami. Powinno się je radykalnie leczyć tylko przez doszczętne wyłuszczenie.

Dyskusya: Rydygier wygoił dwa przypadki przez doszczętne wycięcie całego torbiela.

Szuman w jednym przypadku myślał, że ma do czynienia z próchnieniem kości krzyżowej; szerokie nacięcie pouczyło go dopiero.

48. Klęsk: **Rak głowy i przyczynek do chirurgii mózgu.** (Drukow. w Nrze 42 „Przegl. lek.“ 1902).

49. Slęk: **O nowotworach na kończynach.** Nowotwory na kończynach nie należą do rzadkości, są tylko trudne do rozpoznania, o ile są usadowione w bliskości stawów (w nasadach kości). Cechują się tem, że są względnie dobrotliwe, a zabieg chirurgiczny ograniczyć się może tylko do wycięcia kości zajętej nowotworem.

Dyskusya: Sołtysik zwraca uwagę na to, że nowotwory, wychodzące z okostnej, są złośliwsze, niż wychodzące z kości; nowotwory okostnowe trzeba doszczętnie wycinać.

Sawicki przypomina, że nowotwory wielkokomórkowe dają lepsze rokowanie.

Rydygier w uzupełnieniu wykładu dodaje, że tych przypadków z nowotworami na kończynach obserwował 36; twierdzeniu Sołtysika przyznaje zupełną słuszność.

Zawadzki przestrzega przed szałem operacyjnym na kończynach; czasem jod wewnętrznie stosowany i opatrunki dają bardzo dobre wyniki.

Slęk nie widział żadnego skutku po jodzie; w jednym przypadku mimo leczenia nowotwór tak urósł, że musiano robić wyłuszczenie w stawie.

50. Jasiński: **O torbielach trzustki.** Prelegent opisuje przypadek torbiela trzustki, operowany w klinice lwowskiej. W górnej części linii środkowej jamy brzusznej poza żołądkiem był guz chełbocący, dający się od wątroby zupełnie oddzielić. Rozpoznano torbiel trzustki; po otwarciu jamy brzusznej wszyto przez szczelinę w więzadle żołądkowo-okrężnicowem szczyt guza do rany w powłokach brzusznych, wypuszczono po nacięciu kilka litrów płynu ciemnego i wysączkowano. Rana zgoiła się *per secundam*.

Dyskusya: Sawicki miał podobny przypadek, ciekawy o tyle, że kierunek guza szedł ku małej miednicy; łatwo było się pomylić i rozpoznać torbiel jajnika. Nie można było guza zupełnie wyciąć; po wycięciu więc części guza wszyto resztę guza do rany w powłokach. Kobieta tymczasem zaszła w ciążę, trzeba było wywołać poród przedwczesny, potem wystąpił obrzęk udowy położnic *(phlegmasia alba dolens)* i chora umarła.

51. Pomorski: **Ciąża zamaciczna, operowana dwa razy drogą laparotomii, — wyzdrowienie.** Przypadek tyczy się kobiety, którą P. operował z powodu ciąży trąbkowej już po pęknięciu trąbki, kiedy objawy znacznego krwotoku już minęły. Łożysko było przyrośnięte do odbytnicy, a płód w jamie brzusznej. P. wyciął trąbkę. W kilka lat później kobieta ta znów zaszła w ciążę: była to ciąża trąbkowa po drugiej stronie; i tę trąbkę P. wyciął także.

Dyskusya: Rosner opowiada przypadek, gdzie przy ciąży trąbkowej przyszło do pęknięcia trąbki; dziecko mimo to rozwijało się w jamie brzusznej aż po koniec ciąży. Po otwarciu jamy brzusznej zobaczono dziecko pozrastane z jelitami. — R. sądzi, że przy każdym krwotoku wewnętrznym wolnym powinno się przystąpić do laparotomii.

Zalewski jest tego zdania, że krwotok nie jest wskazaniem do operacyi, mianowicie jeśli kobieta jest za słabą.

Oderfeld przypomina opisany przypadek Matlakowskiego, podobny do przypadku Rosnera.

52. Herman: **W sprawie doszczętnego operowania raków wargi dolnej.** (Drukow. w Nrze 41 „Przegl. lek.").

Dyskusya: Kader operuje możliwie doszczętnie. Robi cięcia duże, przedewszystkiem dostaje się do opuszki tętnico-szyjnej *(bulbus caroticus)*, gdzie wycina gruczoł tętnico-szyjny *(glandula carotica)* — i ma bardzo dobre wyniki, a rzadko nawroty. (Dok. nast.).

† Dr. Wacław Sobierański.

Dnia 12 b. m. zakończył życie we Lwowie Wacław Sobierański, Doktor filozofii i medycyny, zwyczajny profesor farmakologii i farmakognozyi w Uniw. lwowskim. Urodził się r. 1860 w Płocku; nauki gimnazyalne przechodził w Płocku i Warszawie; po ich ukończeniu zapisał się na Wydział przyrodniczy w Warszawie; po kilkoletnich studyach wyjechał za granicę, gdzie poświęcił się naukom lekarskim, początkowo w Heidelbergu, a następnie w Strasburgu. Otrzymawszy stopień doktora filozofii i medycyny, został asystentem Bunsena w Heidelbergu, a następnie habilitował się na docenta farmakologii w Marburgu. W r. 1896 powołany został na katedrę farmakologii w Uniwersytecie lwowskim, na której do śmierci pracował, o ile wcześnie podkopane zdrowie na to pozwalało.

Do ważniejszych prac zmarłego profesora należą: 1) „O zmianach fizycznych własności nerwu pod wpływem temperatury." 2) „Nowsze badania nad farmakologią żelaza". 3) „O czynności nerek i działaniu środków moczopędnych." 4) „Dalsze badania nad czynnością nerek." 5) „Krytyczne uwagi nad czynnością nerek." Ta ostatnia praca wyszła w „Gazecie lekarskiej" 6. grudnia b. r., t. j. na 6 dni przed śmiercią nieodżałowanego autora.

Umysł szeroki, przekraczający zakres wiedzy zawodowej; badacz samodzielny, obdarzony zdolnością techniczną i umysłową do poszukiwań naukowych; charakter hartowny, nieugięty; wszystkie te zalety umysłu i charakteru złamała nieubłagana choroba, odbierając w ciągu kilku lat ostatnich myślicielowi pogodę, a badaczowi spokój i ciągłość zakreślonego obszaru dociekań naukowych.

Z szczerem odczuciem dotkliwej straty, którą ponosi nauka lekarska i lwowski Wydział lekarski, żegnamy zmarłego uczonego z głębokim żalem i serdecznem życzeniem, aby ta ziemia, na której tyle się nacierpiał, w ciągu lat ostatnich, po śmierci była mu lekką.

Zwłoki spoczęły w Warszawie na cmentarzu powązkowskim

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 18. grudnia.

**) Otrzymujemy następujący komunikat do ogłoszenia:*

Centralny Wydział Towarzystwa lekarzy wiedeńskich postanowił na posiedzeniu dnia 11 października 1902 r., zwołać społeczno-lekarski wiec do Wiednia i zaprosić do udziału w nim wszystkie Towarzystwa lekarskie Austryi.

Na delegatów należy wybrać lekarzy, tylko należących do Towarzystw; każdy lekarz może również uczestniczyć w obradach, jednak bez prawa głosowania. Na Zgromadzeniu będą omawiane wszystkie bieżące sprawy, tyczące się stanu lekarskiego, o załatwienie których dotychczas nadaremnie kołatamy; a powzięte uchwały przedstawione będą sferom miarodajnym. Na posiedzeniu tem podniesiony będzie wyzysk lekarzy przez publiczność i rząd.

Wiec ten powinien być wyrazem wielkiej i trwałej solidarności lekarzy; powinien on wystąpić przeciw fałszywemu pojmowaniu ustawy o kasach chorych, gdyż tę wydano tylko dla ubogich.

Wiec zredaguje memoryał do rządu, w którym wykaże, że tworzenie nowych kas na podstawach teraźniejszej ustawy podkopuje stan lekarski. Rząd nie powinien przyczyniać się do tego, by lekarze stali się ofiarą ustawy socyalnej, gdyż w przeciwnym razie nie będą nadal zachowywać się biernie, lecz zażądają z całą stanowczością tego, by nie odgrywali roli tylko dających, a nic nie biorących.

Uzyskać to możemy tylko przez działanie jednomyślne, dlatego powinniśmy zapomnieć o wszelkich swarach, czy to osobistych, czy narodowych, gdyż wspólne niebezpieczeństwo wymaga silnej łączności.

Tuszymy sobie, że wszystkie Towarzystwa lekarskie poprą naszą myśl przez wysłanie swych delegatów, o wyznaczeniu których Towarzystwa zechcą zawiadomić Zarząd Związku do **15 grudnia 1902 r.** pod adresem: Dr. Adolfa Kleina *(Wien III., Hauptstrasse 50)*.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem złożyła sprawozdanie Komisya wybrana w celu wydania opinii, czy ze stanowiska lekarskiego pożyteczniejszą jest dla młodzieży szkoła jednorazowa, czy też dwurazowa. W myśl referatu sprawozdawcy Komisyi, kol. prof. Cybulskiego, Towarz. lekar. krak. oświadczyło się za szkołą jednorazową.

Następnie odbyły się wybory do zarządu Towarzystwa na rok 1903. Wybrani zostali: kol. prof. Jul. Nowak (prezes), kol. prof. Al. Rosner (zastępca prezesa); kol. Dr. Borzęcki (sekretarz stały); kol. Dr. S. Dobrowolski (sekretarz doroczny); kol. A. Wrzosek (bibliotekarz); kol. A. Kwaśnicki (redaktor »Przeglądu lekarskiego«). Do Komisyi redakcyjnej »Przegl. lekar.« wybrani zostali koledzy: prof. Raczyński, prof. Ciechanowski, prof. Trzebický i Dr. Cercha.

* Pogrzeb prof. W. Sobierańskiego, jak donoszą ze Lwowa, odbył się przy licznym udziale obywatelstwa. Po wyniesieniu zwłok z mieszkania żegnali zmarłego: Prof. A. Gluziński imieniem Wydziału lekarskiego; Doc. A. Sołowij imieniem Towarz. lekarzy galicyjskich.

* Fizykiem miejskim m. Lwowa wybrany został Dr. Wiktor Legeżyński.

* Nagroda Nobla dla działu medycyny zostanie w tym roku przyznaną D-rowi Ross (Liwerpool) za pracę o zakażeniu zimniczem.

* Między 3 a 9 b. m. doniesiono władzy o nowych przypadkach ospy w trzech gminach powiatu sanockiego. W tymże czasie stwier-

dzono dur osutkowy w powiecie bohorodczańskim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.) i skałackim (1 gm.).

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XLVIII (23—29—XI). Ludność średnia roczna wynosi 94·057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 19, urodziło się dzieci 53, zmarło osób 40, mianowicie: z gruźlicy 10 (3 zam.), z zapalenia płuc 6 (1 zam.), z błonicy 1 (zam.), z płonicy 2, z duru brzusznego 1 (zam.), z cholery niemowląt 1.

Mianowania i odznaczenia. Doc. Dr. Grunert otrzymał tytuł prof. nadzwyczajnego okulistyki w Tybindze. Docenci: Dr. Lassar, Dr. Remak i Dr. Lexer — mianowani zostali profesorami nadzwyczajnymi w Berlinie. Prof. Dr. H. Nothnagel mianowany został członkiem Izby panów.

Nekrologia. Dr. Jan Tymowski zakończył przed tygodniem życie w Paryżu. Urodził się r. 1851 w Żerochowie (gub. piotrkowska); nauki gimnazyalne odbył w Kaliszu i Piotrkowie; w r. 1870 wstąpił w Monachium na wydział lekarski, który ukończył w r. 1876. Działalność zawodową rozpoczął w Reichenhallu, następnie przeniósł się do San Remo, jako lekarz chorób piersiowych. W r. 1880, po złożeniu egzaminu państwowego w Bazylei, objął kierownictwo zakładu leczniczego w Bürgenstock (pod Lucerną), a po dwóch latach został dyrektorem zakładu w Schinznach, gdzie spędzał lato, a na zimę przenosił się początkowo do San Remo, a w ostatnich latach do Nicei. Ogłosił drukiem, przeważnie po polsku, 7 rozpraw.

Dr. Franciszek Kozakowski, l. 65, zmarł w Warszawie. Dr. Grodecki, lekarz fabryczny, zmarł w Brailowie (na Podolu). Dr. Bronisław Jazdowski, lekarz sztabowy i pułkownik wojska angielskiego, syn wychodzcy z r. 1831, zmarł w Rzymie d. 23 listopada, w 64 roku życia.

Bibliografia:

— *Postęp okulistyczny* (listopad). Rymowicz: Przyczynek do roli pneumokoka w patologii klinicznej spojówki oka ludzkiego. Rumszewicz: Przypadek samoistnego kilaka tęczówki.

— *Krytyka lekarska* Nr. 12. Giedroyć: Polacy w służbie lekarskiej carów moskiewskich w wieku XVII.

— *Nowiny lekarskie* Nr. 12. A. Rydygier: O wynikach późniejszych po operowaniu wodniaka moszen sposobem Winkelmanna. Stasiński: Krytyczny pogląd na stan obecny nauki o zezie i osobiste zapatrywania na przyczyny jego (dok.).

— *Gazeta lekarska* Nr. 50. Karwacki: Aglutynacya w zakażeniu pneumokokowem. Hertz: Przypadek ostrej gruźlicy gardzieli u 6-letniego chłopca.

— *Medycyna* Nr. 50. Oderfeld i Steinhaus: Przyczynek do kwestyi guzów przerzutowych o budowie gruczołu tarczowego. Bregman: Spostrzeżenia kliniczne z syringomyelii (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr. 23. St. Orłowski: O hipnotyzmie leczniczym (c d.). Gidgowd: O odczynie dwuazotowym (diazoreakcyi) (dok.) Bornstein: Rozpoznanie różniczkowe neurastenii i pierwszych okresów bezwładu postępującego (dok.).

— *La Presse medicale* Nr. 98. Lapersonne: Badanie oczów ze stanowiska sądowo-lekarskiego. Constensoux: Zastosowanie mięsienia u cierpiących na wiąd rdzenia.

— Nr. 99. Nageotte: Przyczyny chorobotwórcze, wywołujące wiąd rdzenia pacierzowego. Lavarenne: Gruźlica w wojsku.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 49. Kühn: Rozpoznawcze znaczenie leukocytozy w durze brzusznym i w ropieniach chirurgicznych. Coste: O zachowaniu się leukocytozy w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Reiner: Postępowanie operacyjne dla usunięcia skrzywienia podudzia wysokiego stopnia. Baldasari: i Gardini: Przyczynek doświadczalny leczenia przedziurawienia i rozerwania woreczka żółciowego. Lehmann: O adrenalinie. Boehm: Ocena kw. borowego i boraksu, jako środków do konserwowania mięsa.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 49. Leo: Przyczynek do nauki o przemianie tłuszczu w ustroju. Dimmer: Fotografia dna oka. Brat: Wpływ ciał białkowatych na krzepnięcie krwi. Mosse: O zachowaniu się barwienia komórek zwierzęcych w przeciwieństwie do barwników mięszanych. Hirschlaff: Surowica przeciw zatruciu morfiną i jej podobnymi truciznami. Baginsky: O surowicy przeciwpłoniczej (dok.). Halpern: W sprawie hemolizyny we krwi ludzkiej (dokończenie).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 50. Anton: Istotny przerost mózgowia ze zbadaniem pośmiertnem grasicy i nadnercza. Kienböck: Rozpoznanie kamieni nerkowych przy pomocy radiografii. Technika badania i przytoczenie czterech nowych przypadków. Comisso: O raku osteoplastycznym. Przyczynek kazuistyczny. Hanszel: Wrodzony polip gardła.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 50. Marx: i Sticker: Badania nabłoniaka zaraźliwego u drobiu. Herxheimer i Krause: O odczynie rtęciowym, przydarzającym się u chorych kiłowych. Vörner: O znachodzeniu się płytek we krwi chorych kiłowych i o znaczeniu tych płytek. Joseph i Piórkowski: Dalsze przyczynki do nauki o drobnoustrojach kiłowych. Bernhardd i Blumenthal: Przyczynek do nauki o wrodzonej słoniowacinie.

Towarzystwo samopomocy lekarzy odbędzie w niedzielę, d. 21 b. m., o godzinie 3 po południu ***w sali Kopernika (Collegium novum)*** III-cie zwyczajne walne zgromadzenie z następującym porządkiem dziennym: 1) Zagajenie. 2) Sprawozdanie z czynności Wydziału. 3) Sprawozdanie kasowe. 4) Wnioski Wydziału. 5) Wybory zarządu Towarzystwa. 6) Wnioski członków.

Lekarze nie będący członkami Tow. mogą brać udział jako goście.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XLI. Kraków 27 Grudnia 1902. Nr. 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. pod kierunkiem R. Dw. Prof. Dra H. Jordana.

Przypadek wycięcia macicy z powodu zakażenia [1]).

Opisał

Dr. Bruno Wojciechowski,

asystent kliniki.

Leczenie gorączki połogowej jest jednem z najważniejszych i najbardziej zawikłanych zadań praktycznego położnictwa. Trudności polegają na wielkiej rozmaitości, jaka zachodzi pomiędzy pojedynczymi przypadkami co do chwili powstania (w czasie ciąży, czy porodu, — we wczesnym okresie ciąży lub jej końcu), rodzaju zakażenia (paciorkowce, gronkowce, pneumokoki, prątek okrężnicy i t. d.) i jego siły, wreszcie co do stanu ogólnego chorych. Mimo tak licznych znanych sposobów leczenia, coraz to nowe torują sobie drogę, zjawisko, które dowodzi dostatecznie małej skuteczności stosowanych poprzednio środków.

Pomijając leczenie ogólne i miejscowe, przystępuję od razu do przedstawienia w kilku słowach leczenia operacyjnego wogóle, nawiązując rzecz do przypadku leczonego w maju b. r. metodą operacyjną w klinice krakowskiej.

We wczesnym okresie zakażenia, t. j. w pierwszych kilku dniach, stosują się przeważnie różne sposoby leczenia miejscowego i ogólnego. W razie widocznej bezskuteczności tego sposobu postępowania pozostaje zabieg doszczętny, t. j. całkowite wycięcie macicy zakażonej, którą to operacyę niektórzy dla zyskania drogiego czasu radzą wykonywać jak najwcześniej, nie bawiąc się wcale w bezsilne często leczenie miejscowe i ogólne. Prawie wszyscy zaznaczają przytem niezmierną wyższość operowania przez pochwę nad operacyą drogą laparotomii, — co nader łatwo można sobie wytłómaczyć. Stosownie do zmian, stwierdzonych w czasie operacyi, przydatki pozostawia się lub usuwa wraz z macicą.

O ile we wczesnym okresie dają się już wyśledzić objawy, przemawiające za będącą w zarodku sprawą zapalną w zatoce Douglasa lub wśród blaszek więzadła szerokiego, radzą niektórzy n. p. v. Winckel, otwarcie od dołu jamy Douglasa, względnie odpowiedniego więzu szerokiego i wydrenowanie, jako operacyę zapobiegawczą i umiejscowiającą sprawę chorobową.

W późniejszych okresach zakażenia choroba przebiega rozmaicie. W przypadkach pomyślnych ogranicza się do tkanki przymacicznej, względnie do otrzewnej miedniczej lub dolnej części brzucha i w tych miejscach następują wysięki, które przechodzą często wcześniej lub później w ropienie.

[1]) Przyp. omówiony na posiedz. Tow. lek. krak. w d. 25. VI. 1902.

Przypadki takie wytwarzają wskazanie do rozlicznych zabiegów operacyjnych, prowadzących po najmniej niebezpiecznej, najpewniejszej i najkrótszej, a często wskazanej przez samą przyrodę drodze, do opróżnienia ropni połogowych. Tu znowu dążymy o ile możności do operacyi drogą pochwy, gdyż ze sposobem tym rywalizować nie może nawet tak niewinne, jakby się zdawało, cięcie Bardenheuera, ze względu na możliwość powstania w tem miejscu przepukliny, jako też otwarcia wolnej jamy otrzewnowej. Mając na względzie bardzo rozmaite umieszczenie ropni połogowych w podbrzuszu, sposoby postępowania operacyjnego w tym okresie są nader liczne i w każdym nieomal przypadku muszą być osobno obmyślane, względnie modyfikowane. O nich tu mówić nie będziemy. Dodać tylko należy, że ropnie połogowe, usadowione w trąbce lub jajniku, wymagają całkowitego usunięcia schorzałych przydatków, gdzie to tylko technicznie się udaje. Występujemy więc właściwie w tym okresie już nie tyle przeciw samemu zakażeniu, ile raczej przeciw odległym jego następstwom w razie samodzielnego ograniczenia się sprawy. W przypadkach, gdzie proces zapalny nie miał skłonności do ograniczenia się i przyszło do ogólnego zapalenia otrzewnej, stosowano z mało dotąd pocieszającymi wynikami laparotomię z przepłókaniem lub bez tegoż i z wysączkowaniem jamy otrzewnowej. Wreszcie wykonywano również wycięcie macicy w przypadkach ogólnego zapalenia otrzewnej, ropnicy i posocznicy, gdzie inne sposoby leczenia okazały się bezskutecznymi, a macica ciągle jeszcze stanowiła ognisko zakaźne, — w nadziei, że przez to ułatwi się ustrojowi samoobronę. Posługiwano się przytem, stosownie do przypadku, operacyą Porry, lub też całkowitem wycięciem macicy przez pochwę lub drogą laparotomii. Wynik rzadko kiedy bywa pomyślny [2]). Doświadczenie, nabyte przy sekcyach, gdzie w przypadkach ropnicy połogowej znajdowano zakaźne i zropiałe zakrzepy w żyłach macicznych, zkąd sprawa się uogólniała i sprowadzała wreszcie zejście śmiertelne, naprowadziło na myśl podwiązywania względnie wycinania w takich razach żył: żyły macicznej, względnie podbrzusznej i nasiennej. Sposób ten, teoretycznie znakomicie obmyślany, zbyt rzadko był dotąd stosowany, by o jego praktycznej wartości wogóle mówić można. Freund stracił 2, Bumm 3 przypadki, Trendelenburg zaś ma jeden przypadek szczęśliwy, gdzie po bezskutecznem podwiązaniu prawej żyły podbrzusznej podwiązał żyłę nasienną po tejże stronie, — poczem ustały dreszcze i nastąpiło zupełne wyleczenie. Zdaje się, że na dobry wynik liczyć można na pewne tylko wówczas, gdy zakrzep zakaźny nie posunął się

[2]) W Klinice krakowskiej operowano szczęśliwie przed 2 laty sposobem Porry przypadek ogólnego zapalenia otrzewnej w czasie porodu z płodem zmacerowanym.

poza granicę, w której operacya ze względów technicznych i anatomicznych jest jeszcze wykonalną.

Przypadek nasz przedstawia się, jak następuje:

Przed kilku tygodniami zawezwał jeden z kolegów do chorej gorączkującej lekarza klinicznego, który przybywszy na miejsce o godzinie 6-tej rano, dowiedział się od obecnego kolegi, że chora, mężatka, lat 42 licząca, obarczona siedmiorgiem dzieci, pozostając w złych warunkach materyalnych, jest obecnie w IV-tym miesiącu ciąży. Od 2-ch dni już czuła się pod wieczór osłabioną, a dnia poprzedniego zauważyła lekką gorączkę. ostatniej zaś nocy wystąpił około północy silny dreszcz, ciepłota 41·6 (stwierdzona przez lekarza), tętno drobne, nie dające się policzyć, poty, zajęcie częściowe sensoryum.

Dalsze wywiady pozwoliły na dobrze uzasadnione przypuszczenie, że mamy do czynienia z próbą sztucznego poronienia.

Chora jest budowy i odżywienia lichego, szczyty płuc ma zajęte sprawą dawną, język podsychający, ciepłota 37·9, tętno 120 słabo napięte, podniecenie psychiczne, śledziona większa, niebolesna, IV-ty miesiąc ciąży; przy badaniu wewnętrznem stwierdzono stan, odpowiadający ciąży, śluz różawawo zabarwiony, wręb dawniejszego pochodzenia na wardze tylnej, nieznaczna tkliwość sklepienia prawego. Rozpoznanie: *sepsis post tentationem abortus artificialis*. Przedstawiwszy rodzinie ciężki stan chorej, polecono przewieść ją natychmiast do kliniki, dokąd też w południe przybyła. Tu stan rzeczy przedstawił się wcale odmiennie: ciepłota spadła do 37·0, tętno zaś do 104; stan ogólny stał się zupełnie dobry, sensoryum wolne, język wilgotny. Badanie narządów płciowych dało ten sam wynik, jak rano. Uderzał więc tylko niestosunek między ciepłotą a tętnem. Podano chorej brom i wzięto się zaraz do badania krwi na plasmodya, jakoteż do badania bakteryologicznego krwi, i wydzieliny z szyi macicznej.

O godzinie 4-tej popołudniu wystąpił bardzo silny dreszcz, ciepłota podniosła się do 40·7, tętno 140, miękkie, niepokój, oczy połyskujące, ból głowy, wypieki.

Ciężkie zakażenie nie ulegało wątpliwości wobec wywiadów, powtórnego ujemnego wyniku badania na plasmodya i obrazu klinicznego. To też uwzględniając 1⁰ wywiady przemawiające za *tentatio abortus artificialis;* 2⁰ obraz bardzo ciężkiego zakażenia, wreszcie 3⁰ stan płuc liczba (7) żyjących dzieci i wiek chorej, postanowiono pominąć środki połowiczne i przystąpiono o godz. 6 popołudniu do wycięcia macicy, aby w ten sposób usunąć źródło zakażenia ustroju, zanim się sprawa uogólni. W chwili przystąpienia do operacyi czynność porodowa już się była rozpoczęła tak, że po przebiciu pęcherza płodowego wydostano płód częściowo kleszczykami, przyczem odpływały mocno cuchnące wody. Zmniejszoną w ten sposób macicę przestrzykano obficie solweolem, poczem wycięcie szło typowo, a wytoczenie całego trzonu przez sklepienie przednie nie natrafiło na trudności. Na więzadła założono kleszczyki.

Preparat przedstawia macicę połogową z łożyskiem, umieszczonem dość nizko na tylnej ścianie. Przy dolnym brzegu łożyska na dużej przestrzeni zielony nalot, silnie cuchnący. W tem też miejscu uszkodzenie powierzchowne doczesnej (sprawione prawdopodobnie narzędziem, wprowadzonem w celu przebicia pęcherza). Tylna ściana trzonu grubsza, obrzękła i więcej przekrwiona, niż przednia. Z szyi, wód płodowych i łożyska wyhodowano gronkowca wielkiej żywotności. Z krwi nic nie otrzymano. W przebiegu pooperacyjnym nazajutrz już ciepłota spadła do stopnia prawidłowego, tętno do 60; po 48 godzinach zdjęto kleszczyki; w ciągu pierwszego tygodnia stan bezgorączkowy w 2-gim tygodniu podgorączkowy (w czasie oddzielania się kikutów). Po 20-tu dniach pacyentka opuściła klinikę.

Wycięcia macicy dla leczenia gorączki połogowej dokonywali najczęściej lekarze angielscy i amerykańscy. Piśmiennictwo obejmuje dotąd kilkadziesiąt przypadków, z których nie wszystkie wytrzymują krytykę. I tak T u f f i e r ogłasza na 35 przyp. 20 wyleczeń, a B o n a m i na 31 przypadków 20 wyleczeń. Obszerniejsze 3 prace w tej sprawie pochodzą z pod pióra P r o c h o w n i c k a, który w pierwszych dwóch szuka teoretycznych wskazówek i wróży zabiegom chirurgicznym, wykonanym dość wcześnie, wielką przyszłość w leczeniu gorączki połogowej wobec bezradności innych sposobów leczenia w ciężkich przypadkach zakażenia; w ostatniej zaś pracy przytacza 5 własnych przypadków, z których 2 właściwie odpadają z powodu innych powikłań, zniewalających do operacyi (rozpad włókniaka i *mola destruens).* W 3-im przypadku *abortus artificialis;* już w pierwszych dniach znaleziono paciorkowce we krwi; wykonano wycięcie macicy ze skutkiem dodatnim. W 4-ym przyp. *abortus septicus (artificialis?);* jak długo Pr. wykrywał tylko gronkowce, czekał, rozpoznając gorączkę gnilną *(sapraemia);* 18-go dnia wystąpiły paciorkowce we krwi; wyłuszczenie macicy nastąpiło po miesiącu, a zakończyło się zejściem śmiertelnem. W 5-tym przypadku *abortus septicus* (zakażenie przeniesione przez lekarza); leczenie miejscowe bezskuteczne; 6-go dnia paciorkowce we krwi; 7-go dnia wyłuszczenie macicy, po 36-ciu godzinach śmierć.

Zdaniem P., te tylko przypadki nadają się bezwarunkowo do wycięcia macicy, w których po bezskutecznem leczeniu miejscowem pojawią się we krwi paciorkowce (wydzielina z pochwy i szyi, zdaniem jego, nie rozstrzyga). Sądzi więc, że badanie bakteryologiczne, tak jak w jego przynajmniej przypadkach się zdarzyło, stanowić powinno podstawę do wycięcia macicy. Szczególnie odnosi się to do poronienia sztucznego i do przypadków powikłanych rozpadem guzów lub zatrzymaniem łożyska gnijącego. Zresztą leczył w 1-ym tygodniu zachowawczo, w 2-gim miejscowo, a dopiero w 3-cim ewentualnie operacyjnie. Czy znaczenie rozstrzygające badania bakteryologicznego krwi zdoła się utrzymać, tego Pr. nie chce przesądzać.

Na uzasadnienie naszego sposobu postępowania w przypadku opisanym przytoczę głównie 2 czynniki: 1) obraz kliniczny, świadczący niechybnie o niezwykle ciężkiem zakażeniu; 2) wywiady, dozwalające na uzasadnione przypuszczenie, że tu miało miejsce poronienie sztuczne. Źródło zakażenia leżało na pewno w macicy, a powstało, jak łatwo się domyśleć, przez nieumiejętne wprowadzenie jakiegoś brudnego narzędzia w celu przebicia pęcherza płodowego, narzędzia kaleczącego, jak się później pokazało, ścianę macicy i łożysko. Że z krwi nic nie wyhodowano, to mogło nas tylko zachęcić do operacyi i żywić nadzieję dobrego jej wyniku. Że zaś później z szyi i wód wyhodowano tylko gronkowca, to również nie osłabia trafności naszego postępowania, gdyż najpierw może gronkowiec sam sprowadzić śmiertelne zakażenie, a nadto nie jest wykluczona obecność zakażenia mięszanego, niewykrytego z powodu niezupełnie udanego szczepienia. W każdym razie okoliczność ta musi wobec sztucznego poronienia zejść na plan drugi, gdyż przypadki te słusznie zdaniem wielu autorów powinny zajmować odosobnione stanowisko.

W naszym przypadku na ostateczną decyzyę wpłynął wiele także ten wzgląd, że mieliśmy przed sobą kobietę 42-letnią, matkę siedmiorga dzieci, obarczoną nadto naciekiem płuc.

Uznając w zupełności wielką donioslość badania bakteryologicznego wówczas, gdy daje jakiś pewny wynik, sądzę, że P r o c h o w n i c k idzie zbyt daleko w swoich żądaniach pod tym względem i że wyczekiwanie chwili, kiedy paciorkowce dają się wyhodować ze krwi, aby się wówczas dopiero zdecydować na zabieg operacyjny, musiałoby wogóle leczenie operacyjne podkopać, — gdyż w tym okresie zaka-

żenie jest już tak uogólnione, że operacyą najczęściej zakażenia się nie przełamie. To też wydaje się wielce prawdopodobnem, że w przypadkach 4-tym i 5-tym mógłby mieć P. nadzieję wyleczenia przez operacyę, gdyby nie czekał na pojawienie się paciorkowców we krwi, co stwierdzono dopiero raz dnia 18-go, drugi raz 6-go choroby.

Na dobre wyniki leczenia ciężkiego zakażenia przez wycięcie macicy liczyć można naszem zdaniem tylko we wczesnych okresach zakażenia. Aby zaś nie nadużywać leczenia operacyjnego, należy w każdym przypadku rozważyć jak najsumienniej wszelkie szczegóły przemawiające za i przeciw.

W razie, gdy badanie bakteryologiczne wskazuje na zakażenie gnilne *(sapraemia)*, do szybkiego wyleczenia prowadzi zazwyczaj energiczne leczenie miejscowe, więc opróżnienie macicy i przestrzykanie; leczenie chirurgiczne winno być zarezerwowane tylko na przypadek nieskuteczności leczenia miejscowego. Wykazanie niezbite paciorkowców w jamie macicznej przechyla tem bardziej szalę na stronę leczenia operacyjnego w przypadku ciężkiego i świeżego zakażenia, im więcej kto przejęty jest słusznością zapatrywań przeważnej części nowych badaczy, nie dozwalających w takich razach na żadne energiczniejsze leczenie miejscowe. Nie ulega bowiem wątpliwości, że przez usuwanie zakrzepów i otwieranie nowych dróg krwionośnych i chłonnych, sprowadza się łatwo przerwanie wału ochronnego, jaki ustrój usiłuje sobie stworzyć i rozszerza się sprawę zakaźną.

Na szczególne uwzględnienie zasługują objawy kliniczne zakażenia, świadczące o jego sile i stopniu (wysokość ciepłoty, liczba i jakość tętna, stosunek między tętnem a ciepłotą, zajęcie sensoryum i t. d). Objawy niezwykle ciężkiego zakażenia usprawiedliwiają, po uwzględnieniu wszystkich szczegółów danego przypadku, szybkie zdecydowanie się na najradykalniejszy sposób postępowania. Że wiek chorej, liczba żyjących dzieci w rachubę wciągnięte być winny, rozumie się samo przez się. Trudniejszem i ostrożniejszem musi być postanowienie, jeżeli idzie o kobietę młodą, niż wówczas, gdy chora życie płciowe już kończy.

W przypadkach późniejszego ogólnego zakażenia w postaci ropnicy lub posocznicy wycięcie macicy może być wówczas tylko wskazane, gdy się stwierdzi na pewno, że w niej tkwi ciągle jeszcze dalsze źródło zakażenia, — gdyż leczenie miejscowe bywa wówczas, jak już wspomniałem, wprost przeciwwskazane i nie prowadzi do celu; wycięcie zaś macicy usuwa główne źródło, z którego świeże nawały zakażenia wciąż napływają i ułatwia w ten sposób ustrojowi walkę i samoobronę. Lecz pamiętać też przytem należy, że wobec braku zlepów lub wskutek rozerwania świeżych zlepów zabieg może mieć wpływ wprost zgubny, zakażając dotąd wolną otrzewnę.

Przypadki sztucznego zbrodniczego poronienia zasługują na zupełnie odrębne i uprzywilejowane stanowisko w tej sprawie. Niepewność rodzaju i rozmiarów zakażenia, często ponadto, gdy chodzi o ciążę jeszcze utrzymaną, trudności rozwiązania obok ciężkich objawów klinicznych nakazują chwytać się środków, prowadzących w jak najkrótszym czasie i jak najpewniej do celu, — a środkiem takim jest jedynie szybkie wycięcie macicy.

Doświadczenie poucza zresztą, że zakażenia, powstałe wśród zbrodniczych usiłowań przerwania ciąży, a więc dokonanych przeważnie przez chore same, lub inne osoby, nie znające i nie stosujące najprostszych zasad postępowania bezgnilnego, przybierają najczęściej groźną postać i prowadzą nie rzadko do zejścia śmiertelnego.

Z teoretycznego punktu widzenia nie da się wcale zaprzeczyć, że postępując według tych wskazówek, wytnie się zapewne od czasu do czasu jakąś macicę, t. j. wykona się operacyę ciężką i kaleczącą tam, gdzie może przy leczeniu miejscowem lub ogólnem zdołałoby się również chorą uratować. Lecz sądzę, że ginekolog, postępujący tak radykalnie, znajdzie w oczach trzeźwo patrzących tak samo usprawiedliwienie, jak znajduje je n. p. chirurg, który usuwa niekiedy niepotrzebnie sutek, w którym podejrzywa tylko rozwijający się nowotwór złośliwy. Szczęśliwie wyleczone przez operacyę przypadki ciężkiego zakażenia przewyższą znakomicie stratę, jaka się tu i owdzie może przydarzyć przez zbyteczne nieraz usunięcie tak ważnego narządu.

Czcigodnemu szefowi memu, R. Dw. Prof. Dr. H. Jordanowi, składam podziękowanie za pozwolenie ogłoszenia przytoczonego przypadku.

II. Z kliniki dermatologicznej Prof. Reissa w Krakowie.

O włókniakach nerwowych wielokrotnych skóry *(neurofibroma cutis multiplex)*. Przyczynek kliniczny i histologiczny.

Podał

Dr. Franc. Krzyształowicz,

docent dermatologii Uniw. Jag.

(Dokończenie).

Z całego tego obrazu anatomicznego wnioskowaćby można o sposobie powstania tego rodzaju nowotworów. Zastrzedz się jednak muszę, że nie chcę tu mówić o tworach powstałych na mniejszych lub większych pniach nerwowych, — o tworach, których związek z nerwami już makroskopowo wykazać się daje, — z takimi bowiem w naszym przypadku się nie spotkałem, a pragnę z obrazu histologicznego opisanych poprzednio nowotworów, leżących w właściwej skórze, wyciągnąć wnioski co do sposobu ich powstawania.

Przedewszystkiem zatem rozstrzygnąćby trzeba, czy nerwy mają w tym razie to znaczenie, które im przypisywał Recklinghausen, czy one lub ich osłonki są punktem wyjścia nowotworu? Jeżeli uprzytomnimy sobie obecność nerwów w nowotworze, nawet pozornie w większej ilości, niż w skórze otaczającej, — obecność i całych wiązek i pojedynczych włókien, dalej stosunek ich do otaczającej nowowytworzonej tkanki guzka, — nie wydaje się mi zbyt śmiałem twierdzenie (zgodne ze zdaniem Recklinghausena), że tkanka między włóknami nerwowemi, a najprawdopodobniej i tkanka łączna, otaczająca wiązki, zaczyna na pewnem miejscu w skórze bujać, a rozrastając się, rozsuwa pojedyncze włókna nerwowe. Tkanka, wytwarzająca się w skórze wokoło i między nerwami zajmuje coraz większy obszar, rozsuwa tkankę klejorodną, a z czasem wytwarza nawet jakby otoczkę wokoło nowotworu, oddzielającego się przez to coraz wyraźniej od otoczenia. Dlatego w tworach drobnych widać na brzegu jeszcze cienkie wiązki tkanki klejorodnej i wló-

-kna elastyczne, podczas gdy w guzkach większych wyraźną jest wokoło nowotworu otoczka.

Za tem twierdzeniem, że takie włókniaki pochodzą z osłonek nerwowych, przemawia z obrazu histologicznego i rodzaj tkanki, stanowiącej guzek, — tkanki złożonej z komórek tkanki łącznej różnego kształtu, różniącej się od ziarniny brakiem komórek plazmatycznych i ciałek wysiękowych, — jakoteż tym nader ważnym szczegółem, że mimo długiego trwania tkanka nowotworu prawie zupełnie się nie zmienia.

Obok tych komórek istnieje jeszcze wśród guza duża ilość komórek ziarenkowatych *(Mastzellen)*, o których wspomniałem powyżej, że są duże i zazwyczaj kształtu owalnego. Na obecność tych komórek zwrócił uwagę pierwszy Unna, który podał również bardzo dokładny ich obraz. Wokoło komórek ziarenkowatych, najczęściej dwakroć większych, niż zazwyczaj, spostrzegał U. otoczkę tak barwiącą się czerwono, jak ziarenka komórek (przy użyciu błękitu metylowego Unny i mieszaniny gliceryny z eterem), ale nie mającą budowy ziarnistej, lecz siatkowatą, o nader cieniutkich nitkach. Badanie przy silnem powiększeniu stwierdza ten szczegół na wielu komórkach, jakoteż niesymetryczność tej obwódki, która leży zazwyczaj tylko po jednej stronie komórki.

Dla zbadania, czy komórki te, zachowujące się tak niezwykle, mogą wskazywać na pochodzenie nerwowe nowotworów, — barwił Unna w tensam sposób preparaty rdzenia i wykazał, że głównie istota biała w stanie prawidłowym nadziana jest wolno leżącemi ciałkami, które dają tosamo oddziaływanie, co komórki tuczne. Na mocy oddziaływania barwnikowego uważa ten autor tak w jednym, jak w drugim przypadku istotę w ten sposób się barwiącą za istotę śluzową *(mucinöse Substanz)*. Mamy zatem nowy szczegół z obrazu histologicznego, który przemawiałby także za teoryą pochodzenia nerwowego.

Budowa anatomiczna zatem popierałaby prawie we wszystkich szczegółach przypuszczenie, że mamy do czynienia w tej sprawie z nowotworami, powstałymi z otoczek łącznotkankowych nerwów skóry, najprawdopodobniej w miejscu, w którem wraz z naczyniami wchodzą w skórę właściwą. Powyższy obraz histologiczny w tym przypadku sprzeciwiałby się nawet temu zapatrywaniu Recklinghausena, na które i wielu innych autorów się godzi, że tkanka takiego nowotworu powstawać może z tkanki łącznej, otaczającej gruczoły i torebki włosowe. Przeciwko tej ostatniej teoryi przemawiałby przedewszystkiem rodzaj tkanki, mającej, jak wspomniałem, swe odrębne cechy, a następnie i jej stosunek do przewodów w skórze. Przypuszczaćby bowiem należało, że, — gdyby w tworzeniu nowotworu brała czynny udział także tkanka, otaczająca części dodatkowe skóry, zawierająca odżywiające je naczynia, — musiałyby wystąpić wyraźne zmiany w gruczołach i torebce włosowej. Tymczasem obraz histologiczny nie wykazuje takich zmian, a w skrawkach, zawierających te przewody, widać je najczęściej odsunięte na zewnątrz, ale niezmienione. W guzku dużym (z pośladka) znalazłem w środku jego gruczoł potny, o kłębku inaczej zwiniętym, otoczony tkanką nowotworową, ale prawie niezmieniony. Przewody o różnych przecięciach były od siebie odsunięte znaczniej, niż w stanie prawidłowym, ale ściany miały owe osłonki: warstwę mięsną i włókna elastyczne. Z tych właśnie względów nie przypuszczam, aby tkanka, otaczająca gruczoły, brała udział w czynności nowotworzenia, a sądzę, że zachowuje się biernie przy naporze ze strony nowotworzącej się tkanki. Jestto sprawa mniejszej wagi co do samego sposobu powstawania cierpienia, bo w każdym razie byłaby to sprawa następowa, powstała skutkiem rozrostu pierwszego rodzaju tkanki (otoczek nerwowych), — ale mająca znaczenie dla następstw choroby, bo przez rozrost tkanki okołogruczołowej nastąpiłby chyba w końcu zanik gruczołów, jak się to dzieje z nerwami, — a tego ani klinicznie, ani histologicznie wykazać nie można.

Chcąc wskazać na prawdopodobną przyczynę choroby, trzeba wziąść pod uwagę przedewszystkiem początek jej rozwoju. Wielu autorów opisuje odziedziczenie tego cierpienia, — inni wspominają, że było wrodzone lub przynajmniej odnoszą początek jego do bardzo wczesnego dzieciństwa. Jeżeli się uwzględni dalej ogólny stan takich chorych: zazwyczaj upośledzony rozwój fizyczny, a czasami i duchowy, w niektórych przypadkach zboczenia czynnościowe nerwów, lub choćby tylko dość znaczną zazwyczaj neurastenię, — wreszcie — jeżeli się doda plamy barwikowe na skórze, które bywają w tych przypadkach najczęściej wrodzone, a obok tego tak często towarzyszące brodawczaki miękkie i naczyniowe *(naevus mollis et vasculosus)*, — to nasuwa się bardzo prawdopodobne przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z jakąś wadą rozwojową ustroju. Cierpienie to zatem wliczyćby należało, jak to czyni n. p. Hallopeau, do dużej grupy wad rozwojowych *(dystrophie congénitale de la peau)*, a w szczególności do brodawczaków miękkich *(naevi molles* wedle określenia Unny). Zarówno zatem ze względu na podobieństwo kliniczne postaci i całego przebiegu choroby porównaćby można te wielokrotne włókniaki nerwowe z t. zw. *xeroderma pigmentosum Kaposi*, — chorobą występującą także w wieku młodym i cechującą się pojawianiem się nowotworów, chociaż innego rodzaju, bo rakowatych, obok plam barwikowych i brodawczaków. To ostatnie cierpienie zdaje się polegać na tejsamej zasadzie pewnych wrodzonych własności skóry, jak i włókniaki nerwowe, a zatem powinnoby należeć do tejsamej grupy.

Poczuwam się do miłego obowiązku złożenia serdecznego podziękowania WP. Prof. W. Reissowi za odstąpienie mi niniejszego przypadku i ułatwienie w pracy.

Piśmiennictwo. Adenot: Plexiformes Neurom. (Lyon méd. 1895. 12). — Adrian: Neurofibromatose u. ihre Komplikationen. (Beitr. z. klin. Chir. XXXI. 1). — Alexander: Multiple Neurofibrome. (Tow. derm. wrocławs. 1902). — Audry: Sur un cas de neurofibromatose avec scoliose. (Tow. derm. paryskie 1901. 3). — Audry i Fabre: Sur un cas de neurofibromatose génér. d'origine nerv. (Gaz. hebd. d. méd. 1892). — Audry i Lacroix: Neuromes plexiformes. (Lyon méd. 1891). — Bardach: Molluscum fibros. (Tow. lek. berlins. 1886). — Bennati: Un caso di malattia di Reckl. (Acad. d. Sc. med. et nat. Ferrara 1901). — Brigidi: Multiple Neurofibrome d. perifer. Haut- und Muskelnerven mit Fibroma moll (Monsh. f. pr. Derm. XIX. 4. 5). — Briquet i Chérigie: Neuro-fibromatose génér. acqu. (Journ. d mal. cut. et syph. 1898). — Bronson: Neurom d. Haut d. Unterschenkels. (Tow. derm. New York 1890. — Caille du Bourguet i Legrain: Observation de fibrom. moll. génér. (Tow. derm. franc. 1893). — Campana: Ueb. einige neurotische Dermatosen. Genua 1885. — Cawardine: Molluscum fibr. kompl. mit Neurom. (Lancet 1899). — Chauffard: Dermofibromatose pigment. (Tow. lek. szp. Paryża 1896). — Chipault: Deux cas de neurofibromatose plexiforme de cuir chevelu. Trib. méd. 1896. — Cimmino: Su di un caso di fibromi multipli cutanei con metamorphosi sarcomatosa. (Giorn. ital. della mal. ven. et d. pelle 1891. 3). — Collet i Lacroix: Malformation congénitale de la face et du crâne, avec elephantiasis des parties molles. (Gaz. hébr. de méd. et chir. 1893). — Daulos: Dermato-fibromes général. (Tow. derm. parysk. 1900). — Delore: 1) Neurofibromatose cutanée avec xanthome profond du bras droit. (Gaz des hôp. 1896). — 2) Ein neuer Fall v. Neurofibromatose. (Lyon méd. 1897. 15). — Desquin: Molluscum pendulum (Annal. d. la Soc. d. méd. Anvers. 1891. — Düh-

ring: E Fall v. Neuroma cutis dolorosum. (Int. Atlas d. selt. Hautkr. Z. XII). — Du Mesnil: Beiträge z. Anatomie u. Aetiologie einiger Hautkrankh. (Tow. przyrod. lek. w Würzburgu 1890). Feindel: Sur 4 cas de neurofibrom. général. Thèse. Paris 1897. — Feindel i Oppenheim: Ueb. d unvollständigen Formen d. Neurofibrom. (Arch. gén. de méd 1898). — Fox: Multiple pigment. Neurofibromata des Recklinghausen'schen Typus. (Tow. derm. Londyn 1900) — Garré: Ue secundär maligne Neurome. (Beitr. z. klin. Chir. T. IX. 3). — Girard: Umwandlung d. Mollusca u Naevi in Sarcome u. Epitheliome (Daupt. méd. 1898). — Hallopeau: 1) Neurofibromes multiples (Tow. lek. szpitala św. Ludwika 1889). Sur un nouveau cas de naevi fibromateux (maladie d. Recklingh.) (Tow. derm. Paryż 1901). — Hallopeau i Leredde: Dermatologie. Paris 1900. — Hansemann: Multiple Neurome u. Fibrome. (Tow. lek. berlińs 1895). — Hasselbeck: Ue. multiple congenit Fibrome d. Haut Diss. München 1891. — Haushalter: Un cas de neurofibromatose compliq. des phenomènes spinaux et déformation considerable de la colonne vertébrale. (Nouv. iconogr de la Salpetrière 1900. — Heidingsfeld: Ein Fall v. Neurofibromen der Haut. (Amer. Journ. of Derm. 1900. 4). — Heller: Neurofibromatosis (Tow. derm. berlins. 1899). — Jaquean: Plexiformes Neurom. (Lyon méd 1895). — Jarisch: Die Hautkrankheiten. Wien 1900. — Jeanselme: Étude histolog d'un cas de maladie d. Recklinghausen. (Tow. derm. paryskie 1998) — Kaposi: Fibrome. (Tow. lek. wiedeńs. 1892). — Klotz: Fibroma moll. (Tow. derm. New-York 1896). — Kohtz: E. Fall v. multipl. Fibromen d Haut. (Diss. Königsberg 1893). — Köbner: Neurofibrome. (Virch. Arch. 1883. 93) — Königsdorf: E. Fall v. Fibr. moll. multipl Diss. Würzburg 1899. — Kracht: Molluscum fibros (Tow. derm. w Moskwie 1898. — Kriege: Ue. d. Verhalten d Nervenfasern in d. multiplen Fibromen d. Haut und Neurofibromen Diss. Göttingen 1890. — Lerefait; Aberration morphologique des néoplasies et particulièrement du fibroma moll. Paris 1885. — Lewy i Ovize: De la neurofibromatose général. (Gaz. des hôp. 1899). Loewenstein: E histolog Beitrag z Lehre v. Fibroma moll Diss. Würzburg 1891. — Malherbe: Neurofibromatose génér. (Journ. de mal. cut. et syph. 1901. 9). — Marie i Couvelaire: Neurofibromatose générale (Tow. lek. szpit paryskich 1899). — Meslet: Contribution à l'étude des névromes plexiformes. Thèse. Bordeaux 1892. — Merken: Beitrag z Kenntniss d. Fibroma moll. (Wien. klin. Woch. 1899). — Modrzejewski: Fibromes mollusques congénitaux. (Gaz. hebd. 1882). — Moses: Hereditäre multiple Fibroma molle mit Elephantiasis mollis (Tow. lek. berlińs. 1990). — Moynihan: E Fall v. Neurofibrom univers. mit Pseudoneurom d. Vagus. Lancet (1901). — Mowat: E. Fall v. Mollusc. fibr. Scott Med. and surg. Journ. 1898. — Nankiwell: E. Fall v. multiplem Fibrom. (Lancet 1899) — Oriot: Contribution à l'étude de la neurofibromatose. Thèse. Paris 1897. — Payne: 1) Molluscum fibr. u. multiple Fibroneurome. (Tow. patolog londyńs. 1887. — 2) Ue. e. Fall v. Molluscum fibr. mit Neurofibrom. (Brit. med. Journ 1889) — Petersen Fibroma moll. (St Petersb. med. Woch. 1899). — Philippson: Univers. Pigmentose mit molluscoiden Neurofibromen. (Münch. med. Woch. 1893). — Picqué: Contribution à l'étude des nevromes plexiformes. Thèse. Lyon 1894. — Pilliet i Manelaire: Beitrag z. Studium d. Molluscum simplex (Journ. d. mal. int. et syph. 1893) — Pomorski: E Fall v. Rankenneurom d. Intercostalnerven m. Fibr. moll. u. Neurofibromen. (Virch Arch. T. 111). — Ramond: Neurofibromatose (Tow. anatom w Paryżu 1896). — Rille: 1) Fibroma mollusc (Tow. derm. wiedeńs 1897). — 2) Fibroma moll. (Tow. nauk. w Insbruku 1901). — Recklinghausen: Ue. d. multiplen Fibrome d Haut u. ihre Beziehung z d. multipl. Neuromen Berlin 1882. — Rolleston: Ein Fall von Recklingh. Krankheit kompl. durch sarkomatöse Gewächse d. Plexus brachialis (Lancet 1899). — Schwimmer: E. Fall v. Molluscum fibr. univers. (Tow derm. węg. 1897. — Severé: Einige Fälle v. multiplen Fibromen d Haut (II zjazd włosk. lek. w Rzymie 1895). — Shervell: Molluscum fibros (Tow. derm. w Broklyn 1893). — Smith W. G.: E Fall v. grossem Fibroma moll. (The Brit. Journ. of Derm. 1896). — Soffiantini: Contribution à l'étude du tissu elastique dans les néoplasies fibreuses de la peau. (Arch. d. méd. exper. et anat. pathol. 1893). — Soldan: Casuist. Beiträge z. Lehre d histogenet. Einheit d. Neuromata, Fibromata moll u. d. Elephantiasis congen. neuromatodes. Diss. 1886 — Tailhefer: Multiple congenit Hautfibrome. (Progr. méd. 1897). — Tannhauser: Weiche mult. Fibrome. (Tow. derm. berlins. 1897). — Tappey: Fall v. multipl. Molluscum fibr. (Journ. of cut. and genit. urin. Dis. 1899). — Taylor: Entwickelung u. Verlauf v Mollusc. fibros. (Journ. of cut. and gen. urin Dis. T. V). — Thomsen: 1) Ueber Neuroma u. Neurofibromatosis. Edinburg 1900. — 2) Neurofibroma moll. (Hospil. Tid. 1898). — Thomson: Ue. Neurofibromatosis u. Tumoren in Beziehung z Nerven. (Brit. med. Journ. 1896). — Unna: 1) Neurofibromen (Tow. lek. w Hamburgu 1893). — 2) Ue. mucinartige Bestandtheile d. Neurofibrome u. d. Centralnervensystems. Monsh. f. pr. Derm 1894 XVIII 2). — 3) Histopathologie. Berlin 1894. — Westphalen: Multiple Fibrome d. Haut d. Nerven u. Ganglien m Uebergang in Sarcom. (Virch. Arch. 114). — Whitehouse: Neurofibromatose généralisée. (Tow. derm. New-York 1899).

III. Wyciągi.

Michaelis. **O postaciach degeneracyjnych pneumokoków w wysiękach opłucnowych.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr 20, 1902). W trzech surowiczych wysiękach opłucnowych znalazł autor przy badaniu bakteryologicznem znaczną ilość tworów morfologicznych w postaci krótkich, nieregularnych laseczek, o brzegach zaokrąglonych, które przy barwieniu błękitem metylowym Löfflera okazywały w środku plamki nie barwiące się; niektóre z tych tworów miały zgrubienia kolbkowate na końcach, niektóre zaś obrysy zatarte. Hodowle agarowe dawały zawsze wynik ujemny. Te trzy przypadki różniły się bardzo między sobą co do obrazu chorobowego, a mimoto znajdowano zawsze wyżej opisane twory. To nakłoniło autora do szczegółowego badania wszystkich zapaleń opłucnej, które mu tylko pod rękę wpadły. W jednym z następnych przypadków znaleziono znów te twory obok typowych pneumokoków, a hodowle, szczepione na różnych pożywkach, dawały wynik ujemny. W następnych 10-ciu przypadkach spostrzegał autor wszystkie postacie przejściowe od typowego pneumokoka aż do owych opisanych tworów i przekonał się, że pneumokoki, ulegając bakteryolizie, tracą osłonkę i ostre obrysy, końce ich ulegają zgrubieniu kolbkowatemu. Przez dalszą przemianę wytwarzają się laseczki o bokach zaokrąglonych, zatartych obrysach z jasnym punktem w środku. Klasycznym jest przypadek, gdzie zapalenie opłucnej było obustronne: po jednej stronie był wysięk początkowo surowiczy, potem uległ zropieniu, a zawierał dużo żywotnych bakteryj: po drugiej stronie zaś pozostał wysięk surowiczym i oprócz pneumokoków, ale już nie dających się hodować, były i te twory i wysięk uległ wessaniu. Mamy tu do czynienia z walką między bakteryami a cieczą surowiczą: jeśli bakterye mają przewagę, to wysięk przechodzi z surowiczego w ropny, bo na silny atak bakteryj zaczyna działać silniej opłucna: — w przeciwnym razie zaś działa wysięk (ciecz surowicza) bakteryolitycznie i wtedy mamy te opisane twory. Autor streszcza w końcu swą pracę w trzech twierdzeniach: 1. w wysiękach opłucnowych ulegają pneumokoki wraz z obumieraniem przemianom, które są powodem, iż te przedstawiają się nam jako twory laseczkowate; 2 uwzględniając to, znajdujemy w surowiczych wysiękach o wiele więcej pneumokoków, niż zazwyczaj: 3. istnieją także i gruźlicze wysięki z postaciami degeneracyjnemi pneumokoków.

B. Żmigród.

Manasse. **Dwa przypadki odosobnionego schorzenia gośćcowego stawów szczęki dolnej.** (*Münchener med. Wochenschtift* Nr. 20, 1902). Przed niedawnym czasem opisał Hahn jeden taki przypadek; autor podaje dwa, a trzeci spostrzegał już przy korekcie swej publikacyi. Zapalenie gośćcowe tych stawów charakteryzuje się z obrzękiem, zaczerwienieniem i bólem koło ucha, tak znacznym, że może naśladować chorobę uszną; dopiero ścisłe badanie, ujemny jego wynik i niemożność żucia naprowadza nas na dobre rozpoznanie. Zazwyczaj bywają zajęte stawy szczęki dolnej po obu stronach, jakkolwiek Hahn wspomina tylko o jednostronnem zapaleniu. Ciepłota ciała bywa podwyższoną, tętno przyspieszone. Rozpoznanie potwierdza także dobry wynik leczenia, które polega na podawaniu aspiryny w ilości 0,50 co 3—4 godzin.

B. Żmigród.

Voss. **Trzy przypadki zapalenia mózgu w przebiegu zapalenia ucha środkowego.** (*Zeitschrift f. Ohrenheilkunde* Tom 41, 1902). Oppenheim zwrócił uwagę na częstość jednoczesnego zapalenia ucha środkowego z zapaleniem mózgu i wyraził zdanie, że zapalenie ucha środkowego jest przyczyną zajęcia mózgu. W przypadkach Oppenheima wśród ogólnych objawów mózgowych na pierwszy plan występowała niemota ruchowa, porażenie nerwu twarzowego i kończyny górnej po stronie prawej. W jednym przypadku Oppenheim miał sposobność stwierdzić mikroskopowo zmiany w mózgu, które odpowiadały objawom spostrzeganym za życia: zmiany te przedstawiały się w postaci cienkiej blizny. W przypadku tym ogniskowe objawy, które istniały z początku choroby, wyrównały się zupełnie.

Autor opisuje trzy własne przypadki zapalenia mózgu w przebiegu ropnego zapalenia ucha środkowego; dwa przypadki były po lewej stronie, a jeden po prawej; ostatni przypadek skończył się śmiercią. W dwóch pierwszych przypadkach stwierdzono niemotę: w jednym była niemota ruchowa, w drugim więcej czuciowa: w przypadku tym chory tylko powoli uczył się napowrót mówić; obcego języka, który znał, zapomniał zupełnie. W obydwóch przypadkach autor z powodu choroby usznej robił trepanacyę i ze względu na ciężkie objawy ze strony mózgu odsłonił i mózg; wtedy przekonał się o istniejącej sprawie mózgowej. Autor jest za operacyą w przypadkach ograniczonego zapalenia mózgu, choćby zapalenie nie było ropnem.

Dr. Teofil Zalewski

C. Lyman. **Chirurgiczne leczenie przewlekłego zapalenia nerek.** (*Denver & Arapahoe County Med. Soc. — Journ. of Amer. Med. Ass.*, 19 kwietnia, 1902 r.). Po rozpatrzeniu bardzo ubogiego piśmiennictwa tej sprawy, a głównie pracy Edebohlsa, opisuje L. własny przypadek. Chory w lecie w r. 1900 po raz pierwszy zaczął cierpieć na bóle głowy i brak łaknienia; do tego czasu czuł się zupełnie dobrze. Wkrótce potem wystąpiły obrzęki narządów płciowych, nóg i powiek. W lutym 1901 r. po wstąpieniu do szpitala miał napady wymiotów i częściowej utraty wzroku. Choremu czterokrotnie wypuszczano płyn z jamy brzusznej. Wątroba była powiększona. Serce przerosłe; u koniuszka szmer skurczowy. Objawy mocznicowe ustąpiły pod wpływem energicznego leczenia. Mocz zawierał białko w znacznej ilości; w osadzie były wałeczki ziarniste, rozpad tłuszczowy, zwyrodniałe komórki nabłonkowe. Operacyi dokonano w lutym 1902 r.: polegała ona na zupełnem zdjęciu torebek (*decapsulatio*) z obu nerek, które okazały się zmniejszone o jedną trzecią swej wielkości. Torebki schodziły z łatwością. Cała operacya trwała godzinę i kwadrans. W ciągu doby następnej po operacyi wypuszczono przez cewnik około pół litra moczu, który nie zawierał krwi. W dniu następnym tętno i ciepłota podniosły się, a po 56 godzinach od operacyi chory zakończył życie. (Oględziny pośmiertne widocznie nie były wykonane). Fatalny koniec tego przypadku nie zniechęcił jednak autora, który gotów stosować dalej swoje doświadczenia lecznicze przy odpowiednich okolicznościach, których jednak bliżej nie określa. W przyszłości autor zamierza ściśle zdawać sobie sprawę przed operacyą, czy zajęte są obie nerki, czy też tylko jedna. Według Edebohlsa wyleczenie we wczesnym okresie dawało się osiągnąć w tych przypadkach, jeżeli choroba nerkowa była jednostronną. L. przypuszcza, że przy zajęciu obu nerek wogóle racyonalniej byłoby operować z początku na jednej nerce, a potem dopiero po kilku miesiącach, lub nawet później, na drugiej. Wreszcie stawia pytanie, czy konieczna jest zupełna dekapsulacya, czy też można osiągnąć dostateczny krwi obieg uboczny i po częściowem tylko obnażeniu nerki, jak to się robi przy nefropeksyi. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

Fridman. **Los wyskoku w ustroju zwierząt.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny*. Petersburg, 1902). W celu zbadania losu wyskoku w ustroju zwierzęcym, dokonał F. 35 doświadczeń na królikach, które zatruwał w ciągu 2, 6, 14 i 21 dni 10% wyskokiem (prawie 3,0 na kilo wagi), lub zabijał je po jednorazowej dawce. Ilość wyskoku w narządach oznaczał sposobem Nicloux. Okazało się, że wyskok, wprowadzony do żołądka, szybko się wchłania i rozchodzi po całym ustroju. Największa część jego zatrzymuje się w mózgu, następnie w wątrobie i mięśniach. Najwięcej wyskoku zawierają narządy w 1½—2 godziny po spożyciu jego; po upływie zaś 18 godzin można zaledwie ślad wykryć. Im dłużej zwierzę dostaje wyskok, tem więcej jego zawierają tkanki. Te i następne doświadczenia, wykonane przez F. na psach, wykazują, że pierwiastki nerwowe mózgu odznaczają się osobliwemi własnościami przyciągania wyskoku, wskutek czego bywa on chętnie pochłaniany przez pierwoszczę nerwową. Tą okolicznością można wytłómaczyć przypadki, w których pod wpływem słabych i krótkotrwałych zatruć ustroju wyskokiem występują porażenia nerwowe wtenczas, gdy pierwiastki innych narządów nie przedstawiają jeszcze żadnych zmian. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Prof. Sałaskin. **Obecność w soku jelitowym psa zaczynu, rozkładającego albumozy (erepsyny Cohnheima).** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 33). W r. 1901 Cohnheim otrzymał z wyciągu błony śluzowej jelit cienkich zaczyn, rozkładający albumozę z utworzeniem produktów krystalicznych. Zaczyn ten nazwał on erepsyną. Badania Sałaskina (Petersburg) mają na celu wyjaśnić charakter działania tego zaczynu i rozwiązać pytanie, czy sok jelitowy zawiera go. Badania były przeprowadzone z sokiem jelitowym psa, operowanego metodą Thiry. Dla doświadczeń użyto amfopeptonu Kühnego, amfopeptonu, otrzymanego przez wytrawianie włóknika sokiem żołądkowym i albumoz wtórnych. Po dodaniu tych substancyj do soku jelitowego pozostawiał autor mięszanki w termostacie przez 24 godziny, następnie strącał białko przez gotowanie i dodawał do przesączu kwasu fosforo-wolframowego. Po 24 godzinach osad oddzielano przez sączkowanie, kwas fosforo-wolframowy strącano barytem żrącym, a ten ostatni CO^2 i H^2SO^4. Podczas zgęszczania otrzymanych przesączów wypadały kryształy leucyny i tyrozyny. Z przegotowanym sokiem jelitowym tych kryształów autor nie otrzymywał. Okoliczność ta świadczy, że rozkład amfopeptonów i albumoz następuje pod wpływem odrębnego zaczynu, zawierającego się w soku jelitowym. Erepsyna, otrzymana metodą Cohnheima z wyciągu błony śluzowej jelit, okazała się więcej skuteczną. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

• • •

IV. XII. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie w dniach 14, 15 i 16 lipca 1902.

Podał

Dr. Bolesław Żmigród.

(Dokończenie).

53. Bossowski: **Przypadki rozległych naczyniaków limfatycznych** (przedstawienie chorych).

54. Zaremba: **Przyczynek do nauki o perlakach czaszki.** Prelegent opisuje przypadek perlaka, który ujawniał się na zewnątrz jako guz półkulisty na skroni ponad zewnętrznym łukiem oczodołu, otoczony dokoła wałem kostnym, powstały w 12-tym roku życia i od tego czasu rosnący powoli aż do wielkości kurzego jaja. Rozpoznanie wahało się między przepukliną oponową, skórzakiem, a względnie „endermoidem“. Przy operacyi okazało się, a co stwierdziło mikroskopowe badanie, że był to żółciolojak, umiejscowiony w istocie gąbczastej kości czaszki, rozszczepiający blaszki szkliste (laminae vitreae), wypuklający wewnętrzną blaszkę ku wnętrzu czaszki i niszczący ją w dwóch miejscach na małej przestrzeni. Przypadek ten po operacyi doszczętnej zakończył się zupełnem wyzdrowieniem i żyje trzeci rok bez żadnych dolegliwości. (*Str. wł.*).

Dyskusya: Bącz jest tego zdania, że powinno się w tych przypadkach robić nietylko antrotomię, ale i atykotomię, gdyż perlaki najczęściej biorą początek z przewodu słuchowego.

Bossowski sądzi, że czasem sprawa ta jest tak uporczywa, że ani antro-atykotomia nie wystarcza.

Kader dodaje do wykładu, iż przypadek ten jest unikatem. Zawartość torbiela pod mikroskopem składała się przeważnie z kryształów cholestearyny i tylko niewielkiej ilości z ciałek rozpadowych i tłuszczu.

55. Rydygier: **Jaki sposób gastroenterostomii najbardziej się zaleca?** R. nauczony doświadczeniem poleca gastroenterostomię Hackera, a jeśli tego zrobić nie można, to gastr. Rouxa. W jednym przypadku, gdzie była masa zrostów w tylnej ścianie żołądka, zrobił gastroenterostomię Wölflera, lecz musiał z powodu wymiotów kałowych i zaparcia stolca drugi raz otworzyć jamę brzuszną i stwierdził, że pętla anastomozująca uciskała poprzecznicę.

56. Rydygier: **Jak należy usunąć ewentualne zwężające zaciśnięcie poprzecznicy przez uniesioną pętlę przy** *gastroenterostomia antecolica* **Wölflera?** Jest to dalszy ciąg wykładu poprzedniego. Aby zwolnić uciśnioną poprzecznicę rozciął R. u podstawy krezkę pętli jelita cienkiego, bacząc przytem na to, by nie uszkodzić żadnego z naczyń krwionośnych.

57. Kader: **O leczeniu uwięźniętych przepuklin w klinice krakowskiej.** K. resekuje doraźnie tylko wyjątkowo. Wogóle postępuje tak, jak to oświadczył na jednym z poprzednich Zjazdów, że w razie istniejącej lub podejrzanej zgorzeli jelita zakłada śródbrzusznie anastomozę między jelitem do- i odprowadzającem. Część obumarłą jelita pozostawia w miejscu (naturalnie po przecięciu uciskającego pierścienia. Połączenie pomiędzy do- i odprowadzającem jelitem powyżej uwięźnięcia i możność oswobodzenia zawartości powyżej uwięźnięcia leżącej części przewodu jelitowego przez otwory w jelicie wskutek obumarcia, są wynikiem dodatnim tego postępowania. Zabieg daje się bardzo szybko uskutecznić nawet u osób bardzo ciężko chorych, łączy jednocześnie dodatnie strony resekcyi i połączenia doraźnego jelita do- z odprowadzającem zapomocą szwu i rzyci sztucznej. Śmiertelność jest mniejsza, niż przy wszystkich innych sposobach postępowania. Wynosiła ona 16% wówczas, kiedy w innych klinikach dochodziła do 30% i więcej (Mikulicz 54,28% śmiertelności). Po odpadnięciu zgorzelinowej części i zjawieniu się zdrowej ziarniny przetoki goiły się samoistnie; czasem trzeba było je zaszywać. (*Streszczenie własne*).

Dyskusya: Oderfeld zwraca uwagę, że zamiast obcych wyrażeń można mówić «resekcya doraźna« i »następcza«.

Bącz miał przypadek, gdzie wyciął z powodu zgorzeli dwa metry jelita i wsadził guzik roślinny; zgorzel poszła mimoto dalej i chory umarł.

Herman podaje przypadek z kliniki lwowskiej, gdzie uwięźnięte było jelito wstępujące, a po rozszerzeniu przewodu wypadła obumarła pętla jelita cienkiego. Chory umarł.

Kader resekuje jelito, gdzie się da, a gdzie nie można robić entero-anastomozy, wtedy zakłada guzik Chlumskyego.

58. Zawadzki: **Trzy przypadki całkowitego wycięcia zwoju Gassera.** Z. podaje trzy przypadki wycięcia zwoju Gassera z powodu nerwobólu nerwu trójdzielnego, wykonane metodą Krausego. W drugim i trzecim przypadku było krwawienie dość znaczne. We wszystkich trzech przypadkach przedarto oponę twardą. Pierwsza była dwuczasowa, w drugiej, z powodu krwotoku, operowano na trzech posiedzeniach, trzecia była jednoczasowa.

Dyskusya: Kader operował trzy przypadki, wszystkie ze szczęśliwym wynikiem. Operuje zawsze jednoczasowo; krwotok można wstrzymać przez tamponadę, chociażby kilkunastominutową. Dla skutecznego wyrwania zwoju powinna być opona twarda wokoło przecięta. Jest stanowczo za operacyą.

Ciechanowski zwraca uwagę na to, że podane przez prelegenta zmiany anatomiczne komórek zwoju Gassera nie są wogóle charakterystyczne i nie dochodzą nawet do tego stopnia, któryby je pozwalał uważać za patologiczne.

Sawicki radzi przed operacyą próbować w przypadkach nerwobólu leczenia światłem metodą Finsena.

Rutkowski przypomina dwa przypadki operowane przez Obalińskiego, z których jeden (przedstawiony w krak. Towarz. lekarsk.) z wynikiem dobrym, drugi skończył się śmiertelnie z powodu zapalenia opon mózgowych.

59. Zawadzki: **Dwa przypadki wypadnięcia odbytnicy, operowane sposobem Thierscha.** Z. zastosował w dwóch przypadkach sposób Thierscha: (oprowadza się pod błoną śluzową prostnicy gruby drut srebrny) i jest z tych dwóch przypadków bardzo zadowolony.

Dyskusya: Bossowski ma dwadzieścia kilka przypadków tej operacyi u dzieci z wynikiem bardzo dobrym.

Oderfeld robi u dorosłych *colopexis* z dobrym wynikiem; sądzi, że możnaby popróbować drut zastąpić parafiną.

Wachtel robił tę operacyą dwa razy, lecz tylko raz (u starego mężczyzny) ze skutkiem.

Górski operował w kokainie i chorzy byli zadowoleni.

60. Sawicki: **Przyczynek do plastyki nosa podług sposobu Israela.** S. pokazuje fotografie chorych przed i po operacyi Israela, polegającej na tem, że u chorych z nosem siodełkowatym wsuwa się pod skórę grzbietu nosa blaszkę kostną wraz z okostną z kości piszczelowej. Wyniki po tej operacyi są bardzo dobre.

Dyskusya: Kader zrobił raz wstępną operacyą podług Israela-Königa w celu utworzenia lemiesza. W ciągu $1^1/_2$ roku kość wzięta z czoła zupełnie uległa wessaniu.

61. Wehr: **Przypadek wielokrotnego raka twarzy.** Raki wielokrotne twarzy nie należą do rzadkości. Dawniej przedstawił W. już trzy przypadki. Przypuszcza, że przyczyną tego może być *seborrhoa senilis*, przy której skóra przygotowaną jest do takiego zakażenia. Te przypadki przemawiają za zakaźnością raka. W. pokazuje fotografie z takich przypadków.

62. Sawicki: **Radykalna operacya przepukliny udowej podług sposobu Trendelenburga.** S. poleca sposób Trendelenburga, polegający na tem, że w przypadkach przepuklin udowych o bardzo szerokiej bramie zamyka się tę bramę blaszką, złożoną z kości i okostnej, wyciętą z gałęzi poziomej kości łonowej, a pozostającej na szypule. Z czasem, choćby nawet kość ta uległa wessaniu, to przez czas ten wytwarza się blizna, zamykająca bramę przepuklinową.

Dyskusya: Bossowski ostrzega przed operowaniem sposobem Witzla, gdyż w miejsce zamkniętej operacyą przepukliny udowej wytwarza się śródmiąższowa.

Zawadzki porusza myśl leczenia przepuklin parafiną według Gersunyego.

63. Chlumský: **Zastosowanie blaszek magnezyowych do leczenia zrostu stawów.** Prelegent zwraca uwagę na to, że zrosty stawów trudno jest wygoić. Zbierał materyał w klinice wrocławskiej w kierunku zesztywnień stawu kolanowego i znalazł, że w przeciągu 10 lat ani jeden przypadek zupełnie się nie wygoił, pozostawała sztywność. Robił doświadczenia na zwierzętach i szukał metody leczenia tej sztywności stawów. Między innemi wstawiał w stawy zrośnięte albo zresekowane blaszki magnezyowe, lub z innego materyału. Wyniki, jakie osiągnął na zwierzętach, były dobre. Dlatego też spróbował w trzech przypadkach na człowieku, a i tu w dwóch przypadkach wynik był dobry, w trzecim nieznany, bo go Ch. stracił z oczu.

Dyskusya: Kader zaznacza, iż sposób ten ma przyszłość przed sobą.

Chlumský dodaje, że z blaszek magnezyowych pozostaje biała masa, czasami i torbiele gazowe, które można strzykawką wydostać.

Krvński sądzi, że wobec tego, iż płytka ulega wessaniu, a więc działa tylko czas jakiś, nie opłaca się wprowadzać w staw ciała obcego. Lepiej trzeć jedną kość o drugą i w ten sposób wywołać ruchomość, a z czasem wytworzy się *cartilago fibroidea*.

Chlumský podziela to zapatrywanie, ale chorzy nie chcą się na to leczenie godzić.

64. Kader: **Demonstracye preparatów anatomicznych.** K. przedstawia dwa preparaty z dziedziny chirurgii nerek, mianowicie 1) raka siatkowatego (*carcinoma alveoleare*) nerki wyciętej z powodzeniem u mężczyzny, który miał obok tego i chorobę Basedowa; 2) nerkę gruźliczą, wyciętą u młodej kobiety z wynikiem pomyślnym. W końcu pokazuje K. rurkę z drenu, której przy tracheotomii użył zamiast kaniuli, zmuszony koniecznością, także z dobrym skutkiem.

65. Bossowski: **Przedstawienie dziecka z wadą wrodzoną.** U dziecka schodziły się z czoła ku nasadzie nosa pomiędzy szeroko rozstawionemi oczyma grube fałdy skórne, które B. wyciął. Co to było? nie umie powiedzieć.

Przewodniczący prof. Rydygier zaznacza, że Zjazd w całej pełni tego słowa się udał, już to bogactwem treści, jak też ilością odczytów, za co uczestnikom i gościom Zjazdu serdecznie dziękuje. Prosi tylko o to, by członkowie zechcieli tematy odczytów wcześniej podawać, by je można było ugrupować i oznaczyć czas trwania obrad: dwa lub trzy dni.

Jako tematy do obrad ogólnych podano:

1) Leczenie chirurgiczne chorób dróg żółciowych i
2) Leczenie doszczętne przepuklin.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo Samopomocy lekarzy.

XXI. posiedzenie Wydziału dnia 5 czerwca 1902.

Petycyę lekarzy z Bóbrki w sprawie lekarzy sądowych przekazano referentowi do przestudyowania. Nad wnioskiem zgłoszonym przez jednego z kolegów w sprawie przestrzeżenia publicznie abituryentów przed zapisywaniem się na medycynę przeszedł Wydział po dłuższej dyskusyi do porządku dziennego. Uchwalono, że Wydział podejmie inicyatywę akcyi przedwyborczej w sprawie rozpisanych wyborów do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej i wybrano komitet przygotowawczy, złożony z 3 członków. W końcu załatwiono kilka spraw poufnych «Oddziału należytości». (Streszczenie protokołu). *Dr. Langie*, I sekretarz.

XXII. posiedzenie Wydziału dnia 17 lipca 1902.

Na wniosek skarbnika uchwalono wyjąć 2500 kor. z pocztowej kasy oszczędności i złożyć w banku krajowym dla uzyskania większego procentu. Wdowie po kol. R. przyznano tytułem zapomogi 100 kor. — Wydział przeszedł do porządku dziennego nad wnioskiem, postawionym na II Walnem zgromadzeniu przez jednego z kolegów, aby co roku odbywały się 2 Walne zgromadzenia i to na przemian: w Krakowie, we Lwowie i Czerniowcach. Na posiedzeniu poufnem załatwiono kilka spraw »Oddziału należytości«. (Streszczenie protokołu).

Dr. Langie, I sekretarz.

XXIII. posiedzenie Wydziału dnia 3 listopada 1902.

Przedłożony przez skarbnika bilans roczny przyjęto do wiadomości. Przyjęto dalej 3 referaty w sprawie Kas chorych i uchwalono wnioski, jakie w tej sprawie zostaną przedłożone przez Wydział III mu Walnemu zgromadzeniu. Uchwalono wypracować projekt regulaminu, utworzyć się mającej przy Towarzystwie Kasy pogrzebowej. Postanowiono zwołać III Walne zgromadzenie dnia 21 grudnia b. r. Polecono sekretarzowi, aby tegoroczne sprawozdanie zredagował możliwie krótko i treściwie, a natomiast dołączył kompletny spis członków Towarzystwa. (Streszczenie protokołu). *Dr. Langie*, I sekretarz.

XXIV. posiedzenie Wydziału dnia 24 listopada 1902.

Przyznano wdowie po kol. B. tytułem zapomogi 200 kor., chociaż mąż jej nie był członkiem Towarzystwa sapom., a to ze względu, że przypadek jest rzeczywiście wyjątkowym w swym tragizmie. Uchwalono 3 referaty w sprawie lekarzy sądowych i kolejowych, które mają być przedłożone III-mu Walnemu zgromadzeniu. Przyjęto do wiadomości sprawozdanie roczne Komisyi prasowej Towarzystwa. Uchwalono przedłożyć Walnemu Zgromadzeniu szereg projektowanych zmian w statucie i projekt regulaminu Kasy pogrzebowej. Na zaproszenie, przysłane przez »Verband der Aerzte Wiens« do wzięcia udziału w wiecu ogólnolekarskim, mającym się odbyć w Wiedniu podczas świąt wielkanocnych w roku przyszłym, uchwalono odpowiedzieć, że Towarzystwo weźmie w nim udział przez wysłanie delegatów, których wyznaczy nowy Wydział, wybrany na najbliższem Walnem zgromadzeniu, mającem się odbyć 21 grudnia b. r. (Streszczenie protokołu).

Dr. Langie, I sekretarz.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 23. grudnia.

* Towarzystwo samopomocy lekarzy odbyło d. 21. b. m. III Walne zgromadzenie. Szczegółowe sprawozdanie ogłosi sekretarz Towarzystwa. Do zarządu na rok 1903 weszli: prof. Dr. Jordan (prezes), doc. Dr. Braun i Dr. Bogdanik (wiceprezesi); Dr. Langie i Dr. Weinsberg (sekretarze); Dr. Słapa (skarbnik). Do wydziału wybrani zostali: Dr. Schöngut, Dr. A. Schwarz i Dr. Steuermark; do Komisyi kontrolującej: Dr. Bielański, Dr. Bernadzikowski i Dr. Schaitter; do Sądu polubownego: Dr. Aronsohn, Dr. Cercha, Dr. Flis, prof. Dr. Łazarski i Dr. Woynarowski.

* Dr. Edmund Biernacki, zaszczytnie znany pisarz i badacz, habilitował się we Lwowie do wykładów z zakresu patologii ogólnej i doświadczalnej. Wykład habilitacyjny poświęcił prelegent tak ważnemu i zajmującemu przedmiotowi, jak »Istota niedokrewności«.

* Prezesem nowopowstałego Towarzystwa lekarskiego w Radomiu wybrany został Dr. Julian Majkowski.

* Rada zdrowia m. Lwowa ma się zająć na najbliższem posiedzeniu zamierzonem zaprowadzeniem dwurazowej nauki szkolnej. W zamiarze wszechstronnego zbadania tej doniosłej reformy postanowiła Rada zaprosić do udziału szereg znawców z poza swego grona.

* Od stycznia 1903 r. wchodzi w życie nowa taksa leków, która nie wiele różni się od poprzedzającej. Podwyższono taksę 19 przetworów, a obniżono 39.

* Lekarze peterburgskiej kliniki chorób umysłowych i nerwowych postanowili uwiecznić pamięć »ojca rosyjskiej psychiatryi« ś. p. prof. Balińskiego i w tym celu uchwalili: 1) odbywać coroczne zgromadzenie lekarzy kliniki, poświęcone pamięci prof. Balińskiego; 2) w muzeum kliniki urządzić osobny oddział, zawierający przedmioty, odnoszące się wyłącznie do osoby zasłużonego psychiatry; 3) w bibliotece kliniki urządzić osobny oddział im Balińskiego, w którym będą umieszczone książki i rękopisy, ofiarowane przez rodzinę zmarłego; 4) złożyć żelazny fundusz im. Balińskiego, którego podstawą będzie kapitał, ofiarowany na ten cel przez rodzinę zmarłego; 5) zawiesić w klinice artystyczny portret zmarłego; 6) wydać szczegółową biografię zmarłego profesora, czego się podjął Dr. Karpiński, a w audytoryum kliniki postawić jego biust.

Nikołajowski szpital wojskowy w Petersburgu czyni starania w celu wystawienia pomnika dla ś. p. prof. Balińskiego, jako wielce zasłużonego w rozwoju tego szpitala, oraz o nazwanie przylegającej ulicy imieniem Balińskiego.

* *Royal College of Surgeons* obchodzi uroczyście 50-tą rocznicę przyjęcia lorda Listera na członka zwyczajnego. Redakcya »Britisch medic. Journal« wydała numer jubileuszowy, do którego weszły rozprawy najznakomitszych chirurgów europejskich, przez co uroczystość ta nabrała cechy międzynarodowej.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XLIX (30—XI—6—XII). Ludność średnia roczna wynosi 94·057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 9, urodziło się dzieci 56, zmarło osób 48, mianowicie: z gruźlicy płuc 12 (7 zam.), z zapalenia płuc 7 (2 zam.), z błonicy 1, z płonicy 3 (1 zam.), z czerwonki 1(zam.), z cholery niemowląt 1.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Massini Mayenrock, prof. farmakologii w Bazylei.

Bibliografia:

— *Przegląd higieniczny* Nr. 12. Gorecki: Nowa rzeźnia miejska we Lwowie (dok.). Legeżyński. Oczyszczanie wód kanałowych.

— *Przegląd felczerski* Nr. 24. O złamaniach (c. d.). Główniejsze zjawiska w organizmie matki w okresie połogowym (c. d.).

— *Lekarske rozhledy* Nr. 12. Thomayer: Úvod do studia klinického.

Liečnički Viestnik Nr. 12. Joanović: Slučaj duboke phlegmone vrata s bakteriološkoga gledišta. Čačković: O fistulama duodena.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 50. Kimla: Otázka tuberkulosy ve světle praci příslušnych, od kongressu londýnského 1901 až do mezinárodni konference berlinské 1902. Honl: Bakteriologická diagnosa tuberkulosy (c. d.) Haskowec: O tlaku krevnim wůbec a v neuse traumatické zvlášť (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 100. Euriquez i Hallion: Najnowsze nabytki dla wyjaśnienia trawienia jelitowego. Sekretyna i enterokinaza. Tremolières: Radium. Zastosowanie jego do leczenia tocznia.

— Nr. 101. Guyon: Warunki do interwencyi w chirurgii dróg moczowych.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 51. Kraus: O tętniaku prawdziwym prawej zatoki Walsalwy aorty. Beckmann: Ostre zapalenia migdałków gardlanych. Dosquet-Manasse: O nadużywaniu kwasu borowego. Brat: Wpływ ciał białkowatych na krzepnięcie krwi (dok.). Hirschlaff: Surowica przeciw zatruciu morfiną i jej podobnemi truciznami (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 50. Wagner: Miąższowe zapalenie nerek w przebiegu kiły. Schreiber: Dogodny przedmiot do badań komórek tucznych. Röder: Mezotan, przetwór salicylowy do użycia zewnętrznego. Zimmermann: Przyczynek do sprawy mechaniki słyszenia. Piffl: Uwagi nad pracą Grunerta: „Nowe zarzuty przeciw nakłóciu błony bębenkowej przy leczeniu ostrego zapalenia ucha". Vanselow: Nowy sposób ogrzewania słonych kąpieli w Kissingen, zawierających gaz kwasu węglowego. Kühn: Rozpoznawcze znaczenie leukocytozy w durze brzusznym i w ropieniach chirurgicznych (c. d.). Stumpf: Sprawozdanie z wyników szczepienia limfą ochronną w Bawaryi za r. 1901.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 51. Lorenz: W sprawie zaburzeń rośnięcia i zniekształtnień stawów w następstwie urazowego oddzielenia nasady kostnej. Schicklberger: Przyczynek do sprawy morfinowo-skopolaminowego znieczulania. Pezzoli: Przyczynek do nauki o zmianie miejscowej po wstrzyknięciu międzymięśniowem salicylanu rtęciowego. Latzko: Spostrzeganie ruchu jelit w obrazie cystoskopowym. J. Halban: W sprawie cystoskopowego spostrzegania ruchu jelit.

— *Deutsche medi Wochenschrift* Nr. 51. Fraenkel: Przyczynek do nauki o wrodzonej błonie (przeponie) w krtani. Liepmann: O surowicy swoistej łożyska ludzkiego.
Dorendorf: Przypadek myastenii złośliwej rzekomo porażennej z przebiegiem ostrym. Sehorlemmer: Przyczynek do kazuistyki torbiela zaotkewnowego. Joseph i Piórkowski: Dalsze przyczynki do nauki o drobnoustrojach kiłowych c. d.).

Redakcya otrzymała. Dr. Blau: Bericht über die neueren Leistungen in der Ohrenheilkunde. Lachs: Die Gynaekologie des Galen.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.